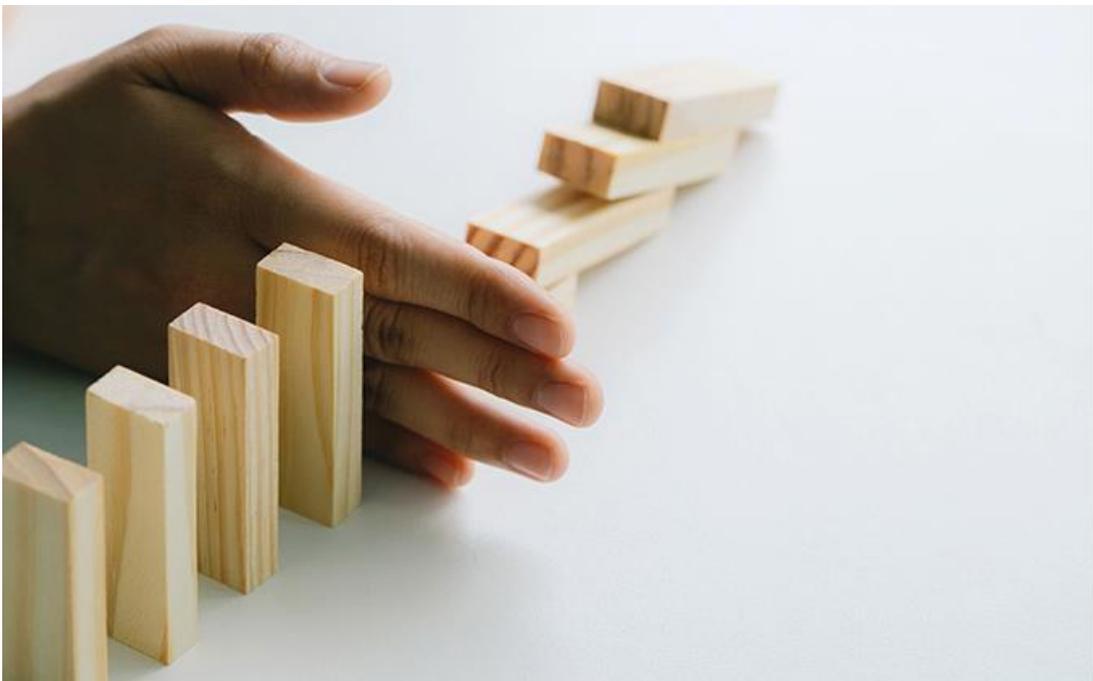


Endettement & Santé



Étude pluriméthodologique des liens entre endettement et santé en Suisse

Rapport final
(version intermédiaire du 14.11.2024)

LES AUTEUR-ES

Caroline Henchoz, Professeure HES ordinaire, HETSL | HES-SO

Tristan Coste, Collaborateur scientifique, HETSL | HES-SO

Anna Suppa, Collaboratrice scientifique, HETSL | HES-SO

POUR CITER CE RAPPORT

Henchoz, C., Coste, T. & Suppa, A. (2024). *Endettement & Santé. Étude pluriméthodologique des liens entre endettement et santé en Suisse* (Rapport de recherche financée par le FNS). HETSL.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	6
REMERCIEMENTS	7
PRÉAMBULE	8
RÉSUMÉ	9
1 INTRODUCTION	15
1.1 UN SUJET ENCORE PEU ÉTUDIÉ	15
1.2 DE QUELLES DETTES PARLE-T-ON ?	16
1.3 L'ENDETTEMENT N'EST PAS ÉGAL À LA PAUVRETÉ	17
2 LA SUISSE : UN EXCELLENT OBSERVATOIRE DES LIENS ENTRE DETTES ET SANTÉ ...	19
3 APERÇU DES SAVOIRS EN SUISSE ET À L'INTERNATIONAL	23
3.1 AVOIR DES DETTES NUIT À LA SANTÉ	23
3.2 ÊTRE EN MAUVAISE SANTÉ ACCROÎT LES RISQUES D'ENDETTEMENT	25
3.2.1 <i>Éclairage : coûts de la santé et endettement dans le canton de Neuchâtel</i>	25
4 PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	27
4.1 OBJECTIFS ET AXES DE RECHERCHE.....	27
4.2 PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ ÉTUDIÉES	28
4.3 DONNÉES ET MÉTHODES.....	28
4.3.1 <i>Volet quantitatif</i>	29
4.3.2 <i>Volet qualitatif</i>	30
5 LES EFFETS MULTIPLES DE L'ENDETTEMENT SUR LA SANTÉ	31
5.1 LES ARRIÉRÉS DE PAIEMENT SONT LES DETTES LES PLUS « TOXIQUES »	31
5.2 PLUS L'ENDETTEMENT SE PROLONGE ET PLUS LA SANTÉ MENTALE BAISSÉ	32
5.3 LES DETTES AFFECTENT AUSSI LA SANTÉ PHYSIQUE	33
5.4 TOUTES LES DIMENSIONS DE L'EXISTENCE SONT IMPACTÉES PAR LES DETTES	35
6 DETTES ET SANTÉ SELON UNE PERSPECTIVE DE GENRE	38
6.1 LES FEMMES ENDETTÉES SE SENTENT EN MOINS BONNE SANTÉ QUE LES HOMMES ENDETTÉS	38
6.2 L'ARRIVÉE D'UN ARRIÉRÉ DE PAIEMENT N'A PAS D'EFFET DIFFÉRENCIÉ SUR LA SANTÉ DES HOMMES ET DES FEMMES.....	39
6.3 CERTAINS GROUPES DE FEMMES SONT PLUS AFFECTÉS DANS LEUR SANTÉ	39
6.4 LES FEMMES GÈRENT PLUS SOUVENT LES DETTES QUE LES HOMMES	40
6.5 MAIS LES GESTIONNAIRES DES FINANCES DES MÉNAGES NE SONT PAS PLUS AFFECTÉ·ES DANS LEUR SANTÉ LORS DE LA SURVENUE D'UN ARRIÉRÉ	42
7 INTERDÉPENDANCE ENTRE DETTES, RESSOURCES SOCIALES ET SANTÉ	44
7.1 LES DETTES METTENT EN DANGER L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES CONCERNÉES	45
7.2 LES DETTES FRAGILISENT LES RÉSEAUX SOCIAUX	47
7.3 L'EFFET AMBIVALENT DES DETTES SUR LE SOUTIEN SOCIAL	48

8	DETTES ET RENONCEMENT AUX SOINS	49
8.1	DES FORMES INTERMÉDIAIRES PAR-DELÀ LE RENONCEMENT STRICTO SENSU	51
8.1.1	<i>Renoncer</i>	51
8.1.2	<i>Reporter</i>	51
8.1.3	<i>Gérer</i>	52
8.1.4	<i>Prioriser</i>	52
9	TRAJECTOIRES D'ENDETTEMENT ET SANTÉ	55
9.1	DYNAMIQUE DES DETTES : DIVERSITÉ DES TRAJECTOIRES D'ENDETTEMENT EN SUISSE	56
9.1.1	<i>Type 1 : Arriérés de paiement fréquents</i>	56
9.1.2	<i>Type 2 : Jamais d'arriérés de paiement</i>	57
9.1.3	<i>Type 3 : Arriérés de paiement occasionnels</i>	57
9.1.4	<i>Type 4 : Arriérés de paiement en diminution</i>	57
9.2	LES LIENS ENTRE TRAJECTOIRES DE DETTES ET SANTÉ	57
10	AGENTIVITÉ : ACTIONS ET STRATÉGIES DE SANTÉ	59
10.1	LES STRATÉGIES ÉCONOMIQUES	59
10.2	LES STRATÉGIES SOCIALES	60
10.3	LES STRATÉGIES PSYCHIQUES	60
10.4	LES STRATÉGIES NORMATIVES	60
10.5	LES STRATÉGIES POLITIQUES	61
11	ENJEUX ET RECOMMANDATIONS	62
11.1	POUR UNE RÉVISION NÉCESSAIRE DE LA LOI SUR LES POURSUITES	62
11.2	PROTÉGER LES POPULATIONS FINANCIÈREMENT VULNÉRABLES D'UN ENDETTEMENT LIÉ AUX COÛTS DE LA SANTÉ	63
11.3	DÉVELOPPER UN ACCOMPAGNEMENT INTERDISCIPLINAIRE ET INTERPROFESSIONNEL DE L'ENDETTEMENT	64
11.4	DES MODALITÉS DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNELS CIBLÉES	64
11.5	LES RESSOURCES SOCIALES : UN THÈME À PRENDRE EN COMPTE DANS LE DIAGNOSTIC ET L'INTERVENTION PROFESSIONNELLE EN MATIÈRE D'ENDETTEMENT	66
11.6	DÉVELOPPER LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE SUR L'ENDETTEMENT	66
11.7	INCLURE LE SAVOIR D'EXPÉRIENCE DE L'ENDETTEMENT	66
12	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
13	ANNEXES	77
13.1	ANNEXE 1 : PROCÉDURE DE LA POURSUITE POUR DETTES	77
13.2	ANNEXE 2 : DISTRIBUTION ET CUMUL DES TYPES DE DETTES PARMIS LES JEUNES ADULTES ENDETTÉS	79

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Le travail de la dette	41
Figure 2 : Relations entre dettes, ressources sociales et effets sur la santé	45
Figure 3 : Schéma simplifié de la procédure de la poursuite pour dettes.....	78
Graphique 1 : Types de financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2021	20
Graphique 2 : Évolution des dépenses de santé en Suisse.....	21
Graphique 3 : Pourcentage de la population vivant dans un ménage avec des arriérés de paiement en 2022.....	22
Graphique 4 : Lien entre arriérés de paiement et problèmes de santé	34
Graphique 5 : Survenue d'un arriéré de paiement et problèmes de santé.....	34
Graphique 6 : Conséquences de l'endettement sur différents domaines de vie des jeunes adultes endetté-es (n=449)	36
Graphique 7 : Principales organisations financières et administratives des couples en Suisse entre 1999 et 2019	41
Graphique 8 : Principales organisations des couples en Suisse selon les dettes et le niveau de revenu.....	42
Graphique 9 : Pourcentage de la population de 16 ans ou plus ayant été privée, pour des raisons financières, de soins nécessaires chez un-e médecin ou un-e dentiste	50

REMERCIEMENTS

Cette recherche a bénéficié d'un financement du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), division Sciences humaines et sociales (division I).

Nous remercions chaleureusement :

- Boris Wernli, professeur à l'Université de Lausanne (FORS | Centre de compétences suisse en sciences sociales) et co-requérant du projet. En charge des analyses des données du Panel suisse de ménages, il a contribué de manière centrale à ce projet.
- L'ensemble des participant·es aux entretiens qui ont accepté de partager leurs expériences en matière d'endettement.
- L'Office fédéral de la statistique pour la mise à disposition des données de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) ainsi que pour la réalisation des calculs concernant les arriérés de paiement et privations en matière de santé.
- Stéphane Cullati, Laboratoire de santé des populations, Université de Fribourg et Jacques-Antoine Gauthier, ISS, Université de Lausanne pour leurs précieuses analyses statistiques.
- Pascal Pfister, secrétaire général, ainsi que l'ensemble des membres de Dettes Conseil Suisse pour leur soutien dans le recrutement des personnes concernées, les riches échanges ainsi que leur active contribution à la réussite de ce projet.
- La HETSL et notamment, Sonia Avanzino, Séverine Holdener et Martin Schnorf pour leur précieux soutien logistique.

PRÉAMBULE

Le rapport est divisé en trois parties. La première partie dresse un état des lieux des contextes et des savoirs en matière d'endettement et santé (chapitres 1 à 3). Elle décrit également les objectifs et la méthodologie de l'étude (chapitre 4). La deuxième partie présente les principaux résultats de l'étude (chapitres 5 à 10). Enfin, la dernière partie porte sur les enjeux et les recommandations concernant les liens entre dettes et santé (chapitre 11).

Certains résultats de l'étude ont déjà été publiés et, dans ce cas, les références sont indiquées. Les autres résultats seront publiés prochainement. Toutes les publications en lien avec cette étude sont actualisées sur le site de la HETSL¹ et celui du FNS². Dans la présentation des résultats, nous avons choisi de mettre particulièrement l'accent sur les chapitres 7 à 8. En effet, ceux-ci abordent des thématiques originales et encore sous-étudiées en matière de liens entre endettement et santé.

¹ <http://www.hetsl.ch/santedette>

² <https://data.snf.ch/grants/grant/188953>

RÉSUMÉ

Menée à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), en collaboration avec l'Université de Lausanne (FORS | Centre de compétences suisse en sciences sociales)³, cette recherche est financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (2020-2025). Son objectif est d'étudier les liens entre endettement et santé en Suisse afin d'apporter des éléments de réponse et des pistes de compréhension à une problématique actuelle et particulièrement préoccupante. Cette étude pluriméthodologique s'appuie sur des entretiens approfondis avec des personnes endettées de Suisse romande et allemande, ainsi que sur des données quantitatives de grandes enquêtes représentatives.

Quel est le but de cette recherche ?

S'il a été largement démontré que la santé d'une personne dépend de sa position socioéconomique (par ex. revenu, niveau de formation), on sait moins de choses sur les liens entre l'endettement et la santé. Or l'endettement se distingue de la pauvreté : c'est une expérience différente qui peut se cumuler avec l'expérience de la précarité et qui a des conséquences spécifiques, notamment à cause des relations asymétriques qu'il produit entre débiteur·ice et créancier·e.

Sachant que plus de quatre personnes sur dix vivent en Suisse dans un ménage

endetté, **cette étude cherche à mieux comprendre les liens entre les dettes et la santé et à identifier les inégalités de santé que peut produire un endettement.**

Elle poursuit trois objectifs : mieux comprendre la situation sanitaire des personnes endettées en Suisse ; saisir la manière dont s'articulent les trajectoires de santé et d'endettement ; et identifier les actions menées par les personnes endettées pour préserver leur santé. Pour ce faire, cette recherche se fonde sur une approche pluriméthodologique. Celle-ci combine la collecte et l'analyse de données qualitatives (plus de 40 entretiens réalisés en Suisse romande et allemande) et de données quantitatives (données du Panel suisse de ménages ; de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) ; et d'une enquête en ligne menée auprès de jeunes adultes de toute la Suisse).

Pourquoi est-ce important de mener une étude sur ce sujet en Suisse ?

On sait peu de choses sur la situation sanitaire des personnes endettées en Suisse, car la plupart des études qui s'y intéressent ne portent pas sur ce pays. Pourtant, la Suisse est un excellent observatoire des liens entre dettes et santé, car plusieurs éléments sont susceptibles d'affecter de manière importante la santé des personnes endettées. L'endettement y est perçu comme un problème moral

³ Requérante principale : Caroline Henchoz, prof. à la HETSL ; co-requérant : Boris Wernli, prof. à l'Université de Lausanne.

relevant de la responsabilité individuelle. L'incapacité à rembourser ses dettes conduit à différentes sanctions morales, sociales, légales et financières (honte, stigmatisation, mise aux poursuites, difficultés à trouver un emploi ou un appartement, etc.). Ce contexte, particulièrement défavorable aux personnes qui rencontrent des difficultés à faire face à leurs dettes, peut mener à un surendettement quasi inextricable (frais de rappel importants, saisie de salaire et minimum vital ne tenant pas compte des impôts courants, etc.). Les coûts de la santé à la charge des ménages, très élevés, sont également un facteur d'endettement important.

Qu'est-ce qu'on savait des liens entre l'endettement et la santé avant de commencer l'étude ?

La plupart des études existantes relèvent qu'il y a bien des liens entre la santé et l'endettement. Selon les recherches, entre 40% et 75% des personnes endettées affirment souffrir de problèmes de santé à la suite d'un endettement. L'endettement est associé à une baisse de la santé mentale (augmentation du stress, de l'anxiété et des symptômes de dépression, par ex.), à une baisse de la santé physique (maux de tête et d'estomac, problème de surpoids, par ex) et à des renoncements aux soins. Être en mauvaise santé accroît les risques d'endettement, car cela peut contribuer à réduire les revenus et augmenter les dépenses.

Qu'est-ce qu'apporte cette recherche de nouveau ?

On peut mettre en évidence quatre apports : **Premièrement**, cette étude porte sur la Suisse, ce qui en fait un apport complémentaire par rapport à ce qui existe déjà, car notre contexte est très particulier. En tenir compte permet de mieux saisir les enjeux spécifiques que rencontrent les personnes endettées dans notre pays. **Deuxièmement**, la plupart des études qui existent sont limitées par le fait qu'elles comparent des personnes endettées à des personnes sans dettes. Il est donc difficile d'établir un lien de causalité entre le fait d'être endetté et l'effet sur la santé. Notre étude comble cette lacune en portant sur des données statistiques longitudinales qui permettent de mieux comprendre les effets de la survenue d'une dette sur la santé. **Troisièmement**, cela permet de montrer la spirale d'auto-renforcement entre santé et endettement, à savoir qu'une fois que la santé est touchée, il est difficile de remonter la pente, car cela peut affecter la capacité de gestion et ainsi augmenter les difficultés financières qui elles-mêmes auront des effets négatifs sur la santé, et ainsi de suite. **Quatrièmement**, cette étude explore des thématiques de santé en lien avec l'endettement encore inédites (genre, ressources sociales, trajectoires, etc.).

Quels sont les principaux résultats de la recherche ?

- **En Suisse, les personnes endettées sont en plus mauvaise santé que les personnes sans dettes.**

Nos analyses démontrent qu'en Suisse, comme dans d'autres pays, les personnes

endettées sont en moins bonne santé que les autres. La question qui se pose alors est de savoir si c'est l'endettement qui affecte la santé ou des problèmes de santé qui amènent à s'endetter. En ce qui concerne la Suisse, nous montrons que c'est l'un et l'autre, et que cela peut avoir des effets d'auto-renforcement. L'endettement a des effets négatifs sur la santé mentale et physique. Et le système de santé suisse, notamment par les coûts élevés des primes d'assurance-maladie, les franchises, et dans une moindre mesure la participation aux coûts, favorise l'endettement, qui à son tour peut péjorer la santé, et ainsi de suite.

- **Certains sous-groupes de la population sont particulièrement touchés dans leur santé lors d'un endettement.**

Les femmes et les personnes âgées endettées constituent la population qui a le niveau de santé le plus bas. Concernant les femmes, nous constatons que ce sont souvent elles qui gèrent les finances des ménages endettés en difficulté financière, mais nous n'arrivons pas à démontrer que cela a un effet sur leur santé. Nous l'expliquons par le fait que gérer les finances implique une charge mentale et physique importante, mais cela permet aussi d'agir, notamment pour protéger ses proches. Toutes les femmes ne sont pas touchées de la même manière dans leur santé. Les femmes les plus âgées, de nationalité étrangère, ou qui vivent en Suisse romande et italienne sont plus affectées par la survenue d'une dette. Nous l'expliquons par le fait que ce groupe de population, plus concerné par exemple par le chômage, dispose de moins de capacité d'agir pour redresser sa situation financière. Dans le

même sens, être endetté-e quand on est âgé-e est particulièrement stigmatisant car peu de personnes sont dans cette situation. En outre, les possibilités de s'en sortir sont plus faibles que celles des plus jeunes qui, encore professionnellement actives, peuvent tenter d'augmenter leurs revenus.

- **Les arriérés de paiement sont les dettes les plus « toxiques » pour la santé.**

Les arriérés de paiement constituent le type de dettes qui a les effets négatifs les plus immédiats sur la santé mentale. Moins d'une année après leur survenue, les personnes endettées éprouvent plus de sentiments de désespoir, d'anxiété et de dépression. Elles sont aussi moins satisfaites de leur situation financière et de leur vie en général.

- **Avec le temps, toutes les dettes sont néfastes pour la santé.**

On ne s'habitue pas à vivre avec des dettes. Avoir des arriérés de paiement contribue à diminuer immédiatement la santé mentale, mais les emprunts ont aussi des effets négatifs à long terme. Avoir des arriérés de paiement et des emprunts sur une période plus ou moins longue augmente les sentiments négatifs et diminue les sentiments positifs éprouvés, ce qui peut affecter la capacité d'agir des personnes pour faire face aux difficultés financières et fait craindre une spirale de l'endettement.

- **Les effets des dettes sur la santé physique et mentale sont multiples.**

Nos résultats confirment qu'en Suisse les personnes endettées souffrent de plus de stress, d'insatisfaction et de sentiments

d'anxiété et de dépression que les personnes non endettées. Leur qualité de vie diminue : la satisfaction de la vie en général baisse de même que les sentiments positifs (force, énergie, optimisme), ce qui peut affecter la capacité d'agir. Concernant la santé physique, nos résultats convergent : les personnes qui ont des arriérés de paiement souffrent de davantage de maux de dos et de tête, d'insomnie et de fatigue que celles qui n'en ont pas. Toutefois, on n'observe pas d'effet direct pour les maux de dos et de tête.

- **L'effet de *contamination* : lorsque la santé est affectée par l'endettement toutes les dimensions de la vie quotidienne sont touchées.**

Lorsque les dettes affectent la santé, il est fort probable que l'ensemble des sphères de la vie quotidienne (les études et/ou l'emploi, le logement, les relations amicales et familiales) soient touchées. Là encore, on observe que ce sont les arriérés de paiement qui sont particulièrement problématiques, car ce sont eux, plus que le montant de l'endettement, qui sont susceptibles de péjorer l'ensemble des sphères de la vie quotidienne.

- **L'effet de *cumul* : plus la trajectoire d'endettement se prolonge, plus on a des problèmes de santé.**

En suivant les mêmes individus sur une période de 15 ans, nous montrons que la santé est étroitement liée aux trajectoires d'endettement. Quatre trajectoires d'endettement associées à des niveaux de

santé différents ont été mises en évidence. La **trajectoire d'endettement avec des arriérés de paiement fréquents** regroupe les personnes qui souffrent des problèmes de santé les plus fréquents et de la plus faible satisfaction de la vie. Cette trajectoire, qui rend compte d'une vulnérabilité importante tant sur le plan économique que sanitaire, concerne plus particulièrement les femmes, les personnes à faibles revenus, et les familles monoparentales. Les personnes qui n'ont **jamais d'arriérés** connaissent le niveau de santé le plus élevé. Elles sont généralement plus âgées que le reste de la population et avec de hauts revenus. Les personnes qui ont des **arriérés de paiement occasionnels** déclarent des problèmes de santé modérés. Ce sont des personnes plus jeunes, souvent en couple et avec des revenus intermédiaires. La **trajectoire avec des arriérés de paiement en diminution** regroupe des personnes, souvent des couples, dont les enfants quittent le foyer parental durant la période observée et dont la situation financière et la santé s'améliorent avec le temps.

- **La santé est liée à la vie sociale des personnes endettées.**

Il a été démontré que les ressources sociales ont des effets protecteurs sur la santé. Or un endettement entraîne une baisse des ressources sociales : forte réduction des possibilités de participation sociale, apparition de conflits et une diminution du réseau social, ainsi qu'un isolement dû au retrait et/ou à l'exclusion sociale⁴. La diminution des relations sociales s'accompagne aussi d'une baisse

⁴ Dans le premier cas, c'est la personne concernée qui se retire de la vie sociale alors que dans le second cas, ce sont les autres qui rompent ou distendent les liens sociaux.

des possibilités de soutien. Cet affaiblissement des ressources sociales provoquées par les dettes renforce des problématiques de santé liées à l'endettement déjà existantes, telles que la dépression, l'anxiété ou les troubles du sommeil, ou déclenche de nouveaux problèmes de santé qui peuvent à leur tour avoir des conséquences sur l'endettement en réduisant la capacité d'agir des personnes concernées.

- **Les personnes endettées sont amenées à renoncer à des soins de santé.**

Selon l'enquête SILC de l'OFS, les personnes avec des arriérés de paiement renoncent beaucoup plus à des soins de santé que le reste de la population (et même davantage que les personnes à risque de pauvreté). Nos entretiens montrent que la question du renoncement ne se limite pas aux seuls soins de santé et qu'elle doit être aussi appréhendée de manière globale. Hormis le renoncement *stricto sensu*, on relève trois formes intermédiaires de renoncement : le report (selon l'urgence du soin et son potentiel remboursement), la gestion (par des stratégies diverses allant de l'automédication, aux consultations par téléphone ou au recours à la médecine alternative) et la priorisation (selon le type de soins, les autres dépenses ou le membre du ménage concerné).

- **Les personnes endettées mettent en place une pluralité de stratégies pour préserver leur santé**

Les personnes endettées mettent en place des stratégies multiples pour protéger leur santé. Certaines ont des effets paradoxaux

comme le fait de ne pas ouvrir son courrier, par exemple en mettant de côté les lettres de rappel des créancier-es. Cela préserve du stress à court terme, mais renforce les difficultés financières à long terme. On observe également que les adultes tentent de protéger au maximum leurs enfants des conséquences des dettes. Cette charge est tout particulièrement assumée par les femmes, car elle va dans le prolongement de leur rôle de *care*. En outre, les femmes ont également tendance à tenter de préserver leur conjoint, par exemple en assumant seule le « travail de la dette », un concept qui désigne tout un ensemble d'activités liées à la gestion des dettes et des relations sociales.

Quelles sont les recommandations que l'on peut tirer de cette étude ?

Les actions à mettre en place se situent à différents niveaux :

- **Au niveau politique**, en assortissant, d'une part, le cadre légal fédéral de véritables mesures de désendettement, comme le prévoit le projet de modification de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite. Ceci donnerait un horizon, une porte de sortie aux personnes surendettées. En régulant, d'autre part, les coûts de la santé et en ciblant encore davantage les subsides et soutiens financiers sur les personnes les plus fragiles financièrement.
- **Au niveau de l'intervention sociale**, en favorisant des interventions interdisciplinaires qui permettraient de traiter conjointement, et en réseau, les problèmes de santé et les problèmes d'endettement ; en mettant en place

des actions de prévention de l'endettement, notamment auprès de certaines populations spécifiques comme les personnes hospitalisées ou souffrant de maladie chronique ; en proposant des accompagnements adaptés dès l'arrivée d'un arriéré de paiement ; ou encore développant des dispositifs ciblés sur les ressources sociales des personnes endettées et sur les groupes qui sont tout particulièrement affectés dans leur santé, comme les personnes âgées et

les femmes qui se trouvent être plus souvent les gestionnaires des dettes.

- **Au niveau scientifique**, par exemple en incluant des indicateurs de dettes dans les enquêtes quantitatives de renoncement aux soins et de santé ; en chiffrant le coût des dépenses de santé lié à l'endettement privé et en explorant les mesures d'intervention prises dans d'autres pays pour traiter et accompagner la santé des personnes endettées.

1 INTRODUCTION

S'il a été largement démontré que la santé d'une personne dépend de sa position socioéconomique, nous savons moins de choses sur les liens entre les dettes et la santé. Or l'endettement se distingue de la pauvreté : c'est une expérience spécifique. Celle-ci peut bien sûr se cumuler avec l'expérience de la pauvreté, mais l'endettement a des conséquences différentes, notamment à cause des relations asymétriques qu'il produit entre débiteur·ice et créancier·e. Sachant qu'un grand nombre de personnes vit en Suisse dans un ménage endetté, il est particulièrement important de mieux saisir les liens entre dettes et santé, afin de mieux connaître la situation sanitaire des personnes endettées et d'identifier les inégalités sociales de santé liées aux dettes.

1.1 Un sujet encore peu étudié

La question des dettes et de ses liens avec la santé demeure un sujet peu étudié en Suisse. Dans ce pays connu pour son haut taux d'épargne, l'endettement des ménages a longtemps été considéré comme un problème mineur. À titre illustratif, les statistiques détaillées concernant les dettes des ménages n'existent en Suisse que depuis 2008, lorsque l'Office fédéral de la statistique (OFS) a intégré un module spécial sur cette thématique dans le cadre de l'enquête européenne SILC (Statistics on Income and Living Conditions). Pour l'année 2022, nous savons désormais qu'en Suisse 40,9% de la population vivait dans un ménage avec au moins une dette⁵ (OFS, 2024a). Toutefois, ce pourcentage ne nous éclaire en rien sur les liens entre endettement et santé.

D'une manière générale, les dettes ont été peu étudiées en tant que désavantages socio-économiques affectant la santé (Ten Have *et al.*, 2021). La plupart des recherches internationales se sont surtout intéressées à la manière dont la pauvreté affecte la santé. Notre champ d'études est par conséquent relativement récent et s'est surtout développé aux États-Unis et en Grande-Bretagne après la crise financière de 2008 (Sweet *et al.*, 2013 ; Turunen & Hiilamo, 2014). La Suisse étant rarement représentée dans les études comparatives internationales et européennes (Angel & Heitzmann, 2015 ; Clayton *et al.*, 2015 ; Hiilamo & Grundy, 2020), notre connaissance des liens entre endettement et santé dans notre pays demeure toutefois très limitée.

Nous savons qu'en Suisse, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, il y a une forte association entre la position socioéconomique (mesurée par le niveau de revenu, l'éducation et la profession) et la santé physique et mentale (Boes *et al.*, 2016 ; Cullati, 2015). Par exemple, les hommes et les femmes ayant suivi uniquement une scolarité obligatoire ont une espérance de vie plus faible que les hommes et les femmes ayant effectué des études

⁵ Hors dettes hypothécaires.

supérieures. Ils et elles sont également moins nombreux à indiquer que leur niveau de santé est (très) bon (OFS, 2024b)⁶. Si ces résultats confirment la présence d'inégalités de santé, ils ne prennent pas en compte les dettes et, par conséquent, ne suffisent pas à comprendre la situation spécifique des personnes endettées⁷.

1.2 De quelles dettes parle-t-on ?

Les dettes (soit les sommes d'argent que l'on doit à autrui, que ce soit à une personne, une institution ou une collectivité) peuvent être de différents types (emprunt à des proches, petit crédit, arriéré de paiement, etc.). Généralement, la littérature fait une distinction entre les dettes garanties (*secured debt*) et les dettes non garanties (*unsecured debt*). Les premières sont garanties par un actif que l'on peut vendre si nécessaire. C'est par exemple le cas d'une dette hypothécaire. Les dettes non garanties ne sont pas forcément liées à un actif comme dans le cas d'un emprunt, voire pas du tout dans le cas d'un arriéré de paiement (une facture impayée pour des raisons financières). Les recherches sur l'endettement et la santé portent principalement sur les dettes non garanties, car elles sont par définition plus problématiques et davantage le signe de difficultés financières que les dettes garanties. Le type de dettes non garanties étudié pouvant différer selon les études recensées, nous avons choisi, pour rendre la lecture plus fluide, de conserver le terme générique d'endettement ou de dettes. Nous avons fait le même choix quant à nos résultats, car un des objectifs était précisément de cerner quel type de dettes non garanties était le plus problématique pour la santé des personnes concernées. Lorsque cela s'avère nécessaire à la compréhension de nos résultats, nous précisons le type de dettes en question.

L'endettement n'est bien sûr pas nécessairement un problème en soi tant qu'il n'a pas de conséquences négatives pour l'individu ou le ménage concerné. Il le devient lorsque sa maîtrise (remboursement des montants dus, règlement des intérêts et des frais, respect des échéances) implique une baisse du standard de vie ou de la santé des personnes concernées et/ou qu'il conduit à une augmentation incontrôlable des dettes. Dans ce dernier cas, il est question de surendettement. Celui-ci correspond à une situation dans laquelle le service et le remboursement de la dette d'un individu ou d'une famille dépassent sa capacité de paiement sur une longue période (Commission Européenne, 2008) et induit un endettement supérieur. En Suisse, nous considérons qu'un arriéré de paiement dû à des raisons financières est un indice de surendettement et qu'un acte de défaut de bien (ADB) relève du surendettement.

⁶ L'espérance de vie à 65 ans en 2010-2019 était de 17.1 ans pour les hommes et de 22.4 ans pour les femmes ayant suivi une scolarité obligatoire contre respectivement 20 et 23.6 ans pour leurs homologues ayant fréquenté une haute école. En 2022, 66,9% d'homme et 68% de femmes ayant une formation obligatoire évaluent leur santé comme étant (très) bonne contre respectivement 90.6 et 90.7% de leurs homologues disposant d'un diplôme d'une haute école (OFS, 2024b)

⁷ Une exception notable est l'étude quantitative transversale menée dans le canton de Zurich concernant la santé mentale de personnes surendettées (Hämmig & Herzig, 2022).

L'ADB suit généralement une saisie sur salaire⁸ lorsqu'il n'y a plus assez d'argent ou de biens saisissables pour désintéresser les créancier-es (voir Annexe 1 : Procédure de la poursuite pour dettes).

1.3 L'endettement n'est pas égal à la pauvreté

À la suite d'Hiilamo (2021), nous considérons que l'endettement comporte au moins quatre dimensions susceptibles d'affecter la santé de manière spécifique. La première concerne **l'expérience de l'endettement** qui implique de faire face à des contraintes spécifiques et une temporalité particulière, comme les lettres de rappel et appels téléphoniques des créancier-ères et les échéances de remboursement qui, si elles ne sont pas respectées, peuvent déboucher sur des frais supplémentaires (frais de rappel, intérêts, etc.). Il s'agit par conséquent aussi pour les personnes endettées de devoir faire face au stress, au sentiment de honte, d'impuissance ou d'échec personnel que cela suscite. Une deuxième dimension concerne le **cumul d'expériences**. À l'expérience de l'endettement peut s'ajouter celle de la précarité financière (Mattes *et al.*, 2022), lorsque pour tenter de gérer leur endettement et réduire leurs dépenses, les personnes endettées renoncent à des soins ou à une alimentation de qualité. Le troisième point concerne les **conséquences spécifiques de l'endettement** qui ne sont pas les mêmes que celles qui sont liées à la pauvreté. Lorsque les dettes débouchent sur des poursuites, l'endettement a des effets sur l'exercice même de la citoyenneté : accès au logement, à l'emploi et aux soins, impossibilité de changer de caisse-maladie, obstacles pour le permis de séjour ou la naturalisation⁹ (Henchoz *et al.*, 2021 ; Morvant-Roux *et al.*, 2023). Enfin, la quatrième dimension porte sur **l'asymétrie des relations entre débiteur-ice et créancier-e**. Être débiteur-ice implique des obligations, de la dépendance, une relation de pouvoir en faveur de l'institution créancière. Cette relation asymétrique n'est pas sans effet sur la santé mentale des personnes endettées (Mirowsky, 1985). Ces quatre dimensions spécifiques en matière d'enjeux financiers, de stress et de stigmatisation expliquent pourquoi les effets de l'endettement ne se résument pas à ceux de la pauvreté. De plus, l'endettement ne concerne pas uniquement les personnes en situation socio-économique défavorisée, mais peut toucher des individus de tous niveaux de revenus, d'éducation ou de statut professionnel. Ces spécificités expliquent pourquoi la seule prise en compte de la position socioéconomique (mesurée par le niveau de revenu, l'éducation et la profession) n'est pas suffisante pour comprendre les liens entre endettement et santé.

⁸ À noter que le montant laissé à la disposition des personnes qui sont visées par une saisie sur salaire ne leur permet pas de payer les impôts courants (qui ne sont pas pris en compte dans le calcul du minimum vital), ce qui induit un accroissement de l'endettement, soit à un surendettement, quasi inéluctable.

⁹ L'accès au logement et à certains emplois est de plus en plus conditionné au fait de pouvoir présenter un extrait du registre des poursuites vierge. Par ailleurs, une dette auprès d'une caisse maladie crée un-e « assuré-e captif-ve » l'empêchant de changer pour une caisse meilleure marché tant que les arriérés n'ont pas été remboursés. Enfin, le permis de séjour ou la naturalisation sont conditionnés en Suisse à l'insertion économique des personnes concernées, ce qui implique la prise en compte de leurs dettes.

En Suisse où le cadre légal protège peu les personnes endettées, ces quatre dimensions sont particulièrement fortes (voir point suivant), ce qui risque d'augmenter encore l'effet négatif des dettes sur la santé (Angel, 2016). Pour toutes ces raisons, il nous semble particulièrement important d'avoir une meilleure compréhension de la situation suisse afin d'identifier des processus spécifiques de production des inégalités sociales de santé (Oetterli *et al.*, 2015).

2 LA SUISSE : UN EXCELLENT OBSERVATOIRE DES LIENS ENTRE DETTES ET SANTÉ

Points forts de ce chapitre :

En Suisse, l'endettement est perçu comme un problème moral relevant de la responsabilité individuelle. Le cadre légal est peu favorable aux personnes qui ont des difficultés à faire face à leurs dettes, ce qui ne favorise pas la sortie de l'endettement. Les coûts de santé à la charge des ménages sont également très importants. Ces différents facteurs contribuent à renforcer les liens entre l'endettement et la santé et font de la Suisse un excellent observatoire pour les étudier.

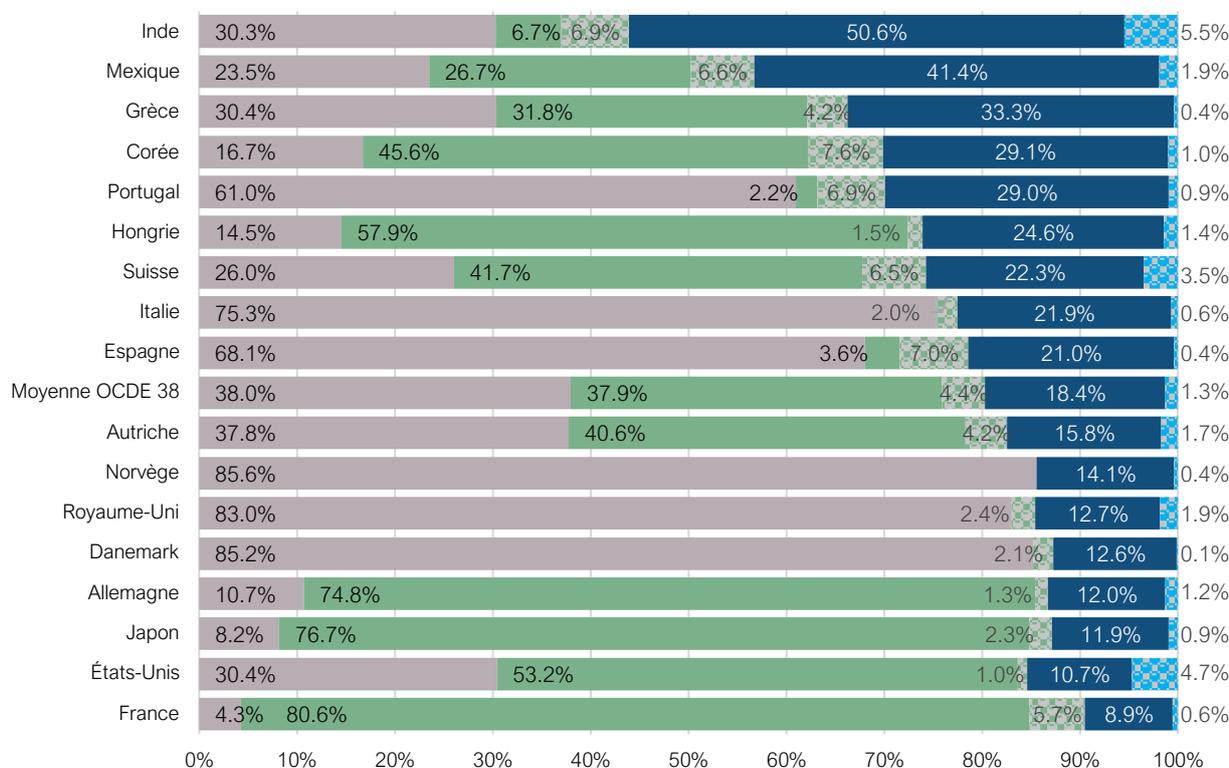
Selon les contextes nationaux, les liens entre endettement et santé sont susceptibles de varier. La Suisse offre un contexte qui peut contribuer à les renforcer. La stigmatisation de l'endettement est plus présente dans les pays européens que dans les pays anglo-saxons (Efrat, 2006). Elle se traduit notamment par une méfiance vis-à-vis de l'endettement privé et par différentes formes de sanction (financière, légale et juridique) en cas de non-remboursement des créances. C'est particulièrement le cas en Suisse (Henchoz *et al.*, 2021). L'endettement est perçu comme un problème personnel et moral, dont la responsabilité incombe aux ménages et aux individus (voir par exemple Morvant-Roux *et al.*, 2023). Les mesures de réquisition de poursuite en cas de non-paiement des dettes sont facilement accessibles pour les créancier·ères et contraignantes pour les débiteur·ices, ce qui renforcent les relations asymétriques entre les deux parties (voir Annexe 1 : Procédure de la poursuite pour dettes).

Au niveau national, il n'existe pas de procédure de désendettement. Or le fait d'être endetté·e dans un pays où il est compliqué de se désendetter semble être associé à plus de stress et à plus d'effets sur la santé mentale que dans les pays où le désendettement est rapide et accessible (Angel, 2016).

Le système de santé implique également des risques d'endettement qui sont spécifiques à la Suisse. Fondé sur la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) qui depuis 1996 a instauré l'obligation pour toutes les personnes domiciliées en Suisse de contracter une assurance de base auprès de caisses-maladie privées, ce système est l'un des plus coûteux du monde et l'un des plus complexes. L'assurance obligatoire des soins (AOS) est financée par les assuré·es (primes et participation aux coûts) et par les pouvoirs publics (réductions des primes et subventions aux institutions). Les prestataires de soins (médecins, hôpitaux, etc.) sont privés et/ou publics. Les primes AOS sont fixées indépendamment des revenus et varient en fonction de la région de résidence et de l'âge de l'assuré·e ainsi que du modèle d'assurance et de la franchise choisie.

Les personnes au revenu modeste peuvent bénéficier d'une réduction de prime qui est attribuée par le canton de résidence, selon des modalités qui diffèrent d'un canton à l'autre. Les patient-es contribuent aux coûts, c'est-à-dire que les frais médicaux et les médicaments sont à leur charge pour le montant annuel de la franchise choisi (entre CHF 300 et 2500). Plus la franchise est élevée et plus les primes sont basses. Toutefois, lorsque la franchise est atteinte, les patient-es doivent encore assumer une quote-part, c'est-à-dire financer 10% de chaque prestation (20% selon les médicaments) jusqu'à une hauteur de 700 francs par an, ainsi que les frais non couverts, comme certains médicaments. En cas d'hospitalisation, il faut également contribuer aux frais dits hôteliers (15 CHF par jour). À cela s'ajoute la possibilité de contracter une assurance complémentaire privée, qui comme son nom l'indique, couvre des frais non pris en compte dans l'AOS, mais dont le coût est entièrement à la charge des assuré-es.

Graphique 1 : Types de financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 2021



Source des données : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023¹⁰

Légende :

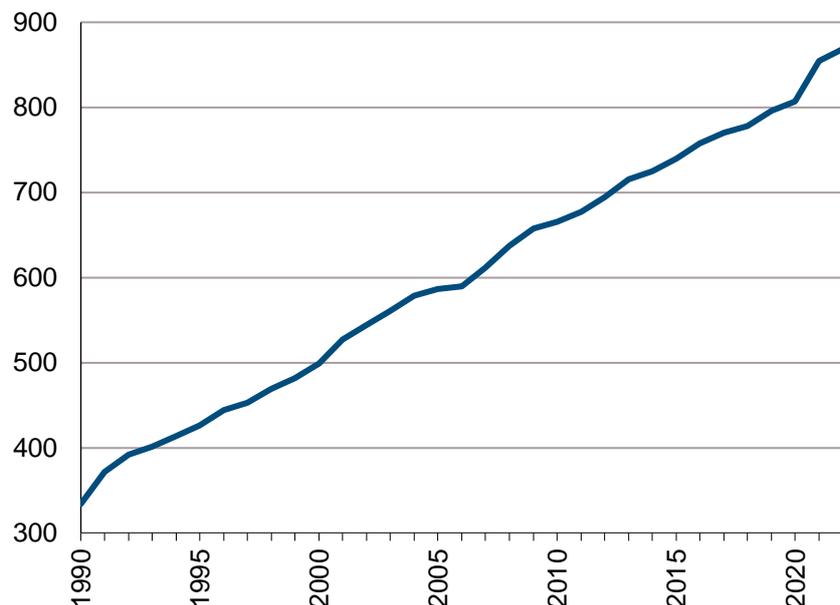
- Régimes publics
- Assurance maladie obligatoire
- Assurance maladie facultative
- Dépenses à la charge des ménages
- Autres

Les coûts de la santé à la charge des ménages sont par conséquent très importants (Graphique 1) et en constante augmentation. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996,

¹⁰ https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/depenses-de-sante-par-type-de-financement-2021-ou-annee-la-plus-proche_c4592233-fr

les primes d'assurance n'ont cessé d'augmenter. Elles ont plus que doublé en 20 ans¹¹. Les dépenses totales de santé des individus (primes d'assurance-maladie et autres dépenses de santé) ont atteint plus de 800 CHF par habitant-e et par mois en 2021¹² (Graphique 2).

Graphique 2 : Évolution des dépenses de santé en Suisse



Source des données : OFS – Coûts et financement du système de santé¹³

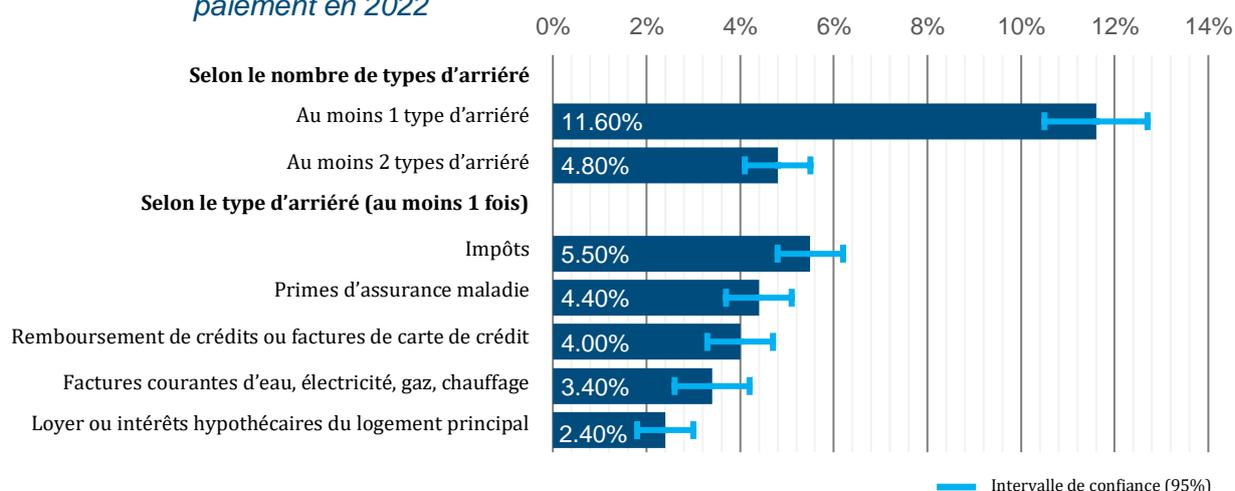
De plus en plus de ménages éprouvent des difficultés à financer les coûts de la santé (Coste & Henchoz, 2021). À l'inverse de la plupart des pays européens, les primes d'assurance maladie ne sont pas déduites directement du salaire ou financées par la collectivité et représentent une cause importante d'endettement. Selon les données les plus récentes de l'OFS (2024a), 4,4% des personnes en Suisse en 2022 ont des arriérés de paiement liés à leurs primes d'assurance-maladie.

¹¹ Indice des primes d'assurance-maladie en 2023 (base 1999=100 points) : Assurance de base = 236.7 ; Indice total=202
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/prix/primes-assurance-maladie.html>

¹² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/mesure-bien-etre/indicateurs/depenses-sante.html>

¹³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/cou.gnpdetail.2024-0180.html>

Graphique 3 : Pourcentage de la population vivant dans un ménage avec des arriérés de paiement en 2022



Source : OFS – Enquête sur les revenus et les conditions de vie, SILC-2022¹⁴

Les arriérés de paiement constituent parfois la seule marge de manœuvre financière pour libérer un peu de liquidité en cas de besoin, c'est pourquoi ce type de dettes est plus présent parmi les ménages à bas revenu (OFS, 2024a). En effet, la législation suisse est relativement restrictive en ce qui concerne l'accès à l'emprunt bancaire et aux petits crédits. Il faut démontrer une capacité à rembourser le montant emprunté en 36 mois et ce type d'endettement est en principe peu accessible aux bas revenus. Retarder les paiements n'est toutefois qu'une solution à court terme. En cas de difficulté à rembourser, des frais administratifs importants peuvent s'ajouter à la créance de base. Ces frais ne sont pas limités par la législation et ils sont régulièrement évalués comme étant excessifs par les services de désendettement (Noori, 2021). En ce sens, les arriérés de paiement constituent une dette particulièrement problématique d'un point de vue financier et très répandue en Suisse comparativement à nos voisins européens (Eberlein, 2021).

¹⁴<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population.assetdetail.30826161.html>

3 APERÇU DES SAVOIRS EN SUISSE ET À L'INTERNATIONAL

Points forts de ce chapitre

Selon les études existantes, entre 40% et 75% des personnes endettées déclarent souffrir de problèmes de santé à la suite d'un endettement. Les dettes sont associées à une baisse de la santé mentale (augmentation du stress, de l'anxiété et des symptômes de dépression), à une détérioration de la santé physique (maux de tête et d'estomac, obésité, insomnies) et à des renoncements aux soins. Être en mauvaise santé accroît les risques d'endettement, car cela peut contribuer à réduire les revenus et augmenter les dépenses. Les risques d'endettement liés aux coûts de la santé touchent particulièrement les bas revenus et, en ce sens, la réduction des primes par les subsides n'a qu'un effet protecteur limité. La plupart de ces études sont toutefois limitées par le fait qu'elles comparent des personnes endettées à des personnes sans dettes. Par conséquent, elles ne permettent pas de comprendre les effets de la survenue d'une dette sur la santé (Richardson *et al.* 2013 ; Tay *et al.* 2017).

Ce chapitre présente des résultats issus de recherches nationales et internationales. Il vise à fournir un bref état des savoirs sur la question des liens entre endettement et santé.

3.1 Avoir des dettes nuit à la santé

Toutes les recherches internationales consultées (pour synthèse, Henchoz & Coste, 2016) convergent pour souligner les nombreux effets négatifs de l'endettement sur la santé physique et mentale ainsi que sur les comportements de santé et l'accès aux soins (Blázquez & Budría, 2015 ; Turunen & Hiilamo, 2014). Selon les études, de 40% à 75% des personnes endettées déclarent souffrir de problèmes de santé à la suite d'un endettement. Cela conduit entre 25% à 50% d'entre elles à consulter un·e médecin (pour recension, Jacoby, 2002). En bref, les personnes endettées sont en moins bonne santé que les personnes sans dette et ceci indépendamment du statut socio-économique, du sexe ou de l'âge (Sweet *et al.*, 2013).

Les effets des dettes sur la santé mentale sont davantage documentés que ceux, plus indirects, sur la santé physique (Turunen & Hiilamo, 2014). L'insécurité économique découlant d'un endettement mal maîtrisé, les obligations de remboursement, la charge financière accrue qu'il implique, l'augmentation des besoins de gestion et les activités récurrentes de recouvrement des dettes de la part des créancier·es influencent négativement la santé mentale (Drentea & Reynolds, 2012 ; Jacoby, 2002). La stigmatisation sociale et le fardeau psychologique liés aux dettes contribuent aussi à affecter la santé mentale (Sweet *et al.*, 2013).

Même sous contrôle du statut socio-économique et de la santé physique, plusieurs recherches montrent que les dettes sont liées de manière plus significative que le revenu aux symptômes de dépression (Gathergood, 2012 ; Hiilamo & Grundy, 2020). D'une manière générale, l'endettement est un des prédicteurs les plus fiables de la dépression (pour recension, Turunen & Hiilamo, 2014). Des études relèvent également que les problèmes financiers liés aux dettes apparaissent comme étant les principaux facteurs expliquant les tentatives de suicide, et ce bien plus que les facteurs psychologiques (Reeves *et al.*, 2014).

Comme l'endettement est une expérience stressante et angoissante, les dettes sont aussi associées à des troubles physiques : maux de tête et d'estomac, problèmes de sommeil et insomnies (Warth *et al.*, 2019), état de fatigue et lassitude (Ochsmann *et al.*, 2009 ; Richardson *et al.*, 2013). L'endettement est aussi lié à des problèmes de surpoids et d'obésité (Münster *et al.*, 2009 ; Keese & Schmitz, 2014), surtout chez les femmes (Averett & Smith, 2014).

Un endettement peut aussi impacter la santé physique de par les difficultés socio-économiques et les privations matérielles qui peuvent en découler (Grafova, 2007 ; Reading & Reynolds, 2001). En ce sens, Angel (2016) fait une distinction entre les conséquences « directes » de l'endettement sur la santé (comme le stress vécu) et les conséquences « indirectes ». Dans ce dernier cas, ce sont les conséquences économiques et sociales d'une situation d'endettement (diminution ou saisie d'une partie du revenu, poursuites) qui amènent les personnes à devoir faire des choix économiques préjudiciables pour la santé (comme rembourser des créancier-es plutôt que d'aller chez un-e médecin ou acheter des médicaments). Les dettes ont par exemple une influence significative sur le renoncement aux soins, même en considérant le niveau de revenu et de fortune (Kalousova & Burgard, 2013).

Relevons enfin qu'une situation d'endettement n'affecte pas seulement la santé de la personne concernée, mais aussi celle de son entourage. Des problèmes dans les relations conjugales, familiales ou professionnelles peuvent ainsi émerger et contribuer à renforcer le stress vécu (Jacoby, 2002 ; Turunen & Hiilamo, 2014). Les familles avec des bas revenus, qui ont des personnes dépendantes économiquement à leur charge ou les minorités ethniques seraient aussi plus particulièrement touchées par le stress que les autres populations (Turunen & Hiilamo, 2014). Les femmes seraient également plus concernées que les hommes (Contoyannis *et al.*, 2004). Si les recherches s'accordent sur le fait que l'endettement peut entraîner des changements préjudiciables pour la santé physique et mentale, les mécanismes de ces liens sont mal connus (Gathergood, 2012). Une des raisons tient au fait que la plupart des analyses statistiques sont transversales (Richardson *et al.*, 2013 ; Tay *et al.* 2017). En comparant des personnes endettées à des personnes sans dettes, ces analyses ne permettent pas de comprendre les effets de la survenue d'une dette sur la santé.

3.2 Être en mauvaise santé accroît les risques d'endettement

Selon les dernières statistiques de Dettes Conseils Suisse¹⁵ (2024), un quart des personnes sollicitant un programme de désendettement évoque directement des problèmes de santé et de maladie comme causes de leur endettement. Les recherches internationales relèvent de leur côté une surreprésentation des maladies de longue durée et du handicap dans les prédicteurs d'endettement (pour synthèse, Balmer *et al.*, 2006). Depuis les années 2000, des études menées en Suisse soulignent également les conséquences financières négatives de comportements addictifs comme le jeu excessif (BASS, 2009; Jeanrenaud *et al.*, 2015) ou les achats compulsifs (Maag, 2010). En bref, les problèmes de santé sont susceptibles d'augmenter les risques d'endettement. Cela s'explique notamment par le fait qu'un problème de santé n'est pas sans conséquence sur l'équilibre financier du ménage (Keese, 2009). Il peut conduire à un arrêt ou à une diminution de travail impliquant une baisse de revenu et/ou à une augmentation des dépenses de santé.

3.2.1 Éclairage : coûts de la santé et endettement dans le canton de Neuchâtel

Une recherche mandatée par l'Office cantonal de l'assurance-maladie (OCAM) de Neuchâtel¹⁶ nous a permis d'étudier plus en détail les liens entre les coûts de la santé et l'endettement (Coste et Henchoz, 2021). Cette étude confirme que les primes impayées sont un facteur important d'endettement et que les subsides versés ne protègent que partiellement les revenus les plus modestes.

En 2018, 2,9% de la population neuchâteloise est surendettée pour des raisons liées à l'assurance obligatoire des soins (AOS). Dans plus de 9 cas sur 10, les actes de défaut de bien (ADB)¹⁷ concernent des primes impayées. Un endettement dû uniquement à des arriérés de participations aux coûts est une situation rare. En revanche, dans plus de 4 cas sur 10 on observe un cumul d'ADB pour primes et participation aux coûts impayés. Les assuré-es les plus susceptibles d'être surendetté-es sont les personnes âgées de 26 à 49 ans, les personnes

¹⁵ Association faîtière dont les membres sont des services de conseil en désendettement à but non lucratif de toute la Suisse.

¹⁶ Cette étude pluriméthodologique a été menée entre mai et décembre 2020. Elle visait à mieux comprendre le lien entre la hausse des primes liées à l'assurance obligatoire des soins (AOS), le montant des subsides versés et l'augmentation des dettes d'assurance-maladie des ménages dans le canton de Neuchâtel. Elle est fondée sur l'analyse des données statistiques de l'administration cantonale (2015-2019) qui englobent l'ensemble de la population du canton de Neuchâtel, ainsi que sur des entretiens auprès d'expert-es de l'endettement et de l'administration cantonale.

¹⁷ Il s'agit des ADB inscrits au secteur contentieux de l'OCAM. Pour rappel, en vertu de l'art. 64a de la LAMAL, les cantons sont tenus par la loi d'indemniser les caisses-maladie à hauteur de 85% du montant des créances relevant de l'AOS (primes et participations aux coûts impayés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite) pour lesquelles un ADB ou un titre équivalent a été délivré. Le canton de Neuchâtel a également passé un accord avec certaines caisses-maladie afin de racheter leurs créances à un taux supérieur à 85% et ainsi devenir le détenteur des ADB. L'ensemble de ces transactions est effectué par le secteur contentieux de l'OCAM. Ce dernier fait donc un suivi de l'ensemble des ADB liés à l'AOS.

séparées et divorcées, les assuré·es de nationalité étrangère et les bénéficiaires de subsides. Excepté l'âge, toutes ces caractéristiques sont étroitement liées au revenu. En ce sens, un bas niveau de revenu semble être un élément explicatif central du risque d'endettement lié à l'AOS¹⁸.

Les subsides, qui dans le canton de Neuchâtel sont versés aux assuré·es ayant les plus bas revenus, ne préservent pas complètement de l'endettement, mais ils ont un effet protecteur. Les assuré·es bénéficiant des subsides les plus élevés sont plus fréquemment au contentieux que l'ensemble des bénéficiaires ordinaires de subsides. Néanmoins, alors que les coûts de santé ont augmenté, la proportion de personnes au contentieux n'a pas évolué entre 2015 et 2018, et les bénéficiaires de subsides ont des montants d'ADB qui sont nettement inférieurs à ceux des non-bénéficiaires. On relève également que connaître une situation instable par rapport aux subsides durant l'année (en bénéficiaire puis ne plus en bénéficiaire) augmente les risques de d'endettement.

Avoir des ADB liés à l'AOS est souvent le signe d'un surendettement durable : trois quarts des personnes vont cumuler des ADB lié à l'AOS sur au moins deux ans et quatre personnes sur dix en ont accumulé chaque année entre 2015 et 2018. Le surendettement durable touche les mêmes catégories de la population neuchâteloise que celles qui sont à risque de surendettement lié à un ADB – les assuré·es de moins de 49 ans, les personnes séparées ou divorcées, d'origine étrangère, les bénéficiaires de subsides, les personnes qui ont connu un changement de situation face aux subsides et celles qui ont des primes élevées – ce qui confirme l'effet limité de dispositifs comme les subsides pour contenir les effets de la hausse des coûts de santé sur les budgets des ménages les plus précaires.

¹⁸ Cette information n'étant pas présente dans l'ensemble des données à notre disposition, cela reste une hypothèse explicative.

4 PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Points forts de ce chapitre

Notre étude vise à mieux comprendre la situation sanitaire des personnes endettées en Suisse, la manière dont s'articulent les trajectoires de santé et d'endettement, ainsi que les actions menées par les personnes concernées pour préserver leur santé. Compte tenu de la spécificité du contexte suisse, nous avons retenu trois problématiques rattachées à la santé : l'état de santé, les dépenses de santé et le renoncement aux soins. Cette recherche se fonde sur une approche pluriméthodologique. Celle-ci combine la collecte et l'analyse de données qualitatives (plus de 40 entretiens collectés en Suisse romande et Suisse allemande) ainsi que l'analyse secondaire des données de trois enquêtes quantitatives (Panel suisse de ménages ; Enquête sur les revenus et les conditions de vie ; Enquête en ligne sur les jeunes et l'argent).

4.1 Objectifs et axes de recherche

Pour comprendre les liens entre l'endettement et la santé en Suisse, notre étude poursuit plusieurs objectifs :

- **Saisir la situation suisse.** Comme déjà relevé, les recherches portant sur le lien entre les dettes et la santé concernent surtout les États-Unis et la Grande-Bretagne, car l'endettement et ses conséquences sont une problématique plus ancienne et par conséquent plus étudiée qu'en Europe (Angel, 2016). La Suisse est particulièrement sous-représentée dans la littérature sur les dettes et la santé (Hiilamo & Grundy, 2020), les études comparatives au niveau international et européen ne l'incluant pas dans leurs analyses (Angel & Heitzmann, 2015 ; Clayton *et al.*, 2015). Il s'agira donc d'abord de dresser un état des lieux de la situation en Suisse.
- **Comprendre comment s'imbriquent les trajectoires d'endettement et de santé.** Si les recherches s'accordent sur le fait que l'endettement peut entraîner des changements préjudiciables pour la santé physique et mentale, les mécanismes de ces liens sont mal connus (Gathergood, 2012), car la plupart des analyses statistiques comparent des personnes endettées à des personnes sans dettes (Richardson *et al.* 2013 ; Tay *et al.* 2017). Les données longitudinales du Panel suisse de ménages, qui suivent une même personne sur plusieurs années, vont nous permettre de mieux comprendre les effets de la survenue d'une dette sur la santé et l'évolution de ce lien (Richardson *et al.*, 2013). En effet, les liens entre santé et endettement sont

susceptibles de changer dans le temps. Selon Hojman *et al.* (2016), il y a, par exemple, une relation significative entre les trajectoires d'endettement et l'évolution de la santé mentale.

- **Mieux comprendre le rôle des individus.** Face aux difficultés financières, les ménages et les individus sont rarement passifs (Nettleton & Burrows, 2001). Un des buts de notre recherche est de mieux comprendre comment leurs actions s'agencent et se décident.

4.2 Problématiques de santé étudiées

Dans les recherches sur les inégalités sociales de santé, l'aspect dynamique de la santé est de plus en plus privilégié. Ainsi, à la conception classique de l'Organisation mondiale de la santé de 1946 (OMS, 2020, p. 1) qui définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité », nous retenons une conception de la santé en termes de processus qui souligne la capacité d'adaptation et d'autogestion des personnes concernées (Huber *et al.*, 2011). Compte tenu de la spécificité du contexte suisse, nous avons considéré trois problématiques rattachées à la santé :

- **L'état de santé** : la dégradation de l'état de santé ou la maladie est appréhendée comme une phase de déséquilibre entre les facteurs de risque et les facteurs protecteurs lorsqu'une personne ne dispose pas des ressources suffisantes pour faire face aux diverses exigences de la vie quotidienne (Luhmann *et al.*, 2012) ; c'est-à-dire comme un événement de vie critique qui perturbe les contextes normaux d'activité des individus et qui nécessite des adaptations pour les activités quotidiennes (Filipp & Aymanns, 2010).
- **Les dépenses de santé** : il s'agit ici de toutes les dépenses de santé qui affectent le budget d'un ménage comme les primes d'assurance-maladie, les frais de santé hors franchise et ceux non remboursés.
- **Le renoncement aux soins** : en Suisse, il peut être « volontaire » lorsque les personnes endettées renoncent à des prestations de santé pour des raisons économiques (renoncer aux soins pour épargner ou rembourser une autre facture) ou par honte de se présenter devant un-e médecin créancier-e (Regamey *et al.*, 2011). Il peut être considéré comme « involontaire » en cas de suspension des prestations LAMal.

4.3 Données et méthodes

Pour répondre aux objectifs, plusieurs types de données et méthodes ont été mobilisées.

4.3.1 Volet quantitatif

Pour le volet quantitatif, nous avons considéré plusieurs types de dettes non garanties et de situations d'endettement, avec toutefois un accent particulier sur les arriérés de paiement que nous concevons comme un signe d'endettement problématique (voir chp. 2).

Dans le cadre de cette recherche, nous avons mobilisé trois sources de données quantitatives :

1) Panel suisse de ménages (PSM) – Centre de compétences suisse en sciences sociales (FORS)

Nos résultats quantitatifs s'appuient principalement sur les données du Panel suisse de ménages (PSM), une enquête longitudinale et multithématique menée par le Centre de compétences suisse en sciences sociales, FORS. Depuis 1999, elle interroge annuellement tou-te-s les membres des ménages d'un échantillon aléatoire qui est suivi dans le temps. Les données utilisées dans le cadre de notre étude portent sur les vagues 1 à 21 (de 1999 à 2019). Cela équivaut à 120'000 observations menées auprès de 20'000 individus sur une période de 20 ans. Les modèles statistiques mobilisés dans nos analyses (par ex. modèles de régression à effets fixes) prennent en compte les autres variables d'influence (âge, sexe, revenu, état de santé, etc.) afin d'isoler l'effet spécifique des dettes en raisonnant « toutes choses égales par ailleurs » ; c'est-à-dire que cela permet de voir si un facteur a un effet plus important qu'un autre. Le grand avantage des analyses longitudinales, qui sont assez rares en ce qui concerne les effets de l'endettement sur la santé, est de pouvoir suivre une même personne sur plusieurs années. Elles expliquent un changement (par ex. le niveau de santé) par un autre changement (par ex. la survenue d'une dette). En ce sens, elles permettent de raisonner de manière causale.

2) Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) – Office fédéral de la statistique (OFS)

Nous avons également procédé à une analyse des données collectées dans le cadre de l'enquête SILC menée en 2022 et 2017 par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Outre le questionnaire de base, qui comprend des données démographiques, sur les revenus, l'exclusion sociale, le logement et d'autres informations pertinentes, l'enquête SILC de 2017 a le grand avantage de contenir un module détaillé sur l'endettement et un autre sur la santé. L'échantillon représentatif est composé de 8'122 ménages regroupant 18'700 personnes. Pour les analyses, nous avons mobilisé des méthodes de classification (analyse en classes latentes) afin d'identifier des sous-groupes homogènes par rapport aux types de dettes et situations d'endettement. Une fois ces profils d'endettement identifiés, nous avons procédé à des analyses de régression afin de déterminer quels profils étaient les plus associés à des problèmes de santé.

3) Enquête en ligne sur les jeunes adultes et l'argent – Université de Fribourg

Menée par les auteur·es de ce rapport dans le cadre d'une recherche précédente¹⁹, l'enquête en ligne sur les jeunes et l'argent avait notamment pour objectif de mieux comprendre les conséquences des dettes sur différentes sphères de la vie quotidienne. Basée sur un échantillon de 5'000 jeunes adultes âgé·es de 18 à 29 ans de toute la Suisse, l'enquête s'est déroulée de mai à juillet 2015. Avec un contact par courrier (un premier envoi et un rappel) invitant les répondant·es à remplir un questionnaire en ligne, nous avons obtenu un taux de réponse de 28%, ce qui représente 1'390 questionnaires complétés. Pour les analyses, nous avons employé des méthodes similaires à celles mobilisées pour les données SILC.

4.3.2 Volet qualitatif

42 entretiens approfondis ont été effectués avec des personnes endettées, dont 21 personnes vivant en Suisse alémanique et 21 en Suisse romande. Le recrutement s'est fait principalement par le biais de services spécialisés, tels que les services sociaux, les institutions spécialisées dans le domaine de la gestion des dettes et du désendettement, ainsi que par des annonces dans des établissements de formation. Les 24 femmes et 18 hommes interviewé·es étaient âgé·es de 21 à 81 ans. Environ trois quarts d'entre elles et eux sont des citoyen·nes suisses et un quart de nationalité étrangère. Nous avons privilégié un échantillonnage raisonné (Patton, 1990). Les personnes recrutées ont des profils sociodémographiques variés, mais elles partagent une même expérience : un endettement associé à des questions de santé. Comme pour le volet quantitatif, d'autres variables (âge, niveau de formation et de revenu, statut d'activité et nationalité) ont été relevées et systématiquement prises en compte dans l'analyse. La partie qualitative de la recherche ne prétend pas à la représentativité au sens strict, mais a pour but d'explorer et d'approfondir des aspects que les données quantitatives ne peuvent pas mettre en lumière. L'objectif des entretiens était par exemple d'identifier et de mieux comprendre la particularité des actions et des stratégies des personnes ayant des problèmes de santé en situation d'endettement. Les données ont été codées et analysées selon la méthode de la *Grounded Theory* (Corbin & Strauss, 1990). L'intégralité du processus de recherche a suivi les principes de la charte éthique de la HETSL.

¹⁹ Recherche FNS « La socialisation économique. Comment devient-on un homo oeconomicus ? » (2012-2015), <https://data.snf.ch/grants/grant/143195>.

5 LES EFFETS MULTIPLES DE L'ENDETTEMENT SUR LA SANTÉ

5.1 Les arriérés de paiement sont les dettes les plus « toxiques »

Points forts de ce chapitre

Les arriérés de paiement constituent le type de dettes qui a les effets négatifs les plus immédiats sur la santé mentale. Moins d'une année après leur survenue, les personnes endettées éprouvent plus de sentiments de désespoir, d'anxiété et de dépression. Elles sont aussi moins satisfaites de leur situation financière et de leur vie en général. Les personnes endettées les plus âgées sont les plus affectées dans leur santé mentale.

En Suisse, les personnes endettées ont une moins bonne santé mentale que les personnes sans dette. Elles ressentent plus de sentiments négatifs comme le blues, le désespoir, l'anxiété et la dépression (Wernli *et al.*, 2021). Elles sont aussi moins satisfaites de leur situation financière et de leur vie en général (Coste *et al.*, 2020).

Nos analyses longitudinales soulignent qu'en matière de santé, les arriérés de paiement sont les dettes les plus problématiques. Elles affectent de manière significative et immédiate (dans l'année qui suit leur arrivée) la santé mentale²⁰. Les arriérés de paiement diminuent davantage la satisfaction de la situation financière et la satisfaction de la vie que les emprunts (Coste *et al.*, 2020) et ils contribuent à augmenter davantage les sentiments négatifs (Wernli *et al.*, 2021). Ces résultats confirment de précédentes recherches montrant que les arriérés de paiement ont systématiquement un plus grand impact négatif sur la santé (Turunen et Hiilamo, 2014) et sur la satisfaction de la situation financière (Tay *et al.* 2017). Ce résultat n'est pas surprenant en soi puisqu'en Suisse avoir des arriérés de paiement caractérise la situation d'endettement la plus associée à des difficultés économiques et à un stress financier. Contrairement aux crédits, ce sont des montants dus qui ne sont pas « prévus » et qui, par conséquent, ne permettent pas une planification adéquate du remboursement. En outre, les arriérés de paiement sont davantage contractés par les personnes disposant de bas revenus et ne sont pas soumis à un cadre contractuel aussi précis et restrictif que c'est le cas pour les crédits.

Les personnes les plus âgées sont les plus affectées par les arriérés de paiement. Une fois endettées, elles ont moins de force, d'énergie et d'optimisme et éprouvent plus d'anxiété, de désespoir, voire souffrent de dépression (Wernli *et al.*, 2021). Elles voient aussi leur

²⁰ A titre illustratif, l'augmentation des sentiments négatifs est similaire à celle qui est engendrée par une séparation conjugale.

satisfaction financière et face à la vie diminuer davantage que celle des plus jeunes (Coste *et al.*, 2020). Il est difficile d'expliquer ce résultat, mais nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il découle de deux facteurs. D'une part, les ainé-es appartiennent au groupe de la population le moins endetté en Suisse. Par conséquent, nous pouvons supposer qu'ils et elles doivent faire face à davantage de stigmatisation et à plus de sentiments d'échec personnel que le reste de la population. D'autre part, compte tenu de leur âge, leur capacité à agir pour remédier à la situation et rembourser leurs dettes est limitée par une insertion professionnelle plus difficile (taux de chômage des ainé-es) ou impossible (retraite).

5.2 Plus l'endettement se prolonge et plus la santé mentale baisse

Points forts de ce chapitre

On ne s'habitue pas à vivre avec des dettes. Avoir des arriérés de paiement contribue à diminuer immédiatement la santé mentale. Les emprunts ont aussi des effets négatifs à long terme. Avoir des arriérés de paiement et des emprunts sur une période plus ou moins longue augmente les sentiments négatifs et diminue les sentiments positifs éprouvés, ce qui peut affecter les capacités d'agir des personnes pour faire face à leur endettement et fait craindre une spirale de l'endettement.

Plus l'endettement se prolonge et plus la santé mentale et la qualité de vie sont affectés. Autrement dit, on ne s'habitue pas à vivre avec des dettes. Les analyses longitudinales du PSM ne montrent effectivement pas d'effet d'habituation vis-à-vis des arriérés de paiement qui pourrait en atténuer les impacts négatifs sur la santé mentale. En d'autres termes, il semble difficile pour les personnes endettées de s'adapter et de faire face à ce type de dettes, ce qui entraîne une détérioration persistante de leur santé mentale et de leur qualité de vie au fil des années, augmentant ainsi les sentiments d'anxiété et de dépression ainsi que la perte de contrôle (Coste *et al.*, 2020 ; Wernli *et al.*, 2021). En outre, nous observons que si les emprunts n'ont pas d'effet immédiat, le fait d'avoir des crédits sur une longue durée finit aussi par affecter la santé mentale. En ce sens, si la santé mentale dépend du type de dettes à court terme, c'est moins le cas à long terme, la santé mentale étant diminuée par tout type d'endettement.

Ces résultats font écho à deux dimensions particulièrement préoccupantes de l'endettement : la longue durée des trajectoires d'endettement et le recours tardif à une aide spécialisée en matière de dettes. Ces deux dimensions sont particulièrement bien illustrées par les dernières statistiques de Dettes Conseils Suisse (2024) qui montrent que la demande d'aide des personnes concernées intervient souvent plusieurs années après avoir contracté la première dette. En 2023, la moitié des personnes en situation d'endettement attendait plus de six ans avant de déposer un dossier auprès d'un service social spécialisé.

5.3 Les dettes affectent aussi la santé physique

Les points forts de ce chapitre

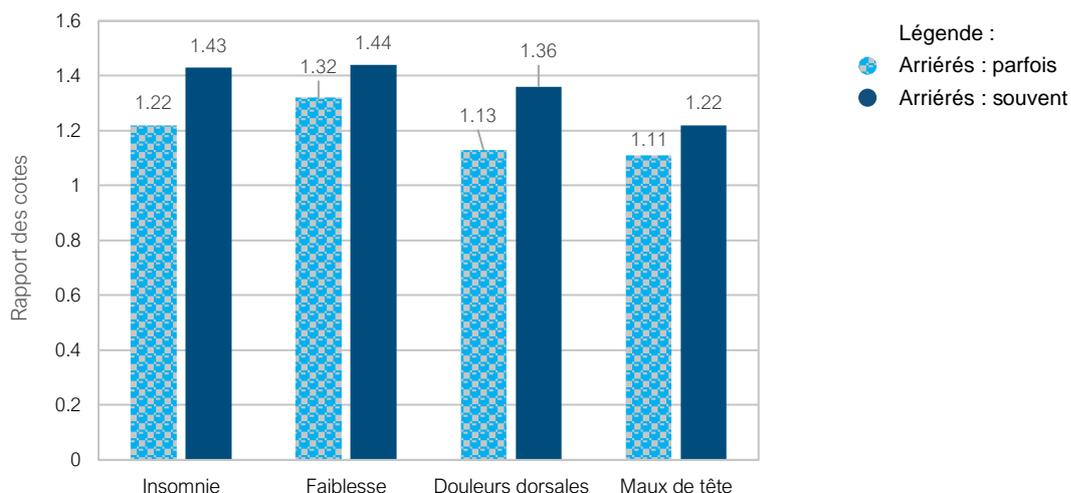
Les personnes endettées sont en moins bonne santé physique que les personnes non endettées. Elles souffrent plus fréquemment d'insomnie, d'états de faiblesse, de maux de dos et migraines. En adoptant une perspective davantage causale, nos résultats mettent également en évidence que la survenue d'un arriéré de paiement pour une personne non endettée augmente de manière immédiate la fréquence de ses insomnies et de ses états de faiblesse.

Les conséquences de l'endettement sur la santé physique, plus indirectes que celles sur la santé mentale, se révèlent moins évidentes à démontrer (Richardson *et al.*, 2013), et sont par conséquent moins documentées. Nos analyses longitudinales montrent cependant qu'avoir des arriérés de paiement est associé à un risque plus élevé d'avoir des problèmes de santé physique. Dans un premier temps, nous comparons des personnes endettées avec des personnes non endettées. Nos résultats (cf. graphique 4) montrent que les personnes qui ont des arriérés ont plus d'insomnie, des états de faiblesse, des douleurs dorsales et des maux de tête que le reste de la population (rapport des cotes supérieur à 1)²¹. Même sous contrôle des variables sociodémographiques (âge, sexe, revenu, etc.) et de santé (maladie chronique et entrave à la santé), tous les résultats demeurent significatifs. En outre, la fréquence des arriérés de paiement joue également un rôle²². Plus les arriérés sont fréquents, plus le risque d'avoir problèmes de santé est important.

²¹ Le rapport des cotes est un outil statistique qui mesure les associations entre deux variables, dans le cas présent entre arriérés de paiement et problèmes de santé. Un rapport des cotes supérieur à 1 indique un effet négatif des dettes sur la santé et plus le rapport de cotes est éloigné de 1, plus l'effet est important.

²² Chaque année, les personnes interrogées dans le cadre du PSM doivent dire si elles ont eu des retards de paiement durant les 12 derniers mois. Si oui, il leur est ensuite demandé à quelle fréquence elles ont eu ces retards : parfois ou souvent. Précisons encore que les questions sont posées au niveau du ménage, ce qui veut dire qu'une seule personne répond pour l'ensemble du ménage.

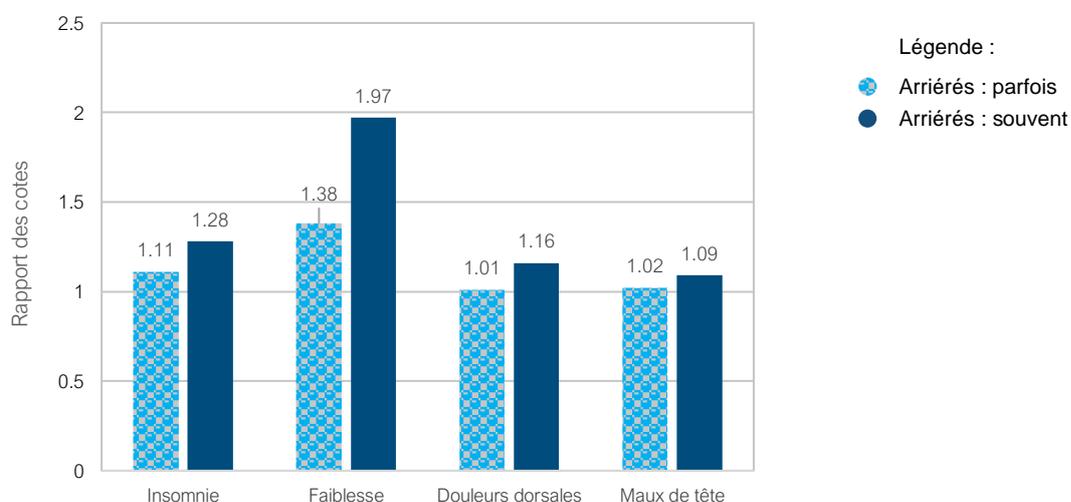
Graphique 4 : Lien entre arriérés de paiement et problèmes de santé



Source : Panel suisse de ménages (PSM), Coste *et al.*, 2022

Dans un deuxième temps, nous adoptons une perspective plus causale en suivant les mêmes individus et en cherchant à expliquer un changement (le niveau de santé) par un autre changement (la survenue d'un arriéré). En sélectionnant pour nos analyses des personnes non endettées au départ, nos résultats montrent que dès qu'un arriéré de paiement survient les problèmes de sommeil et l'état de faiblesse généralisée augmentent pour elles, et ceci même en contrôlant l'état de santé général et d'autres paramètres variant dans le temps. Pour ces deux problèmes de santé, les résultats sont statistiquement significatifs et les rapports de cotes sont supérieurs à 1 (voir graphique 5). Comme précédemment, plus la fréquence de survenue des arriérés est élevée, plus le risque d'avoir des problèmes de santé est important. Pour les douleurs dorsales et les maux de tête, les résultats ne sont pas significatifs et nous ne pouvons pas établir un lien direct entre la survenue de l'endettement et une hausse de ces deux problèmes de santé.

Graphique 5 : Survenue d'un arriéré de paiement et problèmes de santé



Source : Panel suisse de ménages (PSM), Coste *et al.*, 2022

5.4 Toutes les dimensions de l'existence sont impactées par les dettes

Points forts de ce chapitre

Lorsque les dettes affectent la santé, il est fort probable que l'ensemble des sphères de la vie quotidienne (les études et/ou l'emploi, le logement, les relations amicales et familiales) soient affectées, ce qui fait craindre une spirale d'endettement. Là encore, on observe que les arriérés de paiement sont particulièrement problématiques, car ce sont eux, plus que le montant de l'endettement, qui sont susceptibles de péjorer l'ensemble des sphères de la vie quotidienne.

Pour mettre en évidence les effets des dettes sur un ensemble de domaines de la vie quotidienne, nous nous référons aux données issues de notre enquête en ligne réalisée à l'Université de Fribourg dans le cadre d'une précédente recherche FNS sur la socialisation économique des jeunes²³ (Henchoz *et al.*, 2019). Parmi les 1'390 questionnaires ayant été remplis, il a été établi qu'un tiers des jeunes adultes était endetté (n=449). Les dettes les plus fréquentes sont celles auprès de la famille (36%) et les factures en retard (34%) et la majorité des jeunes a un seul type de dettes (57%). Pour plus d'informations, voir l'Annexe 2 : Distribution et cumul des types de dettes parmi les jeunes adultes endetté-es.

Nous évaluons les conséquences de l'endettement en interrogeant les jeunes adultes endetté-es sur cinq dimensions de leur vie quotidienne : les études et/ou l'emploi, le logement, la santé, les relations à la famille et/ou au conjoint-e, et les relations aux ami-es. Pour chaque dimension, les participant-es ont répondu à l'aide d'une échelle de 11 points²⁴.

Pour la majorité des jeunes concerné-es, le fait d'avoir des dettes ne semble pas être problématique et n'engendre pas ou peu de conséquences négatives. Toutefois, **un-e jeune sur cinq** identifie des impacts modérés à forts sur l'ensemble des dimensions évaluées. De plus, les dimensions sont fortement corrélées entre elles. Autrement dit, lorsque les dettes engendrent des répercussions négatives, elles touchent toutes les facettes de la vie quotidienne, celles-ci étant étroitement interconnectées. Ainsi, si l'endettement nuit à la santé, nos résultats montrent que les études et/ou l'emploi (par exemple en termes de productivité et d'absentéisme (Prawitz *et al.*, 2006)), le logement, ainsi que les relations amicales et familiales seront aussi impactés négativement par les dettes. Ce dernier constat fait écho à d'autres recherches internationales relevant que les conséquences de l'endettement ne se limitent pas

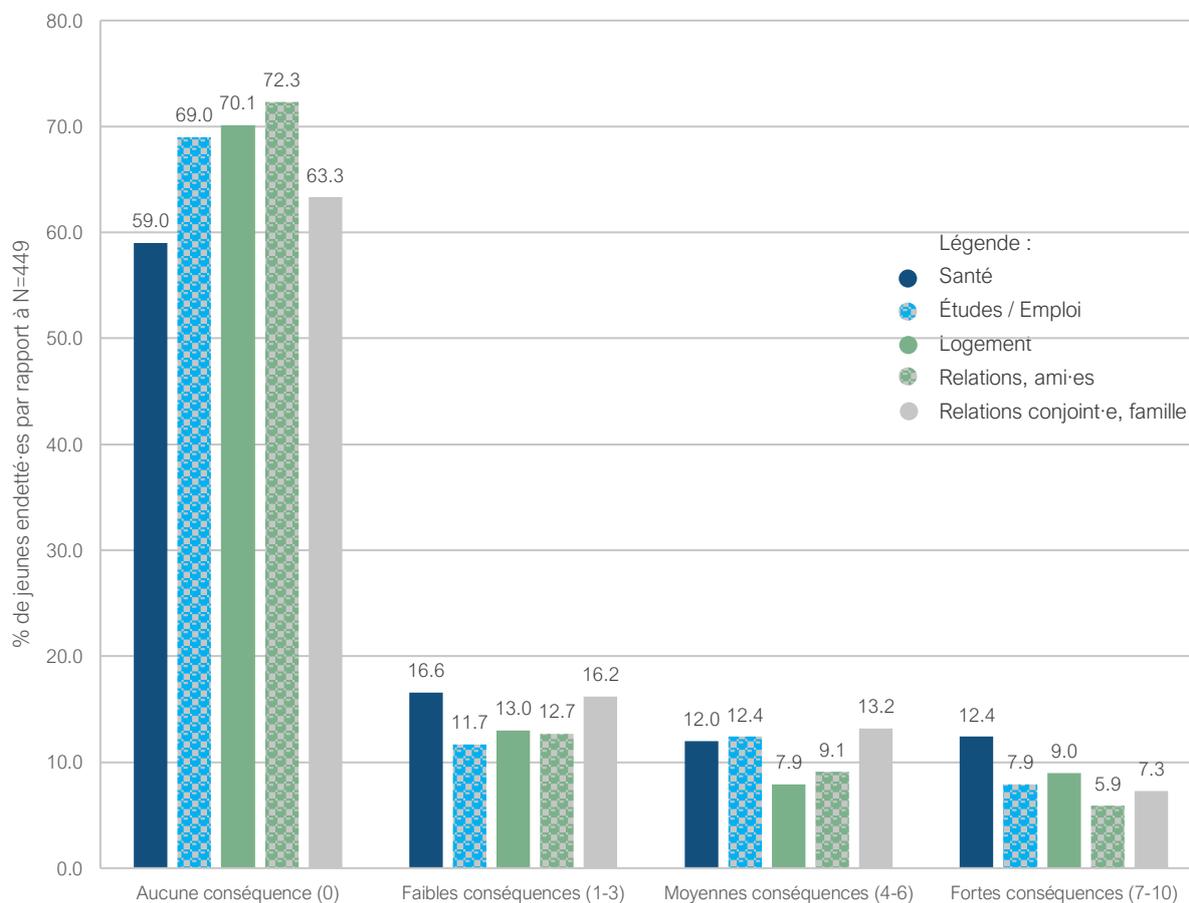
²³ Recherche FNS « La socialisation économique. Comment devient-on un homo oeconomicus ? » (2012-2015), <https://data.snf.ch/grants/grant/143195>

²⁴ 0 = aucune conséquence négative, 10 = beaucoup de conséquences négatives. Les distributions des réponses étant positivement asymétriques, nous avons recodé les catégories de la façon suivante : 0 = Aucune conséquence négative, 1 = conséquences négatives faibles (1-3), 2 = conséquences négatives moyennes (4-6), 3 = conséquences négatives fortes (7-10).

à la seule personne endettée, mais touchent l'ensemble des membres du ménage (Turunen & Hiilamo, 2014).

Cette « contamination » de plusieurs domaines de la vie quotidienne par les dettes indiquant que leurs conséquences dépassent le seul domaine financier est confirmée par nos analyses longitudinales du PSM qui montrent que l'endettement contribue à diminuer la satisfaction de la vie en général (Coste *et al.*, 2020). Comme on le voit, toutes les dimensions de la vie quotidienne sont liées et susceptibles d'être affectées par un endettement. Lorsque c'est le cas, le risque de surendettement, c'est-à-dire d'une situation d'endettement qui s'aggrave malgré les tentatives pour la gérer et la contenir, est fort, car les effets négatifs peuvent se renforcer mutuellement. Par exemple, des problèmes dans les relations conjugales et familiales peuvent contribuer à renforcer les effets négatifs de l'endettement sur la santé mentale (Turunen & Hiilamo, 2014).

Graphique 6 : Conséquences de l'endettement sur différents domaines de vie des jeunes adultes endetté·es (n=449)



Source : Université de Fribourg – Enquête en ligne sur la socialisation économique des jeunes 2015, Henchoz et Coste, 2023

Nous constatons par ailleurs que l'ampleur de l'effet fluctue en fonction de la nature des dettes contractées. Même sous contrôle des principales variables sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'éducation, revenu, etc.), c'est-à-dire en adoptant une approche de type « toutes

choses égales par ailleurs », la présence d'arriérés de paiement génère les effets les plus significatifs. En d'autres termes, c'est moins le montant de l'endettement que le type de dettes contractées qui influence négativement les différentes dimensions de la vie quotidienne. Et là encore, nous observons que les arriérés de paiement sont les dettes les plus problématiques.

6 DETTES ET SANTÉ SELON UNE PERSPECTIVE DE GENRE

Les points forts de ce chapitre

Les femmes endettées déclarent être en moins bonne santé que les hommes dans la même situation. Toutefois, nous n'arrivons pas à démontrer qu'elles vivent différemment la survenue d'une dette. Autrement dit, leur état de santé est le produit d'un parcours antérieur, car il n'est pas affecté de manière différente par l'arrivée d'une dette. Les femmes gèrent également plus souvent les finances des ménages endettés, mais cela n'a pas d'effet significatif sur leur état de santé. Une piste explicative est que la charge mentale qu'implique ce travail est compensée par les capacités d'agir qu'il procure. On observe toutefois que certains groupes de femmes (les plus âgées, en moins bonne santé, de nationalité étrangère, ou qui vivent en Suisse romande et en Suisse italienne) connaissent une dégradation de leur santé mentale après la survenue d'une dette, ce qu'on peut aussi rattacher au fait que ces groupes de femmes ont des capacités d'action moindre pour redresser leur situation financière et faire face aux dettes.

La question du genre demeure encore peu explorée dans le cadre des études consacrées aux dettes (Callegari *et al.*, 2020). Aborder cette thématique a pour objectif plus général de documenter les inégalités de genre en matière de santé, en les analysant à travers le prisme de l'endettement, ce qui a rarement été fait jusque-là.

6.1 Les femmes endettées se sentent en moins bonne santé que les hommes endettés

Nous savons que les hommes et les femmes sont inégaux en matière de santé. En 2022, selon l'Office fédéral de la statistique suisse (OFS, 2024b), les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes (85.4 contre 81.6 ans), mais elles sont moins nombreuses à estimer avoir une (très) bonne santé (84% des femmes contre 85.7% des hommes). D'après les rares recherches quantitatives disponibles, les femmes confrontées aux dettes se sentent également en moins bonne santé que leurs homologues masculins. Par exemple, l'étude réalisée par Chen *et al.* (2021) indique que les femmes sont plus susceptibles de signaler un impact négatif des dettes du ménage sur leur santé que les hommes.

Nos analyses longitudinales fondées sur les données quantitatives du PSM confirment ces résultats pour la Suisse (Henchoz *et al.*, 2023 ; Henchoz *et al.*, 2024a). De manière générale, les hommes et les femmes qui vivent dans un ménage avec des arriérés de paiement ont un

moins bon état de santé mentale²⁵ que celles et ceux qui vivent dans un ménage sans arriérés. Les femmes endettées sont la catégorie de personnes qui a la fréquence de sentiments négatifs, comme l'anxiété et la dépression, la plus élevée (3.14 contre 2.38 pour les hommes dans la même situation). Dans tous les cas de figure, la santé générale et mentale des femmes est moins bonne que celle des hommes.

Pourquoi les femmes endettées se sentent-elles en moins bonne santé que les hommes dans la même situation ? Nous avons testé deux pistes principales d'explication : le vécu genré de l'endettement et la gestion genrée des dettes.

6.2 L'arrivée d'un arriéré de paiement n'a pas d'effet différencié sur la santé des hommes et des femmes

La première piste regroupe des explications qui font référence à une appréhension genrée des dettes. Selon la littérature, les femmes ont une plus grande aversion aux risques financiers et sont plus prudentes en matière de décisions financières que les hommes (Bajtelsmit & Bernasek, 1997). Elles seraient par conséquent moins à l'aise et moins enclines à emprunter de l'argent que ces derniers (Almenberg *et al.*, 2021). Cette aversion féminine aux dettes est mobilisée pour expliquer pourquoi, pour un même montant dû, les femmes éprouveraient un plus haut niveau de stress (Dunn & Mirzaie, 2016) ou encore pourquoi les problèmes d'endettement de longue durée les feraient davantage souffrir (Goode, 2010 ; Caputo, 2012).

Nos analyses statistiques longitudinales ne confirment pas cette piste d'explication principalement issue des études qualitatives. Nos résultats ne nous permettent pas d'affirmer que les hommes et les femmes vivent différemment l'arrivée d'une dette (Henchoz *et al.*, 2023). Quand on isole uniquement l'effet immédiat (dans l'année qui suit) de la survenue d'un arriéré, on ne voit pas de différence entre femmes et hommes. Les femmes et les hommes réagissent de façon similaire en termes de santé mentale face à l'apparition d'une dette : les sentiments négatifs augmentent pour tous les deux dans la même mesure.

6.3 Certains groupes de femmes sont plus affectés dans leur santé

Toutefois, lorsqu'on examine plus finement le groupe des femmes, on observe qu'elles ne réagissent pas toutes de la même manière à la survenue d'un arriéré de paiement. Les femmes les plus âgées, en moins bonne santé, de nationalité étrangère, ou qui vivent en Suisse romande et en Suisse italienne connaissent une dégradation de leur santé mentale plus forte que les autres femmes et les hommes dans la même situation (Henchoz *et al.*, 2023). On peut rattacher là encore ce résultat au fait que ces groupes de femmes ont des capacités

²⁵ L'indicateur principal de la santé mentale utilisé dans l'analyse est basé sur des réponses à une question sur la fréquence des sentiments négatifs (anxiété, dépression), mesurée sur une échelle de 0 = « jamais » à 10 = « toujours ». Dès lors, plus la fréquence des sentiments négatifs est élevée, plus la santé mentale est considérée comme étant affectée.

d’agir moindre pour redresser leur situation financière et que cela peut peser sur leur moral. Par exemple, le taux de chômage est plus élevé en Suisse romande et italienne qu’en Suisse alémanique, les femmes de nationalité étrangère en souffrent davantage et il peut également être plus compliqué pour des femmes en mauvaise santé ou âgées de s’insérer sur le marché du travail ou d’augmenter leur taux d’activité. Ce résultat est néanmoins préoccupant, car il signifie que des populations déjà en situation de vulnérabilité sont plus susceptibles d’être affectées par la survenue d’une dette ce qui peut contribuer à renforcer leurs difficultés financières.

6.4 Les femmes gèrent plus souvent les dettes que les hommes

La seconde piste d’explication que nous avons testée pour expliquer le fait que les femmes endettées s’estiment en moins bonne santé que les hommes dans la même situation concerne la gestion des dettes. En nous basant sur l’analyse de l’organisation financière de milliers de couples vivant en Suisse, nos résultats fondés sur les données du PSM confirment ce qui a été observé dans d’autres pays : lorsque le ménage est en proie à des difficultés financières, ce sont davantage les femmes qui gèrent les dettes du ménage (Callegari *et al.*, 2020 ; Guérin *et al.*, 2023), se privent si nécessaire (Fehlberg, 1997) et assument ce que nous appelons « le travail de la dette » (Henchoz *et al.*, 2024b). Nous avons donc cherché à savoir si les gestionnaires des dettes, qui sont le plus souvent des femmes, vivent plus mal l’arrivée d’un arriéré de paiement que les autres membres du couple, car cela implique plus de stress, de charge mentale et un travail de la dette accru.

Le travail de la dette peut s’illustrer par l’image de l’iceberg. Il comporte un ensemble d’activités visibles et d’autres qui sont cachées, car plus informelles. Ces tâches particulièrement chronophages sont susceptibles de créer une charge mentale importante et d’induire de la fatigue et du stress (Henchoz *et al.* 2024b).

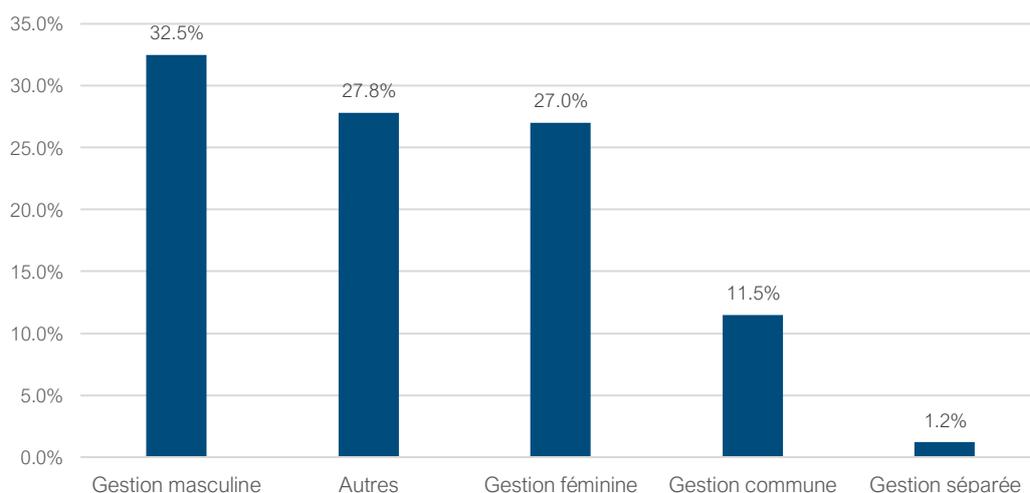
Figure 1 : Le travail de la dette



Source : Inspiré du modèle de la financiarisation de la reproduction sociale, Karaagac, 2020

En Suisse, les femmes gèrent seules les finances et les responsabilités administratives dans plus de la moitié des ménages endettés²⁶ avec les plus bas revenus, alors qu'elles représentent 27% des gestionnaires de l'ensemble des ménages (Henchoz *et al.*, 2023). À l'opposé, plus le ménage dispose de moyens financiers et plus ce sont des hommes qui gèrent seuls les finances et l'administration.

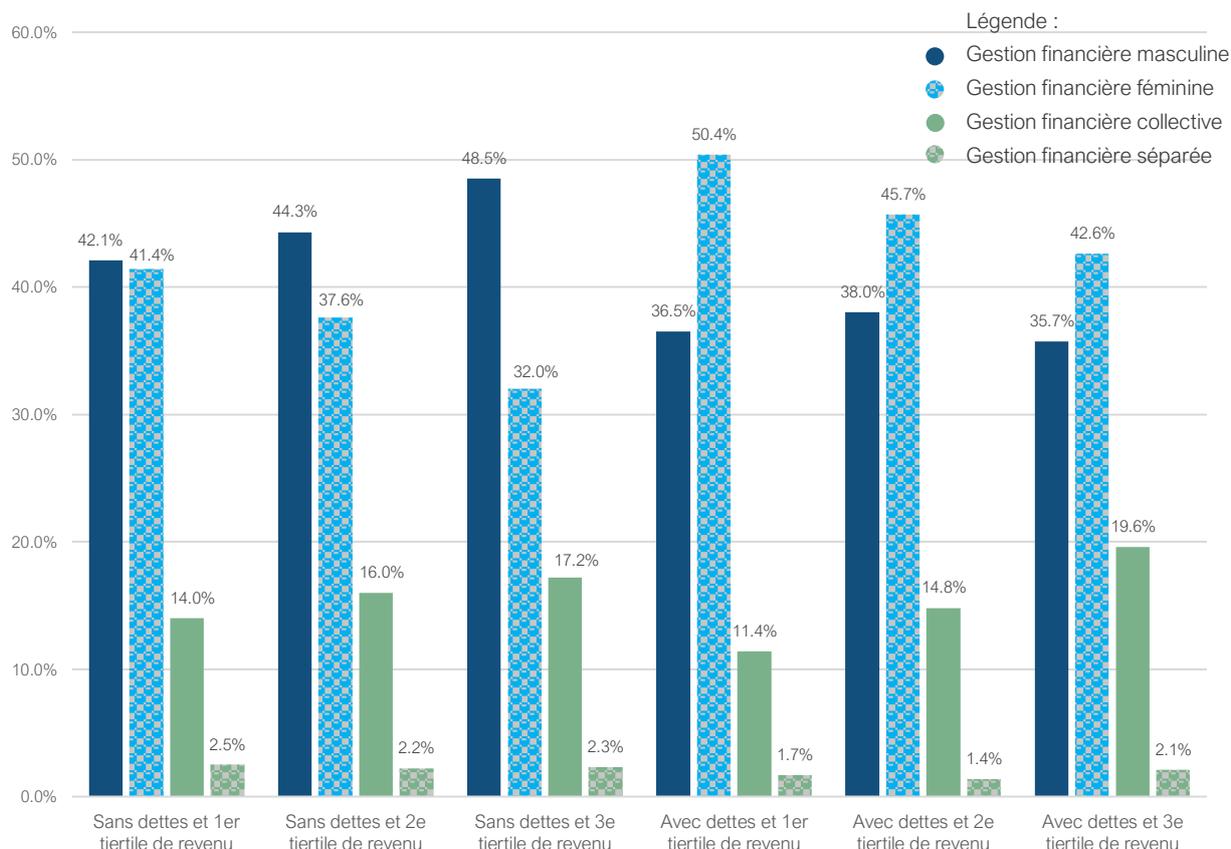
Graphique 7 : Principales organisations financières et administratives des couples en Suisse entre 1999 et 2019



Source : Panel suisse de ménages (PSM), Henchoz *et al.*, 2023

²⁶ Hors dettes hypothécaires

Graphique 8 : Principales organisations des couples en Suisse selon les dettes et le niveau de revenu



Source : Panel suisse de ménages (PSM), Henchoz *et al.*, 2023

6.5 Mais les gestionnaires des finances des ménages ne sont pas plus affecté-es dans leur santé lors de la survenue d'un arriéré

Nos analyses montrent qu'il existe différentes organisations financières parmi les ménages endettés et qu'elles sont associées à des niveaux de santé mentale différents (Henchoz *et al.*, 2023). La gestion financière collective est par exemple associée à une moins bonne santé mentale pour les hommes et les femmes, mais cela reste une tendance car les résultats sont à la limite de la significativité.

Selon nos analyses longitudinales, rien ne permet toutefois d'affirmer que les femmes ou les gestionnaires de finances soient plus affecté-es à court terme que les autres par la survenue d'un arriéré de paiement (Henchoz *et al.*, 2023 ; Henchoz *et al.*, 2024a). Cela peut s'expliquer par le fait que la survenue d'une dette, comme mentionné auparavant, peut avoir des conséquences suffisamment importantes et globales pour que tou-te-s les membres de la famille soient impacté-es. Une autre explication réside dans la nature même du travail de la dette. Ce dernier requiert des activités multiples. Nos entretiens montrent qu'il implique une charge mentale, un stress et une inquiétude considérables (Henchoz *et al.*, 2024b). Il conduit

aussi les femmes à se priver pour préserver la santé et le bien-être des enfants, voire de leur conjoint, mais il leur offre aussi l'opportunité d'agir pour tenter de contrôler les finances, de boucler les fins de mois et de préserver leurs proches. Ces opportunités peuvent participer à contrebalancer les effets négatifs éprouvés. Nous retenons par conséquent de nos analyses que les femmes endettées sont plus fragilisées dans leur santé, mais que c'est le produit d'un parcours antérieur qui reste à explorer. Toutefois, il est important de relever que les difficultés peuvent se cumuler entre le fait de gérer les finances d'un ménage endetté, ce qui implique des tâches particulièrement complexes, et le fait d'être affaiblie dans sa santé.

7 INTERDÉPENDANCE ENTRE DETTES, RESSOURCES SOCIALES ET SANTÉ

Les points forts de ce chapitre

Les ressources sociales ont des effets protecteurs sur la santé. Or un endettement entraîne une baisse des ressources sociales : forte réduction des possibilités de participation sociale, des conflits en augmentation et une diminution du réseau social, ainsi qu'un isolement dû au retrait et/ou à l'exclusion sociale²⁷. La diminution des relations sociales s'accompagne aussi d'une baisse des possibilités de soutien. Ces modifications des ressources sociales provoquées par les dettes renforcent des problématiques de santé liées à l'endettement déjà existantes, telles que la dépression, l'anxiété ou les troubles du sommeil, ou déclenchent de nouveaux problèmes de santé qui peuvent à leur tour avoir des conséquences sur l'endettement en réduisant la capacité à agir des personnes concernées.

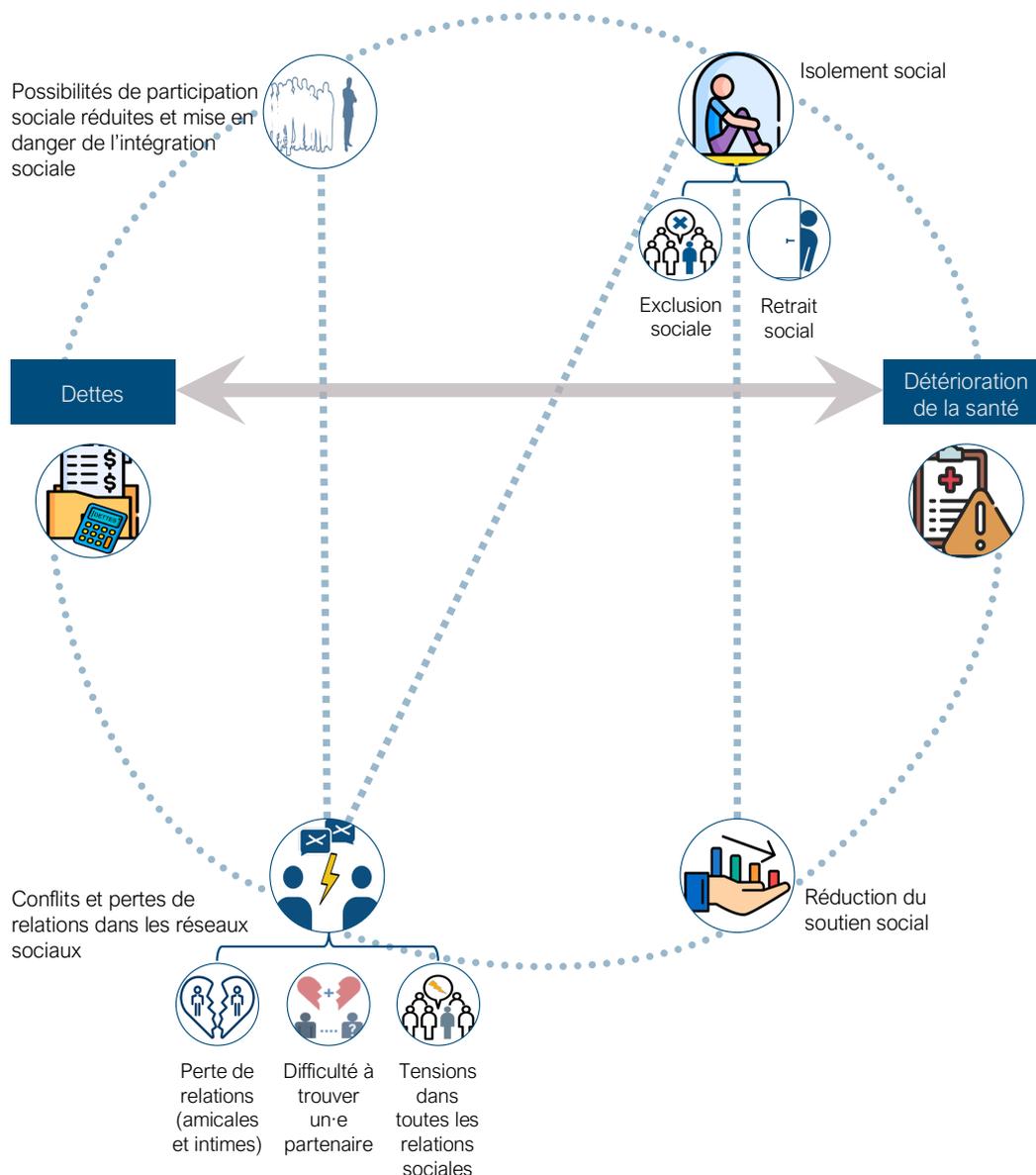
Les résultats issus de l'analyse de nos entretiens montrent que les personnes endettées ne doivent pas seulement faire face à une très forte pression financière, mais aussi à une diminution de leurs ressources sociales. Les effets protecteurs des ressources sociales sur la santé ont déjà été largement établis empiriquement, comme le renforcement du système immunitaire (Cohen *et al.*, 1997) ou la diminution des conséquences du stress (Turner & Marino, 1994). Le soutien social peut par exemple contribuer à atténuer le stress provoqué par les dettes (Turunen & Hiilamo, 2014). De plus, la participation à la société ainsi que les contacts sociaux ont été identifiés comme des variables centrales dans la relation entre endettement et santé (Reumers *et al.*, 2022). En agissant à la fois de manière directe et indirecte sur la santé, les ressources sociales occupent une position centrale dans la relation entre les dettes et la santé des personnes concernées.

Les ressources sociales englobent trois dimensions distinctes (Bachmann, 2014) : *l'intégration sociale* décrit la participation sociale des personnes dans une communauté ; *les réseaux sociaux* saisissent la structure et les caractéristiques des relations interpersonnelles ; et *le soutien social* caractérise l'aide et l'entraide entre les membres d'un réseau. Le soutien social peut être d'ordre instrumental (par ex. financier), informatif (par ex. conseils), évaluatif (par ex. *feed-back*) et émotionnel (par ex. consolation).

²⁷ Dans le premier cas, c'est la personne concernée qui se retire de la vie sociale alors que dans le second cas, ce sont les autres qui rompent ou distendent les liens sociaux.

Nos analyses qualitatives soulignent la complexité de l’interaction entre les dettes, les ressources sociales et les effets qui en résultent sur la santé des personnes concernées. Ces relations complexes et d’auto-renforcement sont illustrées par le schéma suivant :

Figure 2 : Relations entre dettes, ressources sociales et effets sur la santé



7.1 Les dettes mettent en danger l’intégration sociale des personnes concernées

Les dettes sont susceptibles de limiter la participation des personnes endettées à la vie sociale. La majorité des personnes que nous avons interrogées ne peuvent plus avoir d’activités de loisirs payantes en raison de leurs dettes. Or ces activités sont aussi des activités sociales. Du point de vue des personnes concernées, renoncer à manger et boire à l’extérieur,

partir en vacances ou pratiquer des activités sportives payantes, a eu des conséquences sur leur santé physique et mentale. Ainsi Birgit (60 ans, célibataire) estime que « la grande conséquence [de l'endettement] a été que je suis devenue obèse ». Dieter (53 ans, célibataire) relève quant à lui d'autres effets sur sa santé :

Cela a également eu des répercussions sur ma santé. [...] Et puis des problèmes de santé se sont développés. Je suis devenu diabétique [...] pendant cette période difficile, je me suis nourri de façon malsaine. Fast-food, beaucoup de sucre, des boissons sucrées.

L'isolement social contribue à enclencher une spirale d'auto-renforcement en aggravant les problèmes de santé existants ou en déclenchant de nouveaux problèmes de santé qui peuvent à leur tour augmenter l'isolement social :

Je ne sortais plus du tout, je ne voyais plus personne, si bien que je me restreignais encore plus dans ma vie privée et que je m'isolais encore plus, ce qui me rendait encore plus malade [rires], parce que je m'isolais. (Brigit, 60 ans, célibataire).

Les personnes qui, malgré leurs dettes, conservent sciemment des activités sociales payantes comme les repas pris à l'extérieur avec des ami-es ou l'abonnement de fitness pour maintenir leur participation sociale et préserver leur santé, constituent une exception dans nos entretiens. Dans ce cas, elles peuvent être susceptibles de contracter de nouvelles dettes qui sont alors perçues comme une ressource permettant de protéger sa santé et prévenir des risques sanitaires (Phelan *et al.*, 2010).

Ce que je me permets encore, c'est d'aller dîner une fois par mois le soir avec un bon ami que je ne veux pas perdre. (Daniel, 59 ans, marié).

La seule chose que je fais, c'est le fitness et cela coûte 79 francs par mois. Je ne me suis pas laissé priver. Cela me fait du bien sur le plan de la santé, psychique et physique. (Dario, 30 ans, célibataire).

La restriction très sélective ou le renoncement total à une vie sociale est une stratégie fréquente parmi les personnes endettées (Henchoz & Coste, 2023). Les raisons sont financières, mais nous pouvons aussi y voir une stratégie d'adaptation visant à maintenir une apparence de normalité vis-à-vis de l'extérieur et à se protéger des stigmates liés aux dettes (Hämmig & Herzig, 2022 ; Hayes, 2000). Cela fragilise toutefois l'intégration sociale des personnes concernées. Le fait de ne pas pouvoir maintenir les liens sociaux existants ou en créer d'autres a un effet négatif sur l'estime de soi, ce qui peut contribuer à renforcer le sentiment de solitude et la honte ressentie quant à son incapacité de gérer ses dettes (Turunen & Hiilamo, 2014 ; Hiilamo, 2021). Le manque de participation sociale prive aussi les personnes concernées de l'expérience d'être auto-efficace, c'est-à-dire d'acquérir la conviction qu'elles sont capables d'accomplir des actions par elles-mêmes, ce qui peut avoir aussi un effet négatif sur leur bien-être psychique (Bachmann, 2014).

7.2 Les dettes fragilisent les réseaux sociaux

La détresse psychologique provoquée par les dettes entraîne une distance émotionnelle et intime dans les relations de couple (Hiilamo, 2021) et influence négativement la communication familiale (Henchoz *et al.*, 2024b), ce qui peut menacer la stabilité de la famille et avoir des répercussions négatives sur la santé des personnes concernées :

Si vous avez des dettes, ça va détruire votre santé, ça va détruire la famille, tout. Il n'y aura plus de dialogue [...]. Il n'y aura même plus le désir de rester en famille, de communiquer. (Gloria, 54 ans, mariée).

Les réseaux sociaux sont étroitement liés aux possibilités de participation sociale. La réciprocité joue un rôle central dans la création et le maintien des réseaux sociaux (Stegbauer, 2002). L'absence de réciprocité due à l'endettement peut entraîner la perte de contacts sociaux, comme le relève Sam (53 ans, séparé).

Ils [les collègues] ont tous coupé les ponts avec moi. Parce qu'ils disent qu'ils ne peuvent rien faire avec moi. Je ne peux pas participer à quoi que ce soit. Et ils ne peuvent pas non plus toujours tout me payer. [...] Quand l'environnement n'est pas bon et que la situation financière n'est pas bonne, on se retrouve déjà dans un énorme trou et la santé, psychique et physique, en souffrent beaucoup.

Les entretiens montrent comment, en particulier dans les couples lorsqu'un-e seul-e des conjoint-es est endetté-e, l'asymétrie des possibilités de participation sociale peut être une cause de séparation. Des opportunités de participation sociale différentes peuvent en outre jouer un rôle décisif dans l'entrée en conjugalité. Ainsi, certaines personnes interrogées expliquent qu'être endetté-e constitue un critère d'exclusion lors du choix d'un-e futur-e partenaire : soit elles renoncent d'elles-mêmes à entrer en relation, soit leur situation financière est perçue comme étant rédhibitoire et le ou la potentiel-le partenaire abandonne la relation. Dans les deux cas, les personnes concernées l'expliquent par le fait qu'elles ont des possibilités inégales de participer à la vie sociale. L'absence de capacité à donner et à recevoir de manière équilibrée influence également les relations en dehors du couple et conduit au retrait social, comme le souligne Gertrud (67 ans, divorcée, 1 enfant) :

Il n'était pas non plus possible d'aller quelque part avec une autre mère. J'avais le risque que si elle achetait une glace à son enfant, mon enfant soit à côté et que je doive dire 'ce n'est pas possible'. Ou alors elle pourrait dire : je vous paie ça, mais je ne voulais pas non plus, parce que je n'aurais pas pu la rembourser.

Pour la majorité des personnes concernées, la charge émotionnelle liée à la perte ou au conflit avec une personne du réseau social accroît les problèmes de santé tels que la dépression ou les troubles du sommeil déjà éprouvés par l'endettement, ce qui peut là encore contribuer à renforcer les difficultés financières.

7.3 L'effet ambivalent des dettes sur le soutien social

L'isolement social provoqué par un endettement problématique entraîne, pour pratiquement toutes les personnes interrogées, une diminution des relations sociales dans le cercle d'amis et de connaissances et, par conséquent, une réduction des possibilités de soutien social. Ce processus est conforté par le fait que les personnes endettées ont généralement honte de leur situation et vont éviter autant que possible d'en parler et de solliciter de l'aide à leurs proches :

J'ai d'abord essayé toutes les autres possibilités avant de demander à mes parents.

(Joana, 52 ans, célibataire).

Les inhibitions liées au fait de demander du soutien peuvent conduire les personnes concernées à gérer seules leurs dettes toujours croissantes, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur leur santé mentale, contribuant à renforcer les difficultés financières.

Lorsqu'elles font le pas et parlent de leur situation financière, les relations sociales restantes, qui se composent principalement des membres de la famille les plus proches, jouent un rôle central pour les personnes endettées. Ce cercle restreint familial (et parfois amical) apporte un soutien instrumental sous la forme d'une aide financière. Dans les cantons qui pratiquent encore les listes noires et la suspension des prestations non urgentes pour les personnes en défaut de paiement de leurs primes d'assurance maladie, ce type de soutien face aux obstacles systémiques du système de santé est primordial dans le maintien de la santé. Le soutien émotionnel est également très marqué et peut s'avérer très important pour la gestion du stress lié à l'endettement, comme le relève Edi (24 ans, célibataire) :

C'était [...] comme si je comptais sur le soutien émotionnel et le réconfort de personnes dont je savais qu'elles comprenaient ce que je vivais [...]. Beaucoup de ces conversations [...] m'ont aidé à surmonter ce sentiment [...] et à lâcher prise sur les nuits blanches et à accepter que ce soit ainsi.

Le soutien social apporté par des personnes de confiance agit comme une protection contre le stress et peut atténuer ou prévenir une symptomatologie psychique ou physique (Cohen, 2004). Toutefois, il est limité par les ressources de l'entourage et par le fait qu'il est restreint à quelques individus que les personnes endettées rechignent à solliciter (trop) régulièrement.

8 DETTES ET RENONCEMENT AUX SOINS

Les points forts de ce chapitre

En Suisse, la question du renoncement aux soins est accentuée par les coûts élevés du système de santé, où les assuré·es doivent payer des primes élevées, des franchises et une quote-part. De plus, les soins dentaires sont rarement couverts par l'assurance-maladie obligatoire. L'enquête SILC révèle que le renoncement aux soins est beaucoup plus fréquent chez les personnes endettées : 23,9 % des personnes avec au moins deux types d'arriérés y renoncent, contre seulement 3,2 % dans la population générale. Toutefois, ce phénomène ne se limite pas forcément à un **renoncement** total. Nos entretiens mettent en évidence des formes intermédiaires, comme le **report** des soins selon leur urgence ou remboursement, la **gestion** via des stratégies telles que l'automédication ou le recours à des pratiques alternatives, et la **priorisation** en fonction des types de soins, de la personne du ménage concernée ou des autres dépenses essentielles. Ces dynamiques montrent que l'endettement, distinct de la pauvreté, a des liens importants et complexes avec le renoncement aux soins, nécessitant une approche plus globale pour mieux en saisir les différents enjeux.

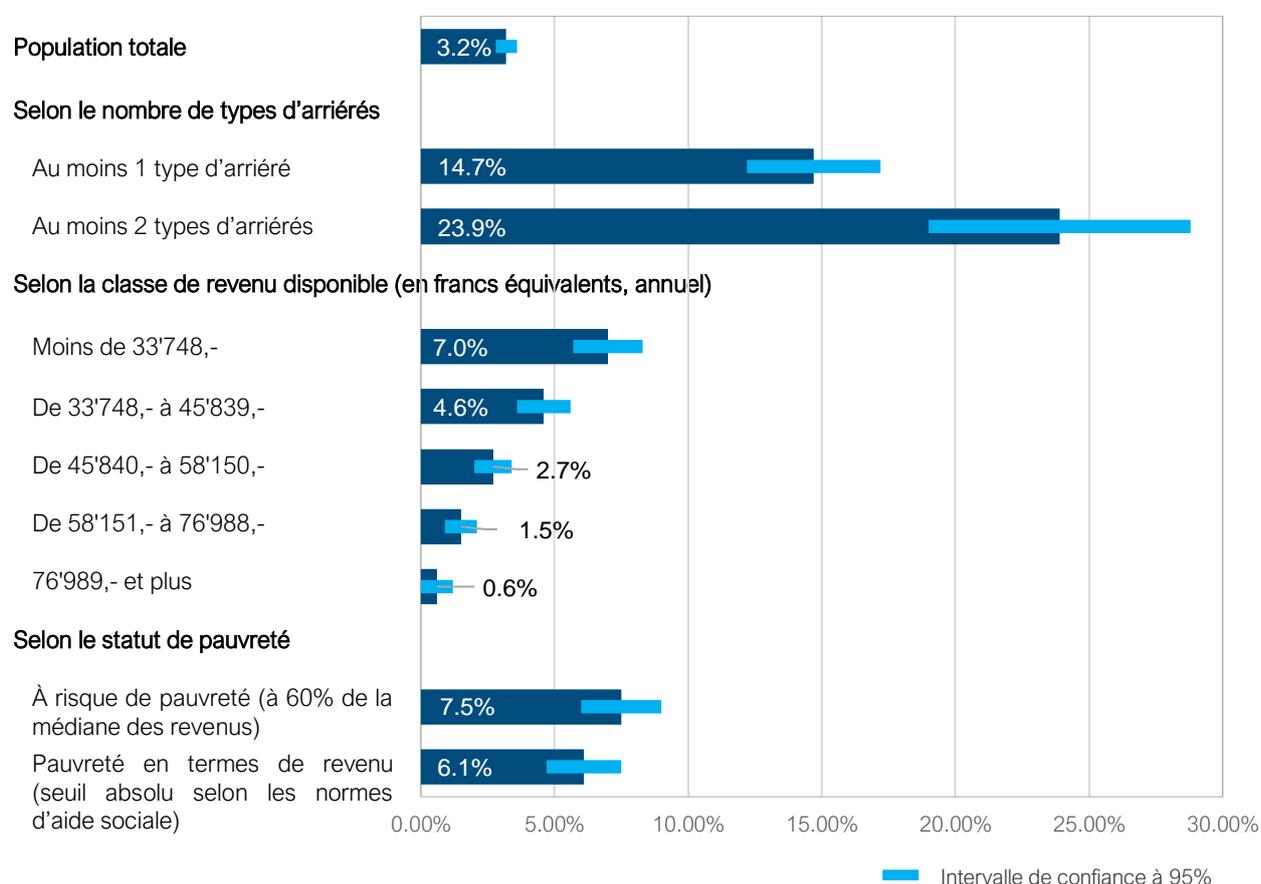
Le renoncement aux soins désigne un besoin subjectif en soins de santé (médicaux et dentaires) identifié mais non satisfait (Guinchard *et al.*, 2015). Lorsque la situation économique des personnes concernées est le facteur déterminant du renoncement, on parle alors de renoncement financier. Celui-ci est d'une acuité particulière en Suisse où le système de santé repose sur une participation financière importante des assuré·es à travers les primes d'assurance-maladie, les franchises et la quote-part (voir chapitre 2). De plus, les soins dentaires sont en grande partie exclus de la couverture d'assurance-maladie obligatoire et sont très coûteux.

Qu'en est-il, dès lors, du lien entre endettement et renoncement aux soins ? Le fait d'avoir des dettes est-il un facteur important et spécifique de renoncement ? Si plusieurs enquêtes nationales et régionales (Guessous *et al.*, 2014 ; Wolff *et al.*, 2011) montrent que le renoncement à des prestations de santé pour des raisons financières est un phénomène persistant et plus que jamais d'actualité en Suisse (De Mestral *et al.*, 2022), elles ne prennent pas en compte des variables d'endettement dans leurs questionnaires. Le lien entre dettes et renoncement demeure ainsi une inconnue et échappe à la quantification.

L'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) offre toutefois un éclairage important et unique sur ce lien. Même si l'enquête ne contient qu'un nombre limité de questions sur le

renoncement, les résultats indiquent une très forte prévalence chez les personnes endettées²⁸. Comme le souligne les pourcentages du Graphique 9, les personnes avec au moins un type d'arriéré de paiement (14,7%), encore plus celles avec au moins deux types d'arriérés (23,9%), renoncent bien davantage à des soins de santé que l'ensemble de la population (3,2%). Ces privations en matière de santé demeurent même bien supérieures à celles des personnes à risque de pauvreté (7,5%) ou en situation de pauvreté (6,1%). Ces écarts nous semblent mettre particulièrement bien évidence le fait que l'endettement n'est pas égal à la pauvreté (voir section 1.3.) et qu'il soulève des enjeux spécifiques. Outre la question d'équité soulevée par ce pourcentage très élevé de renoncement aux soins pour les personnes avec des arriérés de paiement, les données actuelles de plusieurs enquêtes indiquent une association entre le renoncement aux soins et un mauvais état de santé (De Mestral *et al.*, 2022).

Graphique 9 : Pourcentage de la population de 16 ans ou plus ayant été privée, pour des raisons financières, de soins nécessaires chez un-e médecin ou un-e dentiste



Source : OFS, Enquête sur les revenus et les conditions de vie, SILC-2022, avec prise en compte du loyer fictif²⁹

²⁸ Le renoncement aux soins est établi sur une base déclarative. On demande aux personnes si elles ont identifié un besoin de santé (médical ou dentaire), si celui-ci n'a pas pu être satisfait et ceci pour des raisons financières.

²⁹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/verschuldung.assetdetail.30526505.html>

8.1 Des formes intermédiaires par-delà le renoncement stricto sensu

Par-delà la quantification, nos entretiens avec des personnes endettées montrent que la question du renoncement revêt des contours multiples. En plus du renoncement au sens strict, nous avons identifié trois formes intermédiaires de renoncement : le report (selon l'urgence du soin et son potentiel remboursement), la gestion (par des stratégies diverses allant de l'automédication, aux consultations par téléphone ou au recours à d'autres pratiques de santé) et la priorisation (selon le type de soins, les autres dépenses ou la personne du ménage concernée). Ces formes ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent bien sûr évoluer selon la situation d'endettement et les besoins de santé des personnes concernées.

8.1.1 Renoncer

Il s'agit ici de l'abandon définitif d'un soin pour des raisons financières. À l'instar des enquêtes quantitatives (De Mestral *et al.*, 2022), nos entretiens confirment que les soins dentaires font l'objet du renoncement le plus fréquent, suivis des consultations ou des traitements qui ont trait à de la prévention :

J'ai mis complètement de côté le dentiste, c'était quelque chose auquel je pensais... j'aurais voulu, parce qu'à un certain moment, j'ai eu une carie. Mais je me suis dit : « on va soigner ça quand je pourrai ». Disons qu'en général, je suis heureusement en bonne santé donc j'ai renoncé à des checkups préventifs comme celui que je dois faire chez le cardiologue. Mais je me dis : « heureusement que je n'ai rien parce que si j'avais eu quelque chose, ça aurait été vraiment un problème ». Aussi, parce que pour diminuer les primes, j'avais une franchise très haute. (Isabella, célibataire, 25 ans).

Le renoncement à des soins peut être « volontaire », lorsque les personnes concernées se privent pour ne pas contracter une nouvelle dette, à cause d'une franchise trop élevée ou par honte de se présenter devant un·e médecin à qui elles doivent de l'argent (Regamey *et al.*, 2011). Cette privation peut aussi être non volontaire, comme c'est le cas dans les cantons qui pratiquent encore les listes noires et la suspension des prestations non urgentes pour les assuré·es en défaut de paiement de leurs primes maladie.

8.1.2 Reporter

Cette forme concerne le décalage dans le temps d'un soin de santé, en fonction de l'urgence perçue ou des possibilités de remboursement. Comme le souligne encore Isabella (célibataire, 25 ans), ces deux dimensions sont souvent étroitement liées :

Pendant longtemps, étant donné que ce n'était pas trop grave, je repoussais les traitements. À un certain moment, j'ai eu un problème dermatologique. Là, je me suis dit que là, je devais faire un contrôle et je suis allée chez le dermatologue et tout. Et

il y avait un risque de cancer de la peau, mais ça heureusement, ça s'est passé pendant la période où j'ai reçu une aide de l'AI. Donc tous les soins à ce moment-là, ils étaient couverts. Pendant deux années, j'ai fait toutes les visites médicales dont j'avais besoin. Il y a eu une semaine dans laquelle j'ai vu le cardiologue, le dentiste et aussi le psychiatre. Oui, j'ai fait le nécessaire.

Dans certains cas, le report peut bien sûr se transformer en renoncement définitif si la situation d'endettement ne permet toujours pas d'accéder aux soins reportés.

8.1.3 Gérer

Cette forme met en évidence le recours à diverses stratégies pour minimiser les coûts tout en accédant partiellement aux soins. Mobilisées par la plupart des personnes interviewées, ces stratégies comprennent l'automédication, la négociation d'arrangements financiers avec un-e médecin ou dentiste, l'usage des consultations téléphoniques pour demander un conseil ou une ordonnance ou encore l'achat de médicaments à l'étranger. Une situation récurrente rencontrée dans les entretiens est le recours à d'autres types de pratiques de santé :

Donc, à ce moment-là, je n'avais pas de complémentaire, donc je n'ai pas pu aller voir un psy. Par contre, j'avais des ami-es, des connaissances qui font de la réflexologie, du Reiki, des gens proches de moi, ou de l'acupuncture, du massage, toucher des points. C'est des gens qui m'ont aidé gratuitement. J'ai fait ces soins-là qui sont naturels, donc ça m'a beaucoup aidé. Mon médecin ne pouvait pas faire grand-chose à part me prescrire des médicaments pour dormir. C'est des soins homéopathiques naturels qui m'ont soulagé. (Ulysse, divorcé, 45 ans).

Si l'orientation vers d'autres formes de soins est motivée prioritairement par des considérations pratiques et financières, elle s'accompagne souvent d'une remise en question de la médecine conventionnelle. Plusieurs personnes interviewées estiment que ces pratiques alternatives correspondent mieux à leurs besoins ou à leurs valeurs. À titre d'exemple, le refus de suivre un traitement médical contre les insomnies a été évoqué dans plusieurs entretiens avec l'idée sous-jacente qu'il était primordial de conserver leur capacité d'agir, soit un esprit clair pour affronter les défis liés aux dettes.

8.1.4 Prioriser

Il s'agit ici de procéder à un choix, la plupart du temps contraignant, en fonction du type de soins, d'autres types de dépense ou des membres du ménage concernés. Pour le type de soins, les critères mis en évidence dans les autres formes se retrouvent. Les soins préventifs et/ou non remboursés sont mis de côté :

J'ai mis de côté le sport, parce que je ne peux pas, mais tout ce qui concerne les problèmes de santé, non, je n'ai pas mis à part. Il y avait la physio, je faisais deux sessions de physio par année pour mes hernies, mes cervicales, mais cette année,

je ne l'ai pas encore fait. Je me suis dit, tant que ça ne va pas trop mal, ce n'est pas vraiment une obligation. On essaie de tenir, mais c'est vrai que c'est un peu pénible.
(Marina, mariée, 44 ans).

La hiérarchisation s'effectue aussi souvent en fonction des dépenses ou services qui pourraient avoir une priorité sur les soins de santé (p. ex. paiement du loyer ou des factures courantes, achat de nourriture, etc.). En ce sens, il est important d'avoir une appréhension plus globale du renoncement pour mieux comprendre les raisons qui les sous-tendent.

Il y a le dentiste. Avant, j'y allais chaque année. J'allais à la clinique dentaire pour faire un détartrage. Ils m'ont appelé il y a quelques semaines : « ça fait un moment qu'on ne vous a pas vu ». J'ai dit : « oui, mais écoutez, je ne peux pas ». Parce qu'un détartrage, c'est 140 francs. Avec 140 francs, je peux manger deux semaines avec ça. Dans ma situation, il y a des choix à faire. Je ne peux pas mettre 140 francs pour un détartrage et puis quand même manger. Je leur ai dit : « je ne reviendrai que quand je pourrai payer cash ma séance de détartrage » (Patrick, divorcé, 45 ans).

Tous les membres de la famille ne bénéficient pas de manière égale, ou proportionnelle, des ressources du ménage. Les besoins des enfants sont souvent privilégiés au détriment de ceux des parents. Ces derniers donnent la priorité aux dépenses liées à la santé et au bien-être de leurs enfants plutôt qu'aux leurs (Daly & Kelly, 2015). Cette forme d'inégalité intergénérationnelle est notamment illustrée par les propos de Manu (veuf, 52 ans) :

Je suis assuré, j'ai une assurance de base, c'est tout. Ma fille est bien assurée, parce que sa mère avait fait le nécessaire. Je n'ai pas voulu lui enlever ça, mais moi, je suis assuré de base : base, base, base. Je suis un traitement depuis un moment. Le médecin m'a dit que je devais le faire et donc on va essayer, mais si l'assurance me refuse ça, voilà c'est prêt... Pour ma fille, heureusement que sa mère lui avait pris aussi une assurance pour les dents, parce qu'elle a les dents toutes tordues et qu'elle pourra aller chez l'orthodontiste.

Cette priorisation concerne aussi souvent l'alimentation, comme le souligne Manu dans la suite de l'entretien à propos de sa fille :

Normalement, j'achète à manger pour les deux, mais effectivement, il m'arrive de préparer un steak, elle mange le steak et moi je mange l'accompagnement, des patates ou des pâtes ou du riz. Mais je n'ai pas l'impression que c'est un sacrifice, je pense que c'est normal.

La question de l'alimentation occupe une place centrale dans les entretiens et met encore une fois en évidence que les soins de santé sont à appréhender dans un sens plus large. On sait

par exemple que l'endettement peut notamment conduire à délaissé une alimentation de qualité pour de la « *junk food* » perçue comme meilleur marché (Jacoby, 2002).

9 TRAJECTOIRES D'ENDETTEMENT ET SANTÉ

Points forts de ce chapitre

En suivant les mêmes individus sur une période de 15 ans, nous montrons que la santé est étroitement liée aux trajectoires d'endettement. Quatre trajectoires d'endettement associées à des niveaux de santé différents ont été mises en évidence. La **trajectoire d'endettement avec des arriérés de paiement fréquents** regroupe les personnes qui souffrent plus fréquemment de problèmes de santé (insomnies, faiblesse générale, maux de dos et migraine) et de la plus basse satisfaction de la vie. Cette trajectoire, qui rend compte d'une vulnérabilité importante tant sur le plan économique que sanitaire, concerne plus particulièrement les femmes, les personnes à faibles revenus, et les familles monoparentales. Les personnes qui n'ont **jamais d'arriérés** déclarent le niveau de santé le plus élevé. Elles sont généralement plus âgées que le reste de la population sondée et avec de hauts revenus. Les personnes qui ont des **arriérés de paiement occasionnels** déclarent des problèmes de santé modérés. Ce sont des personnes plus jeunes, souvent en couple et avec des revenus intermédiaires. La trajectoire des **arriérés de paiement en diminution** regroupe des personnes, souvent des couples dont les enfants quittent le foyer parental, dont la situation financière et la santé s'améliorent avec le temps. Ce dernier résultat tend à montrer que les effets des dettes sur la santé sont réversibles.

La plupart des recherches quantitatives présentent une limite importante : elles ont tendance à étudier les effets des dettes de manière transversale ou sur une brève période. Elles ne prennent pas en compte le fait, mis en évidence par les recherches qualitatives et les statistiques des institutions spécialisées dans le désendettement, qu'avoir des dettes est une situation qui perdure souvent de très nombreuses années. Autrement dit, les dettes sont caractérisées par des trajectoires à long terme et il est important d'en tenir compte pour mieux comprendre les liens entre endettement et santé (Hojman *et al.*, 2016).

En effet, une personne interrogée déclarant un endettement « élevé » à un moment donné peut avoir contracté une dette récemment et n'avoir que peu de difficultés à la rembourser par la suite, tandis qu'une autre peut avoir un endettement chronique qu'elle s'efforce de rembourser depuis plusieurs années. Comme le stress lié à l'accumulation et au remboursement des dettes est un mécanisme clé du lien entre endettement et santé (Sun & Houle, 2020), nous voyons bien la pertinence d'une approche en termes de trajectoires.

En nous intéressant aux trajectoires d'endettement, nous cherchons à répondre à trois questions :

1. Existe-t-il des trajectoires d'endettement spécifiques en Suisse et quelles sont-elles ?

2. Quel est le profil sociodémographique des personnes appartenant à chacune des trajectoires ?
3. Quelles caractéristiques et problèmes de santé sont associés à ces différentes trajectoires d'endettement ?

Pour les trajectoires d'endettement, nous avons retenu les données du PSM sur une période de 15 ans (2004 à 2019). L'endettement est ici encore mesuré par la présence d'arriérés de paiement. Chaque année, les personnes interrogées dans le cadre du PSM doivent dire si elles ont eu des retards de paiement durant les 12 derniers mois³⁰. Si oui, il leur est ensuite demandé si elles ont eu ces retards parfois ou souvent. Nous avons, dès lors, pour chaque année trois situations d'endettement possibles : aucun arriéré, parfois des arriérés ou souvent des arriérés.

Pour décrire et classifier les trajectoires d'endettement, nous nous basons sur la méthode de l'analyse des séquences. Celle-ci permet de prendre en compte chaque trajectoire individuelle comme une suite d'états (aucun arriéré, parfois des arriérés ou souvent des arriérés) sur 15 ans puis de les regrouper au sein d'un certain nombre de types de trajectoires similaires.

9.1 Dynamique des dettes : diversité des trajectoires d'endettement en Suisse

L'analyse des données du PSM sur une période de 15 ans nous a permis d'identifier quatre types de trajectoires, représentant différentes dynamiques individuelles d'endettement au cours du temps :

9.1.1 Type 1 : Arriérés de paiement fréquents

La trajectoire « arriérés fréquent » est marquée par des épisodes d'endettement chroniques, avec une proportion élevée de personnes qui ont souvent des arriérés ; c'est-à-dire plusieurs fois au cours de la même année et pendant plusieurs années de suite. En ce sens, cette première trajectoire caractérise une situation de surendettement : une impossibilité fréquente et récurrente à pouvoir payer ses factures dans les temps. Cette trajectoire est caractérisée par la forte présence de femmes, de personnes plus jeunes et des familles monoparentales ou de couples avec enfants. Les personnes appartenant à cette trajectoire se trouvent généralement dans les ménages à faibles revenus et sont surreprésentées dans les régions francophones et italophones. Le taux de chômage est élevé, avec le plus d'épisodes marqués par la présence d'une personne sans emploi dans le ménage.

³⁰ Concernant les arriérés de paiement, les questions sont posées au niveau du ménage, ce qui veut dire qu'une seule personne répond pour l'ensemble du ménage.

9.1.2 Type 2 : Jamais d'arriérés de paiement

Les personnes appartenant à cette trajectoire n'ont jamais (ou de très rares fois) eu d'arriérés de paiement durant 15 ans. Cette trajectoire reflète une stabilité financière continue, avec très rarement ou pas de problèmes de dettes au cours de toute la période d'observation. Dans cette deuxième trajectoire, nous retrouvons des personnes généralement plus âgées et qui résident majoritairement dans les régions germanophones. Elles vivent souvent seules ou en couple sans enfants, avec des niveaux de revenu élevés. Elles bénéficient d'une grande stabilité financière et d'une sécurité économique forte.

9.1.3 Type 3 : Arriérés de paiement occasionnels

Cette trajectoire représente des situations où les arriérés apparaissent de manière intermittente. Les personnes de ce groupe alternent entre des périodes sans dettes et des périodes avec des arriérés occasionnels. Cette trajectoire comprend des personnes jeunes vivant en couple avec enfants et avec des revenus intermédiaires. Les arriérés occasionnels se produisent par intermittence, avec un risque de chômage modéré. Cette trajectoire est plus répandue parmi les personnes qui résident dans les régions germanophones et francophones.

9.1.4 Type 4 : Arriérés de paiement en diminution

Les personnes de ce groupe ont connu des épisodes d'arriérés, mais la fréquence de ces épisodes a diminué avec le temps. Cette trajectoire montre un retour progressif à une situation plus stable, malgré des dettes au départ. Nous retrouvons dans cette trajectoire souvent des couples avec enfants, mais beaucoup ont vu leurs enfants quitter le foyer au cours de la période d'observation. Les personnes appartenant à cette trajectoire ont connu une amélioration progressive de leur situation économique durant ces quinze ans, malgré des débuts difficiles marqués par des arriérés.

9.2 Les liens entre trajectoires de dettes et santé

Les liens entre les trajectoires d'endettement et la santé sont mesurés à l'aide de plusieurs indicateurs³¹ : état de santé général ressenti ; existence de problèmes de santé (douleurs de dos, faiblesse, troubles du sommeil, insomnie) ; fréquence de ces problèmes. Ces indicateurs ont été mesurés au début de la période, avec un suivi de leurs changements au fil du temps pour inclure également dans nos analyses des trajectoires de santé.

³¹ La première porte sur l'état de santé subjectif général : "Comment vous sentez-vous en ce moment ?" avec des réponses allant de 1 (pas bien du tout) à 5 (très bien). Le second est un score de problèmes de santé basé sur la question : "Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous souffert de l'un des problèmes ou troubles suivants ?" avec des réponses allant de 0 (pas du tout), 1 (parfois), à 2 (souvent). Les problèmes incluaient des douleurs au dos, une faiblesse générale, des troubles du sommeil ou insomnies, ainsi que des maux de tête. Le score total, allant de 0 à 8, reflète la fréquence de ces problèmes. En plus des indicateurs liés à la santé, la satisfaction générale de vie a été mesurée sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (complètement satisfait).

Nos résultats mettent clairement en évidence le fait que la trajectoire avec des arriérés fréquents est la plus marquée par des préoccupations de santé. Les personnes de ce groupe ont le score moyen le plus élevé pour les troubles physiques (2,98/8), et la satisfaction de la vie la plus basse (7/10). De plus, leur santé se dégrade au fil des années passées dans cette trajectoire. Ici encore, la trajectoire sans arriérés est celle qui présente le plus fort contraste. Avec un score moyen de 1,8/8 pour les problèmes de santé et une satisfaction de la vie de 8,2/10, les personnes de ce groupe se caractérisent par les niveaux de santé physique et mentale les plus élevés. Durant la période, leur état de santé tend même à s'améliorer.

Les deux dernières trajectoires, arriérés occasionnels et arriérés en diminution, ont des scores de problèmes de santé et des niveaux de satisfaction de la vie très similaires et qui se situent entre les deux trajectoires précédentes. Pour la trajectoire des arriérés en diminution, nos résultats montrent que les personnes de ce groupe voient leur situation physique et leur satisfaction de la vie s'améliorer à mesure que leurs arriérés diminuent. Ceci tend à montrer que les effets des arriérés sur la santé sont réversibles et par conséquent que le lien est bidirectionnel.

10 AGENTIVITÉ : ACTIONS ET STRATÉGIES DE SANTÉ

Points forts de ce chapitre

Les personnes confrontées aux dettes ne demeurent pas inactives face aux risques pesant sur leur santé. Elles élaborent un éventail de stratégies de protection qui peuvent avoir des effets paradoxaux et contribuer à prolonger l'endettement. Marquées par le contexte de pénurie financière et de fortes tensions économiques qui règnent lorsque l'endettement est difficile à maîtriser, ces stratégies sont surtout efficaces à court terme. Ces stratégies ne sont pas qu'individuelles. Nous relevons également des stratégies familiales de protection, les adultes protégeant les enfants des effets de l'endettement et les femmes leur conjoint.

Face aux difficultés financières, les ménages et les individus sont rarement passifs (Nettleton & Burrows, 2001). Ils vont réduire leurs dépenses (voir chapitre 8), contracter un nouvel emprunt (Białowolski, 2018 ; Waldron & Redmond, 2017), mobiliser leur entourage ou faire appel à des services de conseil en désendettement (Selenko & Batinic, 2011). Notre étude relève que leurs actions pour préserver leur santé sont de différentes natures : économiques, sociales ou psychologiques, mais qu'elles sont toutes influencées par un état d'esprit spécifique rattaché au fait d'être endetté-e. En effet, selon Mullainathan et Shafir (2013), un contexte marqué par les difficultés économiques engendre deux effets principaux sur les individus. « L'effet focus » rend compte du fait que l'énergie et les ressources cognitives des personnes concernées sont concentrées sur le manque d'argent et, dans notre cas, sur les dettes, ce qui conduit à négliger les autres dimensions de la vie quotidienne. « L'effet tunnel » décrit l'attention soutenue et constante accordée aux préoccupations financières qui amène à négliger les opportunités qui se présentent et les enjeux à plus long terme. La combinaison de ces deux effets engendre une forme d'« état d'esprit » spécifique à la pénurie. Selon nous, se trouver dans une situation d'endettement difficile à gérer conduit à cet « état d'esprit de la pénurie ». Celui-ci possède sa propre rationalité et les stratégies de santé que nous avons identifiées en portent la marque : elles se focalisent avant tout sur le contrôle, voire la réduction, à court terme des effets négatifs des dettes sur la santé, au risque d'ignorer les autres aspects de la vie quotidienne. Nous présentons ci-dessous une synthèse des principales stratégies de protection que nous avons identifiées dans le cadre des entretiens menés (Henchoz & Coste, 2023).

10.1 Les stratégies économiques

Ces premières stratégies visant à préserver la santé sont d'ordre financier. Jugeant que la santé est la seule richesse qu'il leur reste, certaines personnes vont conserver des loisirs, une alimentation équilibrée ou des soins de santé, même si cela conduit à renforcer leurs difficultés

financières ou à faire des sacrifices financiers dans d'autres domaines. La notion de ce qui est bon pour la santé est toutefois subjective, et les choix de consommation peuvent diverger des recommandations médicales. Ainsi certaines personnes endettées justifient leur consommation d'aliments gras ou sucrés, de cigarettes ou d'alcool par la nécessité de préserver leur santé mentale. Cela leur permet d'échapper momentanément au stress lié à l'endettement, même si elles savent pertinemment que ce n'est pas « sain ».

10.2 Les stratégies sociales

Ces stratégies prennent en compte le fait que l'endettement a des conséquences sociales affectant la santé mentale des personnes concernées (voir chapitre 7). En Suisse où l'endettement est fortement stigmatisé, ces conséquences sont particulièrement fortes. Pour s'en prémunir, une stratégie est de s'isoler socialement. L'isolement permet de cacher sa situation financière, de se préserver des questions gênantes et ainsi de protéger son image et d'éviter le stigmatisme et la honte que l'on pourrait ressentir. L'autre avantage évoqué dans les entretiens concerne l'évitement de sollicitations financières auxquelles on ne pourrait pas répondre. Il est rare en effet que les relations sociales et les sorties ne s'accompagnent pas de dépenses. Même rendre visite à un membre de sa famille implique souvent d'apporter une petite attention.

10.3 Les stratégies psychiques

Il s'agit ici de gérer le stress et les émotions liés aux dettes à travers des stratégies de *coping*, c'est-à-dire en mettant en place des réponses et des réactions pour maîtriser ou simplement s'ajuster et faire face à certaines situations (Białowolski, 2018). Fréquemment observée par les travailleuses et travailleurs sociaux, la « stratégie de l'autruche » est l'une d'entre elles. Elle consiste à ne plus ouvrir son courrier et à ignorer les rappels et sollicitations des créancier-ères. Ce qui est souvent perçu comme une forme de laisser-faire ou d'incompétence, est pour les personnes concernées avant tout un moyen d'agir pour préserver leur santé mentale. L'anxiété et le stress éprouvés face à des appels téléphoniques ou des courriers dont le contenu n'est pas toujours très clair et auxquels on ne peut apporter de réponses satisfaisantes peuvent être énormes. En les ignorant, on se préserve à court terme au moins. Il est clair toutefois qu'à long terme, cette stratégie entraîne des conséquences négatives et contribue à aggraver la situation.

10.4 Les stratégies normatives

Il s'agit dans ce cas d'opérer un changement de valeurs et de priorités, par exemple en mettant l'accent sur l'épanouissement spirituel, le rapport à la nature, plutôt que sur la réussite économique. Ces stratégies impliquent un recul par rapport à sa situation matérielle difficile à tenir sur le long terme. Dans une existence rythmée par les difficultés financières omniprésentes, elles offrent toutefois des moments de répit bienvenus.

10.5 Les stratégies politiques

Lorsque nous interrogeons les personnes endettées sur leur motivation à participer à notre recherche, deux raisons principales émergent qui vont au-delà d'un simple intérêt personnel. D'une part, le contre-don. Contribuer à cette étude est présenté comme une manière de rendre aux travailleur·euses sociaux l'aide et le soutien reçus. D'autre part, le changement social. Les participant·es souhaitent faire changer les choses, notamment le cadre légal helvétique jugé trop rigide. Participer à une recherche est un moyen de porter son expérience dans la sphère publique et politique et de tenter de faire entendre sa voix. Selon les personnes concernées, témoigner est aussi un moyen de faire changer l'image relativement négative associée aux personnes endettées. C'est aussi une manière de faire de la prévention : partager anonymement son expérience pour que d'autres, particulièrement les plus jeunes nous a-t-on dit, ne se retrouvent pas dans la même situation.

Les stratégies de protection ne sont pas qu'individuelles. Nous observons au sein de la famille des stratégies visant à préserver les enfants du stress et des privations liés à l'endettement qui conduit notamment les adultes à taire leur situation (ce qui peut conduire à davantage d'isolement), à cacher les conséquences matérielles et sanitaires de l'endettement et à se priver au profit de leur progéniture (Henchoz *et al.*, 2024b). Les femmes y jouent un rôle central, car elles ont également tendance à préserver leur conjoint à leur détriment (notamment au travers du « travail de la dette », voir chapitre 6.4). Ces actions peuvent s'interpréter comme l'expression des normes de « bonne » parentalité, mais aussi comme l'expression des normes de genre. En se privant, les parents et les femmes prennent soin de leurs proches. Les femmes, de par leur rôle de pourvoyeuse principale de *care*, y occupent une place centrale (Henchoz *et al.*, 2024b).

11 ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

Points forts de ce chapitre

Les actions à mettre en place se situent à différents niveaux. Au niveau politique, par exemple en assortissant le cadre légal fédéral de véritables mesures de désendettement, ce qui donnerait un horizon, une porte de sortie aux personnes endettées. En régulant les coûts de la santé et en ciblant encore davantage les subsides et soutiens financiers sur les personnes les plus fragiles financièrement. Au niveau de l'intervention sociale, en favorisant des interventions interdisciplinaires qui permettraient de traiter conjointement, et en réseau, les problèmes de santé et les problèmes d'endettement ; en mettant en place des actions de prévention de l'endettement, notamment auprès de certaines populations spécifiques comme les personnes hospitalisées ou souffrant de maladie chronique ; en proposant des accompagnements adaptés dès l'arrivée d'un arriéré de paiement, les dettes les plus susceptibles d'affecter la santé et de conduire à une spirale de surendettement ; ou encore en proposant des dispositifs ciblés sur les personnes endettées plus particulièrement affectées dans leur santé comme les personnes âgées et les femmes qui se trouvent être plus souvent les gestionnaires des dettes ou sur les ressources sociales des personnes concernées. Au niveau scientifique, par exemple en incluant des indicateurs de dettes dans les enquêtes quantitatives de renoncement aux soins et de santé ; en chiffrant le coût des dépenses de santé lié à l'endettement privé et en explorant les mesures d'intervention prises dans d'autres pays pour traiter et accompagner la santé des personnes endettées.

11.1 Pour une révision nécessaire de la loi sur les poursuites

Alors que la totalité des pays voisins de la Suisse se sont dotés de solutions juridiques au niveau national pour soutenir les personnes à sortir du surendettement, il n'en est rien dans notre pays. Lorsque des dettes débouchent sur des poursuites et des actes de défaut de biens, il est quasiment impossible pour les individus dont le revenu est limité de s'en défaire et de retrouver une situation financière équilibrée (Henchoz *et al.*, 2021). Or comme nous l'avons vu, plus l'endettement se poursuit et plus la santé baisse.

En soulignant les conséquences multiples de l'endettement sur la santé, nos résultats, tout comme ceux de la littérature scientifique internationale, relèvent la pertinence de disposer au niveau national de mesures pour permettre aux plus modestes de sortir du surendettement. Le projet législatif de modification de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP)

qui offre une procédure d’assainissement des dettes des personnes physiques³², va dans cette direction. Il s’agit toutefois de veiller à ce que son objectif initial soit préservé : donner aux personnes physiques endettées, lorsque certaines conditions sont remplies, une seconde chance de vivre sans dettes. L’enjeu n’est pas qu’économique et social : il relève aussi de la santé publique. Par conséquent, il est important que la procédure ne soit pas ni trop longue ni irréaliste. C’est pourquoi nous recommandons, à l’instar de l’ensemble des spécialistes en matière de désendettement, d’abaisser le « délai d’épreuve » de quatre à trois ans. En effet, plus la durée de la procédure est longue, plus la santé des personnes concernées se péjore et plus le risque d’échec augmente.

Plus largement, nos résultats soulignent qu’en matière de prévention et de lutte contre l’endettement, le signal d’alarme doit être donné rapidement et que des mesures doivent être prises dès la survenue d’arriérés de paiement pour des raisons financières afin d’éviter une spirale d’endettement. La santé mentale se dégrade si la situation se prolonge. L’endettement augmente les sentiments négatifs, mais il diminue aussi progressivement les sentiments positifs éprouvés (force, énergie, optimisme) (Wernli *et al.*, 2021), ce qui contribue à épuiser les ressources des personnes concernées qui risquent dès lors de voir leur capacité à agir face aux difficultés économiques s’amenuiser. En effet, la santé est étroitement liée aux capacités d’agir individuelles dans des situations économiques difficiles. Une personne préoccupée par sa santé aura moins d’énergie et de ressources à consacrer à la gestion de ses dettes, ce qui risque d’accroître encore ses difficultés financières.

11.2 Protéger les populations financièrement vulnérables d’un endettement lié aux coûts de la santé

La hausse continue des coûts de la santé devient un enjeu central pour les ménages à bas et moyen revenu. Il semble par conséquent essentiel de mettre en œuvre des mesures politiques pour les contenir. Comme on l’a vu, les enjeux sont économiques mais aussi sanitaires, car il y a un risque important de creuser encore davantage les inégalités de santé entre les personnes les plus précaires et les plus aisées. Au niveau cantonal, si l’on en croit l’expérience neuchâteloise, cibler les subsides sur les ménages les plus fragiles financièrement est un dispositif qui permet de contrôler, dans une certaine mesure, le surendettement lié aux coûts de la santé.

Nos entretiens relèvent que le soutien instrumental que peuvent proposer les services de gestion et d’accompagnement des dettes, sous la forme d’une aide financière ponctuelle, peut s’avérer essentiel pour le bien-être et la santé des personnes concernées, par exemple

³² Le principal instrument de l’avant-projet est une procédure d’assainissement qui correspond à une procédure de faillite dont la durée est prolongée et qui s’adressent aux débiteurs durablement insolubles. Pendant quatre ans, tous les revenus supérieurs au minimum vital seraient prélevés et affectés au paiement des créanciers. A la fin de la procédure, les dettes restantes seraient annulées.

lorsqu'il protège contre la perte du logement ou assure l'achat de denrées alimentaires et de soins de santé. Cependant, ces soutiens ne sont pas également accessibles selon les cantons, ce qui conduit à des inégalités de traitement et de santé entre les personnes endettées qui devraient être combattues. En outre, ces fonds sont réservés aux personnes qui entrent dans ces dispositifs. Nous promulguons la création de fonds cantonaux d'urgence ou d'aides ponctuelles accessibles aux personnes les plus fragiles financièrement. Un fond d'urgence destiné à un dépannage ponctuel pourrait également être utile de manière préventive, par exemple, lorsque des personnes à bas revenu font face à d'importants frais de santé. L'objectif visé ici serait la prévention de l'entrée dans une spirale de surendettement. Au niveau de la collectivité, l'investissement en amont permet d'éviter des frais et des dépenses qui représenteront une charge financière encore plus importante si on laisse la situation se dégrader et les personnes les plus précaires y faire face seules. Les phases de transitions biographiques (rupture, chômage, etc.) et les modifications de la situation des assuré-es sont des phases sensibles. Nos analyses ont montré que des parcours interrompus en termes de subsides renforcent le risque de se retrouver surendetté-e. Par conséquent, un fonds d'urgence visant à répondre à des besoins ponctuels pourrait contribuer à aplanir encore davantage les effets de seuil et réduire ainsi les risques de surendettement et ses effets concomitant sur la santé.

11.3 Développer un accompagnement interdisciplinaire et interprofessionnel de l'endettement

En relevant l'effet de contamination des dettes sur toutes les dimensions de la vie, notre recherche met en évidence la nécessité de développer un accompagnement interdisciplinaire et interprofessionnel de l'endettement. En Suisse peut-être plus qu'ailleurs, les problématiques de la santé et de l'endettement sont étroitement liées. En termes de prévention et d'accompagnement professionnels, on observe qu'agir pour restaurer une situation économique viable a des effets sur la santé (O'Neill *et al.*, 2006) et, inversement, agir sur la santé peut contribuer à augmenter la capacité d'action des personnes en situation financière difficile (Mullainathan & Shafir, 2013). La santé s'avère par conséquent une dimension essentielle à prendre en compte pour éviter un processus de surendettement. Des collaborations entre le champ du social et celui de la santé existent déjà, par exemple dans le domaine des addictions. Il s'agirait de les développer aussi dans les domaines de la précarité économique et de l'endettement. Cela implique un soutien important notamment au niveau politique et financier et la mise en place des stratégies nationales.

11.4 Des modalités de prévention et d'accompagnement professionnels ciblés

Nous suggérons également le renforcement des dispositifs de prévention et d'accompagnement ciblés. Comme nous l'a vu, certaines populations affectées dans leur santé, comme les populations précaires, les personnes hospitalisées ou souffrant de maladie

chronique sont plus susceptibles de s'endetter. Le besoin d'un accompagnement administratif afin de (mieux) naviguer dans les méandres du système de santé suisse a été relevé dans le cadre de nos entretiens. Les personnes endettées mettent du temps avant de solliciter l'aide d'un service de gestion de dettes et de désendettement. Pourtant, comme on l'a vu, un arriéré de paiement est susceptible d'affecter très rapidement la santé contribuant à renforcer les difficultés à gérer l'endettement. Réfléchir à d'autres modes d'accompagnement de ce temps de latence, en n'impliquant pas forcément de contacts directs avec un-e professionnel-le du travail social par exemple, pourrait s'avérer particulièrement utile pour éviter une spirale de surendettement. Enfin, proposer des dispositifs ciblés sur les besoins des personnes endettées plus particulièrement affectées dans leur santé comme les personnes âgées et les femmes, qui se trouvent être plus souvent les gestionnaires des dettes, pourrait également être une mesure à envisager.

Une autre piste relevée dans les entretiens consisterait à proposer un accompagnement professionnel ciblé sur les ressources sociales des personnes concernées. En effet, les offres professionnelles jouent un rôle central dans le soutien apporté aux personnes endettées. Environ deux tiers des personnes interrogées ont cherché un soutien social auprès de services professionnels. Les personnes interrogées se sont notamment adressées à des services de conseil en matière d'endettement (comme les membres de Dettes Conseils Suisse), à des psychologues ou à des organisations telles que des œuvres d'entraide et des services sociaux religieux. Alors que les services spécialisés dans l'endettement ont apporté un soutien informatif, d'autres services ont proposé également un soutien émotionnel sous forme de réconfort et d'encouragement ou un soutien instrumental (comme une aide financière ponctuelle). À long terme, le soutien informationnel est central. La gestion de l'endettement exige en effet des personnes concernées non seulement la mobilisation de ressources économiques, mais aussi un effort important en termes de capacités administratives, cognitives et organisationnelles. La complexité inhérente au « travail de la dette » et les relations parfois exigeantes avec les administrations et les services impliqués peuvent déclencher un sentiment d'incompétence (Perrin-Heredia, 2009), d'incompréhension et d'impuissance (Baume & Personeni, 2021) contribuant ainsi à augmenter la charge psychique liée à l'endettement, et à mettre encore plus en danger la santé des personnes concernées. Nos résultats montrent que les conseils et le soutien des services spécialisés dans l'endettement permettent aux personnes concernées de réduire la complexité liée à l'endettement et d'acquérir une nouvelle perspective, ce qui a des répercussions positives sur leur estime de soi et leur santé. Une attitude bienveillante et respectueuse de la part des professionnel-les à l'égard des personnes endettées, qui subissent souvent la honte et la stigmatisation en raison de leurs dettes (Hiilamo, 2021), est un aspect central pour les personnes interrogées, de par son influence positive sur leur santé psychique :

Savoir qu'une professionnelle s'occupe de moi alors que j'ai moi-même perdu le fil depuis longtemps. Je n'ai pas été évaluée. J'ai reçu de l'estime. J'avais peur de me faire réprimander, ce que je méritais. [La travailleuse sociale] l'a simplement accepté,

n'a pas fait la grimace et a simplement commencé à apporter des solutions. Cela m'a donné de l'air, j'ai pu à nouveau respirer. (Joana, 52 ans, célibataire).

11.5 Les ressources sociales : un thème à prendre en compte dans le diagnostic et l'intervention professionnelle en matière d'endettement

Les résultats concernant le lien entre les dettes et les ressources sociales montrent comment le surendettement peut avoir un impact important sur les ressources sociales des personnes concernées et avoir des conséquences négatives sur leur santé. Parallèlement, il a été possible de montrer que le soutien social peut contribuer à atténuer le stress provoqué par les dettes (Turunen & Hiilamo, 2014) et, dès lors, les effets négatifs sur la santé psychique et physique (Henchoz & Coste, 2016). Pour le conseil et l'accompagnement des personnes endettées, il est par conséquent indispensable de prendre en compte non seulement les aspects économiques et juridiques, mais aussi les dimensions sociales et de santé (Münster *et al.*, 2009). Le travail social, en tant que profession de promotion de la santé, offre de nombreux points de départ et méthodes de diagnostic et d'intervention en cas d'isolement social et de faible soutien social.

11.6 Développer la recherche scientifique sur l'endettement

Les données scientifiques sur l'endettement en Suisse sont encore peu nombreuses. Nous identifions plusieurs pistes de développement possible. Il s'agirait par exemple d'inclure des indicateurs d'endettement dans les enquêtes quantitatives de renoncement aux soins et de santé et/ou d'intégrer des indicateurs de santé dans les enquêtes sur l'endettement privé afin de mieux saisir l'entremêlement de ces deux problématiques. Chiffrer les coûts de la santé liés à l'endettement privé serait également une voie envisageable pour mieux prendre la mesure du problème et du coût pour la société. L'approche intersectionnelle ébauchée dans le cadre de cette étude mériterait également d'être approfondie afin de mieux saisir comment le croisement des inégalités sociales (genre, nationalité, origine sociale, etc.) a des effets combinés sur la santé et l'endettement. Enfin, si on veut lutter afin de préserver de manière efficiente la santé des personnes endettées, il serait utile d'identifier les dispositifs mis œuvre dans d'autres pays pour traiter et accompagner la santé des personnes endettées. Le champ du travail social financier développé tout particulièrement aux États-Unis est une piste.

11.7 Inclure le savoir d'expérience de l'endettement

Le questionnement qui nous a accompagné dans cette recherche quant aux changements susceptibles d'être produits par une étude scientifique nous amène à considérer la participation des personnes concernées comme un maillon essentiel de la solution. Dans un contexte de forte stigmatisation sociale, la capacité d'agir des personnes endettées est limitée. Ces dernières sont davantage définies en termes de manques, d'incompétences et de lacunes

que perçues comme des personnes porteuses de connaissances à même d'avoir une portée politique et institutionnelle. L'endettement problématique est une expérience qui conduit, à l'instar de la pauvreté, à développer une diversité de compétences (sociales, économiques, sanitaires, administratives, émotionnelles, etc.) chez les personnes concernées que nous n'avons fait qu'effleurer. Les inclure davantage dans la mise en place de futures recherches, dans les mesures et dispositifs mis en place nous semble essentiel à prendre en compte si l'on veut produire des résultats adaptés et répondant aux besoins et aux vécus des personnes concernées.

12 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Almenberg, J., Lusardi, A., Säve-Söderbergh, J., & Vestman, R. (2021). Attitudes towards debt and debt behavior. *The Scandinavian Journal of Economics*, 123(3), 780–809.

<https://doi.org/10.1111/sjoe.12419>

Angel, S. (2016). The effect of over-indebtedness on health: Comparative analyses for Europe: The effect of over-indebtedness on health. *Kyklos: International Review for Social Sciences*, 69(2), 208–227. <https://doi.org/10.1111/kykl.12109>

Angel, S., & Heitzmann, K. (2015). Over-indebtedness in Europe: The relevance of country-level variables for the over-indebtedness of private households. *Journal of European Social Policy*, 25(3), 331–351. <https://doi.org/10.1177/0958928715588711>

Averett, S. L., & Smith, J. K. (2014). Financial hardship and obesity. *Economics and Human Biology*, 15, 201–212. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2013.12.004>

Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Gesundheitsobservatorium.

Bajtelsmit, V. L., & Bernasek, A. (1997). Why do women invest differently than men? *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2238>

Balmer, N., Pleasence, P., Buck, A., & Walker, H. C. (2006). Worried sick: The experience of debt problems and their relationship with health, illness and disability. *Social Policy and Society: A Journal of the Social Policy Association*, 5(1), 39–51.

<https://doi.org/10.1017/s147474640500271x>

BASS. (2009). *Soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos: Studie zur Erfassung der durch die Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten*. Bern.

Baume, I., & Personeni, C. (2021). Les mécanismes administratifs pouvant mener à l'endettement. In C. Henchoz, T. Coste, & F. Plomb (Éds.), *Endettement et surendettement en Suisse: Regards croisés/Verschuldung und Überschuldung in der Schweiz: Interdisziplinäre Blickwinkel* (pp. 193-206). L'Harmattan.

Białowolski, P. (2018). Hard times! How do households cope with financial difficulties? Evidence from the Swiss household panel. *Social Indicators Research*, 139(1), 147–161.

<https://doi.org/10.1007/s11205-017-1711-4>

Blázquez, M., & Budria, S. (2015). The effects of over-indebtedness on individual health. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2586415>

Boes, S., Kaufmann, C., & Marti, J. (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung*. Gesundheitsobservatorium.

Burton-Jeangros, C. (2016). *Trajectoires de santé, inégalités sociales et parcours de vie*. Académie suisse des sciences humaines et sociales.

https://www.sagw.ch/fileadmin/redaktion_sagw/dokumente/Publikationen/Akademievortraege/Akademievortrag_26_BurtonJeangros.pdf

Callegari, J., Liedgren, P., & Kullberg, C. (2020). Gendered debt – a scoping study review of research on debt acquisition and management in single and couple households. *European Journal of Social Work*, 23(5), 742–754. <https://doi.org/10.1080/13691457.2019.1567467>

Caputo, R. K. (2012). Patterns and predictors of debt: A panel study, 1985-2008. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 39(2), 2. <https://doi.org/10.15453/0191-5096.3664>

Chen, G., Jia, Q., Maskara, P. K., & Williams, A. (2021). Impact of financial debt on borrower's health based on gender. *International Journal of Consumer Studies*, 45(3), 423–440. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12632>

Clayton, M., Liñares-Zegarra, J., & Wilson, J. O. S. (2015). Does debt affect health? Cross country evidence on the debt-health nexus. *Social Science & Medicine (1982)*, 130, 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.002>

Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. M., Jr. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 277(24), 1940–1944. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540480040036>

Commission Européenne. (2008). *Towards a common European definition of overindebtedness*. Publications Office. <https://doi/10.2767/17772>

Contoyannis, P., Jones, A. M., & Rice, N. (2004). The dynamics of health in the British Household Panel Survey. *Journal of Applied Econometrics*, 19(4), 473–503. <https://doi.org/10.1002/jae.755>

Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3–21. <https://doi.org/10.1007/bf00988593>

Coste, T., & Henchoz, C. (2021). *Primes de l'assurance obligatoire des soins, subsides et (sur)endettement dans le canton de Neuchâtel: Évolutions, liens et perspectives*. Office cantonal de l'assurance-maladie, département de l'économie et de l'action sociale du canton de Neuchâtel, Université de Fribourg.

Coste, T., & Henchoz, C. (2022, 25 août). Quand les dettes affectent la santé. *Reiso*. <https://www.reiso.org/document/9459>

Coste, T., Henchoz, C., & Wernli, B. (2020). Debt and subjective well-being: Does the type of debt matter? *Revue Suisse de Sociologie*, 46(3), 445–465. <https://doi.org/10.2478/sjs-2020-0022>

Coste, T., Wernli, B., Cullati, S., & Henchoz, C. (2022). *Over-indebtedness and health problems in Switzerland: A longitudinal analysis*. 2022 SLLS Annual International Conference, Cleveland.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *The American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>

Cullati, S. (2015). Socioeconomic inequalities in health trajectories in Switzerland: are trajectories diverging as people age? *Sociology of Health & Illness*, 37(5), 745–764. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12232>

Daly, M., & Kelly, G. (2015). *Families and Poverty: Everyday life on a low income*. Policy Press.

De Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I., & Stringhini, S. (2022). *Renoncement aux soins de santé en Suisse. Prévalence, déterminants et conséquences*. Rapport mandaté par l'Office fédéral de la santé publique. OFSP.

Dettes Conseils Suisse (2024, juin). *Statistiques 2023 : Stopper à temps la spirale de l'endettement*. <https://dettes.ch/statistique/>

Drentea, P., & Reynolds, J. R. (2012). Neither a borrower nor a lender be: the relative importance of debt and SES for mental health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(4), 673–695. <https://doi.org/10.1177/0898264311431304>

Dunn, L. F., & Mirzaie, I. A. (2016). Consumer debt stress, changes in household debt, and the Great Recession: Debt stress and the great recession. *Economic Inquiry*, 54(1), 201–214. <https://doi.org/10.1111/ecin.12218>

Eberlein, F. (2021). Potential und Erkenntnisse der SILC Daten zu der Verschuldungssituation in der Schweiz und in Europa. In C. Henchoz, T. Coste, & F. Plomb (Éds.), *Endettement et surendettement en Suisse: Regards croisés/Verschuldung und Überschuldung in der Schweiz: Interdisziplinäre Blickwinkel* (pp. 55-78). L'Harmattan.

Efrat, R. (2006). The evolution of bankruptcy stigma. *Theoretical Inquiries in Law*, 7(2). <https://doi.org/10.2202/1565-3404.1130>

Fehlberg, B. (1997). Money and marriage: Sexually transmitted debt in England. *International Journal of Law, Policy, and the Family*, 11(3), 320–343. <https://doi.org/10.1093/lawfam/11.3.320>

Filipp, S.-H., & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen : vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Kohlhammer.

Gathergood, J. (2012). Debt and depression: Causal links and social norm effects: Causal links between debt and depression. *Economic Journal*, 122(563), 1094–1114.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2012.02519.x>

Goode, J. (2010). The role of gender dynamics in decisions on credit and debt in low income families. *Critical Social Policy*, 30(1), 99–119. <https://doi.org/10.1177/0261018309350810>

Grafova, I. B. (2007). Your money or your life: Managing health, managing money. *Journal of Family and Economic Issues*, 28(2), 285–303. <https://doi.org/10.1007/s10834-007-9060-0>

Guérin, I., Kumar, S., & Venkatasubramanian, G. (2023). *The indebted woman: Kinship, sexuality, and capitalism*. Stanford University Press. <https://doi.org/10.1515/9781503636910>

Guessous, I., Theler, J.-M., Durosier Izart, C., Stringhini, S., Bodenmann, P., Gaspoz, J.-M., & Wolff, H. (2014). Forgoing dental care for economic reasons in Switzerland: a six-year cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*, 14(1), 121.
<https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-121>

Guinchard, B., Schmittler, M., Gally, M.-L., Amiguet, M., & Barry, A. (2015). Imperfections du système d'assurances sociales?: L'exemple de l'accès aux soins des jeunes retraités à revenu modeste. *Revue Suisse de Sociologie*, 41, 359–375.

Hämmig, O., & Herzig, J. (2022). Over-indebtedness and health in Switzerland: A cross-sectional study comparing over-indebted individuals and the general population. *PLoS One*, 17(10), e0275441. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275441>

Hayes, T. A. (2000). Stigmatizing indebtedness: Implications for labeling theory. *Symbolic Interaction*, 23(1), 29–46. <https://doi.org/10.1525/si.2000.23.1.29>

Henchoz, C., & Coste, T. (2016, 24 mars). Santé et (sur)endettement : quels liens ?. *Reiso*. <https://www.reiso.org/articles/themes/precarite/428-sante-et-sur-endettement-quels-liens>

Henchoz, C., & Coste, T. (2023). Effets négatifs des dettes sur la santé et stratégies individuelles de protection. *Pensée Plurielle*, 58(2), 153–165.
<https://doi.org/10.3917/pp.058.0153>

Henchoz, C., Coste, T., & Plomb, F. (Éds.). (2021). *Endettement et surendettement en Suisse: Regards croisés/Verschuldung und Überschuldung in der Schweiz: Interdisziplinäre Blickwinkel*. L'Harmattan.

Henchoz, C., Coste, T., & Suppa, A. (2024b). Travail de la dette et inégalités de patrimoine : perspective de genre. *Enfances Familles Générations*.
<https://journals.openedition.org/efg/20437>

Henchoz, C., Coste, T., & Wernli, B. (2019). Culture, money attitudes and economic outcomes. *Schweizerische Zeitschrift Für Volkswirtschaft Und Statistik*, 155(1).

<https://doi.org/10.1186/s41937-019-0028-4>

Henchoz, C., Coste, T., & Wernli, B. (2023). Endettement et santé mentale : Le rôle de l'organisation financière et de la distribution des responsabilités économiques au sein du couple. *Enfances Familles Générations*, 43. <https://journals.openedition.org/efg/15681>

Henchoz, C., Wernli, B., & Coste, T. (2024a). Dettes et santé mentale : perspective de genre. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.22783>

Hiilamo, A., & Grundy, E. (2020). Household debt and depressive symptoms among older adults in three continental European countries. *Ageing and Society*, 40(2), 412–438.

<https://doi.org/10.1017/s0144686x18001113>

Hiilamo, H. (2021). The legacy of economic recession in terms of over-indebtedness: A framework and review of the evidence. *Social Policy and Society: A Journal of the Social Policy Association*, 20(1), 111–124. <https://doi.org/10.1017/s1474746420000354>

Hojman, D. A., Miranda, Á., & Ruiz-Tagle, J. (2016). Debt trajectories and mental health. *Social Science & Medicine*, 167, 54–62.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.027>

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343.

<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Jacoby, M. B. (2002). Does indebtedness influence health? A preliminary inquiry. *The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 30(4), 560–571. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.2002.tb00426.x>

Jeanrenaud, C., Buzoku, T., & Simon, O. (2015). *Conséquences financières du jeu excessif : Etat des lieux en Suisse et dans les cantons romands*. Centre du jeu excessif ; Institut de recherches économiques.

Kalousova, L., & Burgard, S. A. (2013). Debt and foregone medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(2), 204–220. <https://doi.org/10.1177/0022146513483772>

Karaagac, E. A. (2020). The financialization of everyday life: Caring for debts. *Geography Compass*, 14(11). <https://doi.org/10.1111/gec3.12541>

Keese, M. (2009). Triggers and determinants of severe household indebtedness in Germany. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1514363>

Keese, M. (2012). Who feels constrained by high debt burdens? Subjective vs. objective measures of household debt. *Journal Of Economic Psychology*, 33(1), 125–141.

<https://doi.org/10.1016/j.joep.2011.08.002>

Keese, M., & Schmitz, H. (2014). Broke, ill, and obese: Is there an effect of household debt on health?: Broke, ill, and obese. *The Review of Income and Wealth*, 60(3), 525–541.

<https://doi.org/10.1111/roiw.12002>

Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592–615. <https://doi.org/10.1037/a0025948>

Maag, V. (2010). *Kaufsucht in der Schweiz. Verbreitung, Ursachen und Konsequenzen*. Rüegger Verlag.

Mattes, C., Knöpfel, C., Schnorr, V., & Caviezel, U. (2022). *Captifs de l'aide sociale - Processus d'assistance en cas de pauvreté, de recours à l'aide sociale et d'endettement. Rapport final de l'étude du FNS*. Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung.

<https://doi.org/10.26041/fhnw-4395>

Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity. Why having too little means so much*. Macmillan.

Noori, R. (2021). Défaillances juridiques entraînant un surendettement structurel : du mythe de la responsabilité individuelle du surendettement en Suisse. In C. Henchoz, T. Coste, & F. Plomb (Éds.), *Endettement et surendettement en Suisse: Regards croisés/Verschuldung und Überschuldung in der Schweiz: Interdisziplinäre Blickwinkel* (pp. 141-156). L'Harmattan.

Mirowsky, J. (1985). Depression and marital power: An equity model. *American Journal of Sociology*, 91(3), 557–592. <https://doi.org/10.1086/228314>

Morvant-Roux, S., Bertoli, M.-A., & Clerc, S. (2023). *La dette sacralisée : hiérarchies et moralités des dettes des particuliers en Suisse*. Presses polytechniques et universitaires romandes.

Münster, E., Rüger, H., Ochsmann, E., Letzel, S., & Toschke, A. M. (2009). Over-indebtedness as a marker of socioeconomic status and its association with obesity: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9(1), 286. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-286>

Nettleton, S., & Burrows, R. (1998). Mortgage debt, insecure home ownership and health: An exploratory analysis. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 731–753.

<https://doi.org/10.1111/1467-9566.00127>

Ochsmann, E. B., Rueger, H., Letzel, S., Drexler, H., & Muenster, E. (2009). Over-indebtedness and its association with the prevalence of back pain. *BMC Public Health*, 9(1), 451. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-451>

Office fédéral de la statistique. (2022, 4 juillet). *Revenus et conditions de vie 2020 (SILC): endettement*. Confédération suisse. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/22685977>

Office fédéral de la statistique. (2024a, 29 octobre). *Revenus et conditions de vie 2022 (SILC): endettement*. Confédération suisse. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.gnpdetail.2024-0732.html>

Office fédéral de la statistique. (2024b, 23 février). *Santé – Statistique de poche 2024*. Confédération suisse. <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/30465880/master>

Oetterli, M., Fässler, S., & Hanimann, A. (2015). *Bases conceptuelles pour de futures structures de création de savoir dans le domaine «Santé et égalité des chances»*. Office fédéral de la santé publique.

O'Neill, B., Prawitz, A. D., Sorhaindo, B., Kim, J., & Garman, E. T. (2013). Changes in health, negative financial events, and financial distress/financial well-being for debt management program clients. *Journal of Financial Counseling and Planning*, 17(2), 71–85.

Organisation mondiale de la santé. (2020). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*. https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/20200706/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1948-1015_1002_976-20200706-fr-pdf-a.pdf

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE.

Perrin-Heredia, A. (2009). Les logiques sociales de l'endettement : gestion des comptes domestiques en milieux populaires. *Sociétés contemporaines*, 76(4), 95–119. <https://doi.org/10.3917/soco.076.0095>

Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 28-40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>

Prawitz, A. D., Garman, E. T., Sorhaindo, B., Barbara, O., Neill, J., & Kim, P. (2006). InCharge Financial Distress/Financial Well-Being Scale: Development, Administration, and Score Interpretation. *Journal of Financial Counseling and Planning*, 17(1), 34–50.

Reading, R., & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53(4), 441–453. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00347-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00347-6)

Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 205(3), 246–247. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144766>

Regamey, C., Dupertuis, C., Gafner, M., & Tzaud, K. (2011). *Assurance-maladie: un système victime de sa complexité qui pénalise les assuré-e-s. Constats tirés des consultations du Centre social protestant Vaud*. ARTIAS.

Reumers, L., Bekker, M., Hilderink, H., Jansen, M., Helderma, J.-K., & Ruwaard, D. (2022). Qualitative modelling of social determinants of health using group model building: the case of debt, poverty, and health. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01676-7>

Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2013). The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1148–1162. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.009>

Selenko, E., & Batinic, B. (2011). Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health. *Social Science & Medicine*, 73(12), 1725–1732. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.09.022>

Sun, A. R., & Houle, J. N. (2020). Trajectories of unsecured debt across the life course and mental health at midlife. *Society and Mental Health*, 10(1), 61–79. <https://doi.org/10.1177/2156869318816742>

Sweet, E., Nandi, A., Adam, E. K., & McDade, T. W. (2013). The high price of debt: household financial debt and its impact on mental and physical health. *Social Science & Medicine*, 91, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.009>

Tay, L., Batz, C., Parrigon, S., & Kuykendall, L. (2017). Debt and subjective well-being: The other side of the income-happiness coin. *Journal of Happiness Studies*, 18(3), 903–937. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9758-5>

Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., De Beurs, D., Jeronimus, B., De Jonge, P., & De Graaf, R. (2021). The bidirectional relationship between debts and common mental disorders: Results of a longitudinal population-based study. *Administration and Policy in Mental Health*, 48(5), 810–820. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01131-9>

Turner, R. J., & Marino, F. (1994). Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(3), 193–212. <https://doi.org/10.2307/2137276>

Turunen, E., & Hiilamo, H. (2014). Health effects of indebtedness: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 489. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-489>

Waldron, R., & Redmond, D. (2017). “We’re just existing, not living!” Mortgage stress and the concealed costs of coping with crisis. *Housing Studies*, 32(5), 584–612.

<https://doi.org/10.1080/02673037.2016.1224323>

Warth, J., Puth, M.-T., Tillmann, J., Porz, J., Zier, U., Weckbecker, K., & Münster, E. (2019). Over-indebtedness and its association with sleep and sleep medication use. *BMC Public Health*, 19(1), 957.

<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7231-1>

Wernli, B., Henchoz, C., & Coste, T. (2021). Bien-être et endettement : les conséquences émotionnelles des dettes. In C. Henchoz, T. Coste, & F. Plomb (Éds.), *Endettement et surendettement en Suisse: Regards croisés/Verschuldung und Überschuldung in der Schweiz: Interdisziplinäre Blickwinkel* (pp. 79-97). L’Harmattan.

Wolff, H., Gaspoz, J.-M., & Guessous, I. (2011). Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 141, w13165.

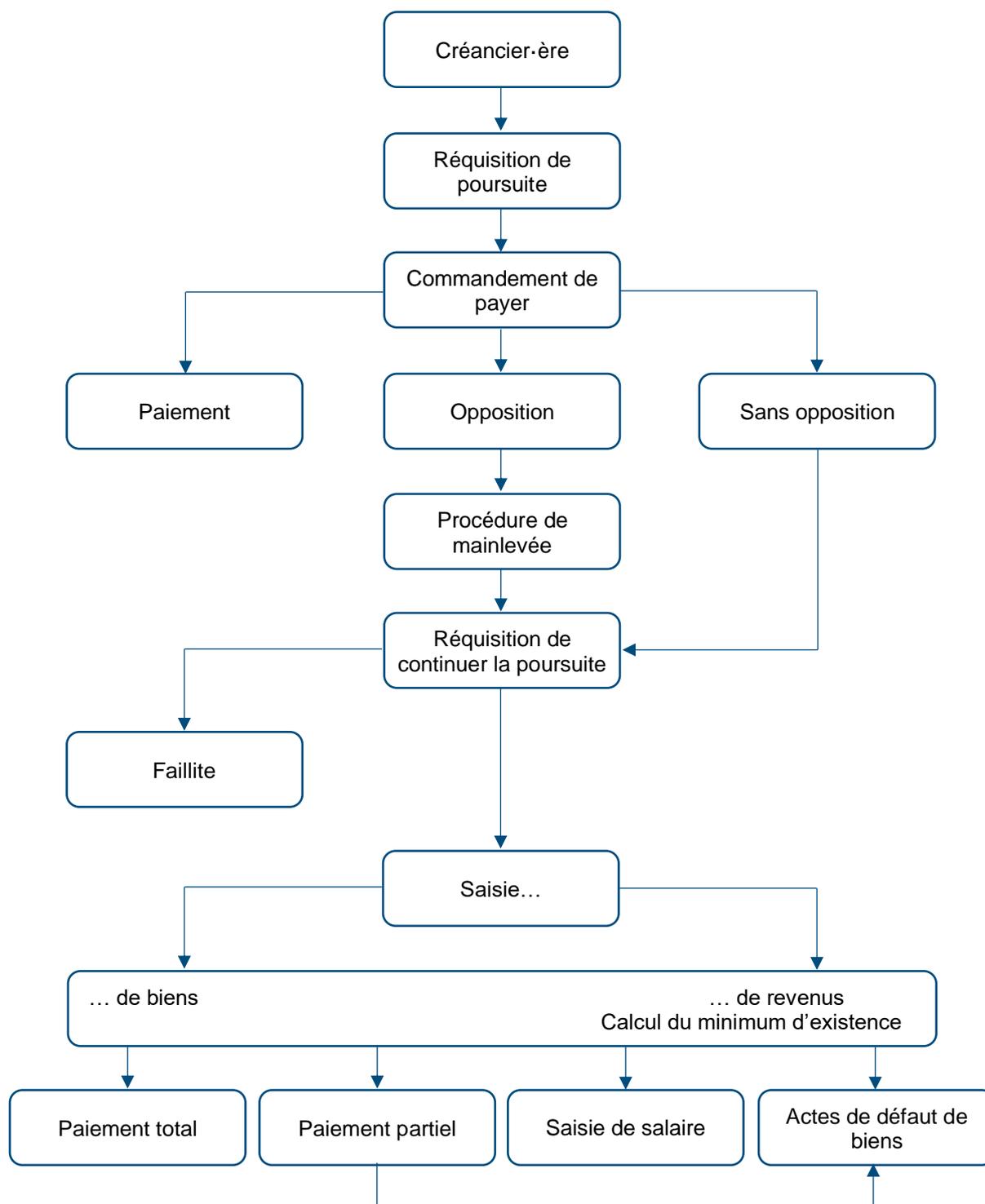
<https://doi.org/10.4414/smw.2011.13165>

13 ANNEXES

13.1 Annexe 1 : Procédure de la poursuite pour dettes

Le ou la créancier·ère adresse une réquisition de poursuite à l'office des poursuites de la procédure de la poursuite pour dettes). L'office notifie alors un commandement de payer à la personne débitrice. Celle-ci peut régler sa dette, faire opposition ou laisser le processus se poursuivre. Dans ce dernier cas, soit elle a des biens saisissables, par exemple un revenu supérieur au minimum vital qui fait alors l'objet d'une saisie (dans la plupart des cas sur salaire) pour rembourser les dettes, soit elle n'a pas de biens saisissables et l'institution créancière reçoit un acte de défaut de biens (ADB, art. 115 LP) qui équivaut à une reconnaissance de dette. En ce qui concerne les personnes débitrices saisies, soit la saisie suffit à désintéresser intégralement l'institution créancière, soit cela n'a pas été suffisant et il reste encore des dettes. Dans ce cas, l'office des poursuites délivre un ADB. La créance constatée par un ADB se prescrit par 20 ans mais une nouvelle saisie peut être exigée par l'institution créancière dans le délai d'une année (art. 88 al.2 LP). Si une saisie permet de rembourser les créances (ou au moins une partie), cela n'implique pas pour autant la fin du processus d'endettement. En effet, une saisie conduit quasi inévitablement à l'accumulation de dettes fiscales, les impôts courants n'étant pas compris dans le montant (minimum vital) laissé à la disposition de la personne débitrice. Le processus d'endettement semble dès lors inévitable et inextricable. En effet, le risque de saisie ne s'éteint pas avec la fin de l'activité rémunérée. Une fois atteint l'âge de la retraite, les rentes et les prestations en capital de la prévoyance professionnelle (LPP, soit les 2^e et 3^e piliers) peuvent également être saisies. En 2020, 6,9% de la population vivait dans un ménage comptant au moins une personne visée par une poursuite ou un acte de défaut de bien (OFS, 2022).

Figure 3 : Schéma simplifié de la procédure de la poursuite pour dettes



13.2 Annexe 2 : Distribution et cumul des types de dettes parmi les jeunes adultes endetté-es

Les données ci-dessous sont issues de notre enquête en ligne réalisée à l'Université de Fribourg dans le cadre d'une précédente recherche FNS sur la socialisation économique des jeunes³³ (Henchoz *et al.*, 2019). Parmi les 1'390 questionnaires ayant été remplis, un tiers des jeunes était endetté (n=449). Les deux tableaux présentent en détail les types de dettes ainsi que le cumul de dettes.

Tableau 1 : Types de dettes parmi les jeunes adultes endetté-es (plusieurs réponses possibles, N=449)

<i>Types de dettes</i>	<i>Nbre de répondant-es parmi les jeunes adultes (plusieurs réponses possibles)</i>	<i>% de N=449</i>
Factures en retard	153	34%
Compte à découvert	54	12%
Solde négatif sur carte de crédit	100	23%
Emprunt banque, petit crédit	94	21%
Emprunt famille	161	36%
Emprunt ami-es	44	10%
Leasing pour un véhicule	101	23%
Achat par acomptes en cours	48	11%
Achat à crédit en cours	49	11%

Tableau 2 : Cumul de dettes

<i>Nombre de dettes</i>	<i>Nbre de répondant-es parmi les jeunes adultes</i>	<i>% de N=449</i>
1 dette	256	57%
2 dettes	107	24%
3 dettes	41	9.1%
4 dettes	24	5.3%
5 dettes ou plus	21	4.6%

³³ Recherche FNS « La socialisation économique. Comment devient-on un homo oeconomicus ? » (2012-2015), <https://data.snf.ch/grants/grant/143195>

Plus d'informations sur l'étude :



www.hetsl.ch/santedette

**Contact : Caroline Henchoz, professeure HES ordinaire, HETSL
caroline.henchoz@hetsl.ch**