



## Santé et pauvreté : solutions proposées



**Lieven Annemans**

Senior Fellow

Les personnes vivant dans la pauvreté ont souvent une santé plus fragile que les gens plus riches. Or, ce problème nous préoccupe peu et nous laisse même indifférents : « nous n’y pouvons rien » résume l’opinion générale à ce sujet. Cette indifférence est sans doute le pire des maux de notre société moderne.

Mais nous pouvons y remédier, même à court terme et même avec peu de moyens.

Mais analysons d’abord le problème de plus près.

Le déséquilibre en matière de santé dans le monde, entre les groupes socio-économiques faibles et les groupes socio-économiques forts, s’est encore renforcé au cours des dernières décennies. Ces écarts grandissent même au sein d’un même pays, y compris dans les pays occidentaux réputés riches. En Belgique et aux Pays-Bas, le taux de mortalité annuel parmi les personnes peu instruites est deux fois plus élevé par rapport aux personnes les plus instruites. L’espérance de vie diffère de 15 ans entre les deux groupes ! On peut se demander si ces écarts impressionnants sont dus à la probabilité de tomber malade ou à l’évolution de la maladie une fois que celle-ci est survenue. Ce qui est sûr, c’est que cette énorme inégalité est due, en grande partie, à la différence qui existe au niveau des comportements de santé : par exemple, le taux d’obésité est deux fois plus élevé parmi le groupe socio-économique le plus faible. Cela résulte de plusieurs facteurs. Les gens pauvres achètent souvent des produits alimentaires moins sains parce qu’ils coûtent moins cher (Braveman 2009). Les gens pauvres font également moins d’activités physiques,

pourtant réputées bonnes pour la santé. Et ce non pas uniquement à cause des coûts, mais aussi parce que l'information leur parvient moins bien. En plus, une fois qu'une personne pauvre tombe malade, elle n'adapte pas son comportement de santé et l'aspect financier se pose à nouveau parce que les traitements médicaux (même ceux qui sont relativement bon marché) sont tout simplement inabordables.

On parle généralement de déterminants sociaux de la santé, comme l'alimentation, les conditions de logement, les relations économiques et sociales, le transport, l'éducation et les soins de santé, dont la répartition (in)égale mène à des différences au niveau de l'espérance de vie. (James, 2002)

Comment inverser la tendance ?

Une première condition est d'adapter l'information et la promotion en matière de santé aux personnes peu instruites. Les programmes de prévention de la santé se servent encore trop souvent d'une approche uniforme qui ne tient pas compte des besoins spécifiques de certains groupes. Or, ces initiatives n'ont aucun impact si elles ne sont pas adaptées aux groupes cibles. Par contre, une approche adaptée est susceptible de récupérer les frais investis à plus long terme. Dans ce cas c'est toute la société qui jouit des bienfaits. L'anecdote suivante montre que cette démarche n'est pas évidente : l'OMS en la matière, tentait d'expliquer à un habitant pauvre de Glasgow, fumeur et alcoolique, que son comportement lui

“

*C'est uniquement par des initiatives adaptées et orientées vers ces groupes cibles que nous pouvons atteindre des résultats. En cas de réussite, les coûts de l'investissement peuvent être récupérés souvent sur le long terme.*

”

coûterait quinze ans d'espérance de vie par rapport à ses concitoyens plus aisés, l'homme lui répondit qu'il n'avait aucune envie de vivre quinze ans de plus dans de pareilles conditions !

On peut aussi « tendre la main » aux plus démunis, par exemple par le biais des relevés de soins requis. La Finlande applique avec succès un système pareil

de “comprehensive care assessments” pour toutes les personnes âgées dépendantes. Un autre groupe cible particulier dans ce contexte constituent les malades mentaux. L'étude HealthQUEST de la Commission Européenne a révélé que la problématique somatique de ces patients est négligée, ce qui compromet encore davantage la moyenne de leur espérance de vie. Des programmes spécifiques sont nécessaires afin de promouvoir de manière dynamique et explicite la santé physique de ces patients.

L'impact du ticket modérateur sur la demande de soins médicaux par les moins nantis ne peut plus être sous-estimé. Dans un rapport de 2008, la Commission Européenne affirmait que

nous oublions trop souvent que les quotes-parts personnelles ont un effet régressif, c'est à dire que les dépenses relatives (calculées par rapport au revenu) sont nettement plus importantes pour les moins nantis. Même des mesures tel le maximum à facturer s'avèrent inadéquates car les personnes concernées n'ont pas les moyens d'avancer les frais. Pourquoi ne pas appliquer le système pratiqué

## Santé et pauvreté : solutions proposées

par la plupart des maisons médicales et qui consiste à donner aux médecins un montant forfaitaire annuel par patient. Ce dernier pourrait dès lors bénéficier de soins gratuits. On peut imaginer des systèmes mixtes, dans lesquels ce statut forfaitaire est réservé aux seuls patients dont les revenus se situent en dessous d'un certain seuil. Il n'y aurait pas de changement pour les autres patients.

En conclusion, il faudrait que toute mesure politique dans le domaine de la santé soit regardée à travers les "lunettes de la pauvreté" et il faudrait toujours se poser la question suivante : quelles sont les conséquences pour les moins nantis ? Chaque acte politique doit passer l'épreuve de l'efficacité mais devrait également passer l'épreuve de l'accessibilité.

Par ailleurs, il est nécessaire et évident de réduire les grands écarts socio-économiques qui existent aussi chez nous. Cela va bien au-delà d'une politique de santé adaptée et cela demande des efforts au niveau de tous les déterminants sociaux de la santé. Le(s) ministre(s) de la santé doivent interpeller leurs collègues à ce sujet, sinon les investissements dans le secteur de la santé risquent d'être un emplâtre sur une jambe de bois.

**Lieven Annemans**  
Senior Fellow

### Références

- \*Braveman P. A health disparities perspective on obesity research. *Prev Chronic Dis* (2009); 6(3)
- \*European Commission. QUALITY IN AND EQUALITY OF ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. March 2008
- \*James S. Social determinants of health: implications for intervening on racial and ethnic health disparities. Paper presented at: Minority Health Conference, 2002; University of North Carolina
- \*Marmot M. Lezing op 9/12/2008 in de reeks "lectures in medicine" georganiseerd door de AstraZeneca Foundation.
- \*Patychuk D., Seskar-Hencic D. First Steps to Equity. Ideas and Strategies for Health Equity in Ontario, 2008-2010. November, 2008

---

Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming.  
"Think-tank" et "do-tank" indépendant pour une croissance économique et une protection sociale durables.



Itinera Institute VZW-ASBL

Boulevard Leopold II Laan 184d - B-1080 Brussel - Bruxelles

T +32 2 412 02 62 - F +32 2 412 02 69

info@itinerainstitute.org [www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)