

LA PAUVRETÉ REND MALADE

SUISSE • *En matière de santé, l'inégalité s'explique pour une bonne part par le niveau socio-économique, selon une récente étude de Caritas Suisse. La prévention doit viser prioritairement l'amélioration des conditions de vie et de travail.*



«Les personnes au statut socio-économique bas vivent fréquemment dans un environnement nuisible pour la santé et travaillent dans des emplois exposés.» KEYSTONE

CARLO KNÖPFEL*

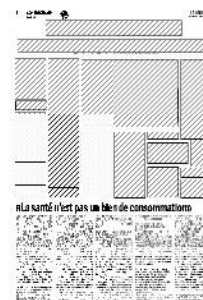
En Suisse, les personnes touchées par la pauvreté sont les plus souvent malades et vivent moins longtemps que les autres. Une nouvelle étude de Caritas Suisse parvient à la conclusion que les conditions sociales sont l'une des causes importantes de cette inégalité des chances en matière de santé¹. L'étude revendique une politique de la santé dont le travail de prévention vise en priorité à améliorer les conditions sociales.

Lorsque l'argent manque

Dans la société actuelle, l'opinion est répandue que de nombreuses maladies sont dues aux comportements individuels des personnes atteintes. Mais les chercheurs ont un autre point de vue. Un grand nombre d'études européennes montrent en effet que la santé d'une personne est en grande partie déterminée par ses conditions de vie et de travail, qui elles-mêmes dépendent beaucoup de son statut socio-économique – à savoir son niveau de formation, son statut professionnel et son niveau de revenu. Et plus le statut socio-économique est bas, plus l'état de santé est

mauvais, plus l'espérance de vie est restreinte.

On sait depuis longtemps qu'il existe dans notre pays des inégalités en matière de santé malgré une qualité de vie élevée et un excellent système de santé. Et pourtant, en dépit de cette connaissance, les choses



ne changent pas. C'est ainsi qu'une étude menée dans le canton de Genève il y a une dizaine d'années a démontré que l'espérance de vie des ouvriers, peu ou non qualifiés, était de quatre ans moins élevée que celle des universitaires et qu'ils couraient un risque douze fois plus élevé de devenir invalides. De nombreuses enquêtes confirment et étayent cette relation entre le statut socio-économique et l'état de santé. Une femme universitaire de 30 ans bénéficie d'une espérance de vie de 3,6 ans plus longue en moyenne qu'une femme n'ayant pas été au-delà de l'école obligatoire. En ce qui concerne les hommes de 30 ans, la différence atteint même sept ans.

Comment comprendre cette inégalité en matière de santé? Trois approches permettent de l'expliquer: l'approche matérielle montre que les personnes dont le statut socio-économique est bas disposent de ressources réduites, ce qui limite leurs possibilités de s'offrir un style de vie sain, par exemple, en prenant des vacances ou en s'adonnant à des loisirs. De plus, le stress psychique qui accompagne une situation d'endettement, par exemple, représente l'un des facteurs engendrant des atteintes à la santé. Enfin, les personnes au statut socio-économique bas vivent fréquemment dans un environnement nuisible pour la santé (par exemple dans des rues à grande circulation) et travaillent dans des emplois exposés (par exemple des postes de travail bruyants ou pollués).

L'approche psychosociale explique les inégalités en matière de santé par l'inégalité de la répartition des charges psychosociales. Par exemple, plus

le statut professionnel d'une personne est bas, moins celle-ci peut compter sur une reconnaissance de son travail et moins elle possède de marge de manœuvre dans son emploi, ce qui entraîne des effets négatifs en matière de santé. De plus, les possibilités personnelles de faire face à ce surcroît de stress (par exemple grâce au soutien de l'environnement social) sont, elles aussi, inégalement réparties. Les personnes au niveau socio-économique peu élevé sont ainsi doublement pénalisées. Cela se manifeste par une élévation de leur niveau de stress, ce dernier entraînant des problèmes de santé, soit directement, par le biais des processus psychobiologiques, soit indirectement, par l'émergence de comportements nuisibles pour la santé, comme le tabagisme répondant à cet état de stress.

L'approche comportementale et culturelle montre que des personnes au statut socio-économique peu élevé adoptent plus fréquemment des comportements malsains. Cette approche explique l'existence de ces comportements par des raisons culturelles: ces personnes entretiennent une «culture» encourageant notamment des comportements nuisant à la santé, et la transmettent à leurs enfants. Désormais, les experts de la santé ne mettent plus en doute le fait que les comportements sont, pour une grande part, socialement déterminés et que les conditions de vie ajoutées aux inégalités sociales influent grandement sur la santé. On peut remarquer aussi – et cela est prouvé – que les influences subies lors des premières années de vie, et même pendant la grossesse, ont une influence non négligeable sur

la santé des personnes, même lorsqu'elles sont devenues adultes.

S'attaquer aux conditions de vie plutôt qu'en appeler aux comportements individuels

Pour créer une plus grande égalité des chances, une politique de la santé doit donc se construire à partir de ces constats. Pour ce faire, il faudrait insuffler la même énergie que cela a été fait pour influencer les comportements individuels vis-à-vis de la santé (prévention comportementale) dans une prévention qui tienne compte des conditions dans lesquelles les individus vivent et travaillent (prévention conditionnelle). Il faudrait également mettre un accent particulier sur les conditions des femmes enceintes, des enfants et des jeunes: on sait en effet que le terrain favorisant une existence saine est déterminé très tôt.

Mais comme ces conditions ne dépendent pas uniquement du système de santé, il faut que la politique de la santé intègre d'autres domaines, par exemple la politique de la formation, la politique fiscale et la politique sociale. En effet, on prend dans ces domaines des décisions qui ont un impact sur la santé. Pour favoriser une prise de conscience dans ce contexte, il faut créer un examen de l'impact des conditions sociales sur la santé. Cet examen permettrait d'évaluer les effets des décisions politiques sur l'état de santé de la population et l'on pourrait voir si les inégalités en matière de santé se réduisent ou au contraire augmentent au travers des me-

sures proposées, présenterait donc pas une Dans plusieurs pays avancée extraordinaire, mais d'Europe et dans simplement un pas attendu certains cantons depuis longtemps. I

suisses, un instru- * Coauteur, avec Simone Villiger, ment de ce type est de l'étude de Caritas Suisse *La pauvreté déjà utilisé avec rend malade. Pourquoi les conditions succès. L'introduc- sociales influent sur la santé*, 106 pages, tion au niveau na- 16 francs. www.caritas.ch/shop tional d'un tel Les deux textes publiés dans cette page instrument ne re- ont paru dans *Le Journal de Caritas* Genève, n° 466, novembre 2009.

«La santé n'est pas un bien de consommation»

Jean-Pierre Papart, médecin, travaille actuellement auprès de la Fondation Terre des hommes, à Lausanne, comme conseiller pour les programmes de santé. Entre 1999 et 2006, avec une équipe multidisciplinaire, il avait été mandaté par l'Etat de Genève pour coordonner la priorité santé mentale de la planification sanitaire cantonale. Dans ce cadre, plusieurs mandats de santé publique ont été réalisés: promotion de la santé mentale au travail à travers l'amélioration de l'organisation du travail et de la culture d'entreprise, promotion des compétences sociales des jeunes comme exploration d'une nouvelle politique santé de la jeunesse (Réseau Respect), protection des compétences parentales des toxicomanes.

Ce travail collectif s'est clôturé en 2006 en raison de choix politiques moins favorables à la santé publique¹. En 2006, Jean-Pierre Papart et son équipe, dont faisait partie l'actuel directeur de Caritas, a reçu le Prix européen pour la promotion de la santé.

Aujourd'hui, on ne remet plus en question le fait que certains facteurs de comportement, tels que la qualité de l'éducation des enfants, la nutrition, l'exercice physique et la toxicomanie, jouent un rôle important sur la santé. On parle aussi de facteurs structurels tels que le chômage, la pauvreté et le travail.

Comment et pourquoi ces facteurs influent-ils sur notre santé?

Jean-Pierre Papart: Vous avez raison, on reconnaît aujourd'hui – sur la base

de nombreuses études – que ce qu'on appelle les «déterminants» de la santé – la pauvreté, le chômage, le travail, etc. – jouent un rôle considérable dans la santé des individus et devraient donc mériter toute l'attention nécessaire dans le cadre des politiques de santé. Une approche de santé publique, vieux jeu d'après moi, serait celle qui réduirait toute souffrance et atteinte à la santé à un problème de comportement individuel. Dans le cadre du mandat de promotion de la santé mentale qui nous avait été confié en 1999, nous avons travaillé sur le stress au travail. Nous avons combattu l'idée que cette souffrance au travail devait se voir «privatisée» en centrant la prévention sur les seules épaules du travailleur, en le formant à faire face à partir de ses propres compétences psychosociales. Au contraire, nous avons voulu «socialiser» cette souffrance en travaillant sur ses causes institutionnelles, idéologiques et politiques.

Les enjeux de la santé au travail, loin se réduire à quelques éléments d'ergonomie et de règlements de sécurité (même si cela est indispensable), devaient intégrer les questions relatives au lien social au travail, au sens du travail, à la marge de manœuvre accordée ou non aux collaborateurs, au soutien hiérarchique et collégial... en un mot, l'humanisation du travail.

Du point de vue de la prévention médicale, quel rôle peuvent concrètement jouer

les institutions sociales?

Les institutions sociales doivent relever le défi de rester des institutions sociales et refuser la régression à ne plus être que des institutions de distribution financière. Lorsque de l'argent est toutefois distribué, il est important que cela relève du domaine des moyens et non des fins. Dans le rapport pourtant évident entre inégalité sociale et atteinte de la santé, les institutions sociales doivent éviter de se faire instrumentaliser par un projet politique voulant cadrer toute souffrance dans une approche distributive.

L'inégalité sociale, trop souvent traduite en pauvreté financière, est surtout inégalité d'accès au social, à la possibilité d'être un avec les autres, reconnu par les autres. Ne pas le comprendre risque d'entraîner les institutions sociales vers la négation de toute souffrance à travers des réponses exclusivement distributives (allocations, visites médicales, etc.). En cédant à cette injonction, les institutions sociales participent à la réduction de toute demande humaine en objet économique de consommation. (...)

Constatez-vous fréquemment sur le terrain l'incidence de la pauvreté sur la santé?

Mon travail actuel (médecin auprès de la Fondation Terre des hommes en charge du suivi des projets santé dans 16 pays, en Afrique, Asie et Amérique du Sud) me fait rencontrer des communautés dont l'espérance de vie des personnes est vingt à trente ans plus courte en moyenne que celle dont nous bénéficions en Suisse, du moins pour ceux d'entre nous qui ne sommes pas touchés par l'exclusion sociale. Le lien est évident entre pauvreté et santé, ce n'est plus à démontrer, là-bas comme ici.

Avec l'annonce de l'augmentation des

primes d'assurance-maladie pour 2010, on peut facilement imaginer que les personnes vivant dans la précarité contractent des assurances avec la franchise la plus élevée. Cette situation ne risque-t-elle pas de produire une société à deux vitesses, les riches en bonne santé d'un côté, les «pauvres malades» de l'autre?

L'hypothèse que l'augmentation des primes d'assurance-maladie est due à l'augmentation de la consommation médicale et que la seule manière de contrôler cette augmentation est la concurrence entre les caisses devrait être sérieusement mise en question. C'est la non-transparence des coûts de ce système, laissés à la discrétion des gestionnaires des caisses, qui empêche de faire le bon diagnostic.

Cela étant dit, comment répondre à votre question concernant les personnes en précarité? Le système actuel de santé en Suisse où chaque usager est appelé à faire son propre marché indique une incompréhension fondamentale de ce qu'est la santé. Les menaces actuelles d'épidémies de grippe, après l'épidémie de rougeole l'année dernière, peuvent nous aider à comprendre que la santé n'est pas seulement un bien individuel mais un bien collectif et que se protéger des maladies et se soigner sont aussi des actes civiques et pas seulement de consommation. Donc, en aucune manière la santé – sa protection et sa promotion – ne peut être considérée comme un bien de consommation, un objet que l'on achète au plus offrant dans un système de marché. Les bases de l'accès aux soins pour tous doivent aujourd'hui être complètement repensées. (...)

PROPOS RECUEILLIS PAR CAMILLE KUNZ

¹ Dans le prolongement de cette expérience, Jean-Pierre Papart a publié un livre: *Lien social et santé mentale, un plaidoyer pour les droits de l'homme et la sécurité humaine*, Médecine & Hygiène, Genève, 2006.