



ATD Quart Monde Wallonie – Bruxelles a.s.b.l.

***Combattre les facteurs de risque de maladies chroniques en milieu de grande pauvreté***

**Régis De Muylder**

Collection « Connaissance et engagement »

Cette publication relève de la loi du 30 juin 1994 relative au droit d'auteur.  
Cette loi précise entre autres que l'auteur "*dispose du droit au respect de son oeuvre lui permettant de s'opposer à toute modification de celle-ci*" et qu'il a "*le droit de s'opposer à toute déformation, mutilation ou autre modification de cette oeuvre ou à toute autre atteinte à la même oeuvre, préjudiciables à son honneur ou à sa réputation.*"  
Elle rappelle que, sauf accord explicite de l'auteur, sont seules autorisées les courtes citations "*effectuées dans un but de critique, de polémique, de revue, d'enseignement, ou dans des travaux scientifiques, conformément aux usages honnêtes de la profession et dans la mesure justifiée par le but poursuivi (...).*"  
*Les citations visées devront faire mention de la source et du nom de l'auteur."*



Publication réalisée avec le soutien de la [Communauté française](#).

Ce document s'adresse au monde associatif, aux citoyens, aux professionnels, à tous ceux qui s'engagent pour le respect de la dignité de chacun et agissent pour que les droits fondamentaux soient effectivement assurés à tous.

**Ce document forme un tout dont chaque élément doit être situé dans son contexte. Ancrée dans la vie, la connaissance bâtie sur l'engagement et l'action est en construction permanente.**

**Le travail présenté a pour premier objectif d'alimenter et de soutenir les engagements des uns et des autres, pour faire progresser les droits de l'homme et la lutte contre la misère et l'exclusion.**

Nous avons fait le choix de diffuser largement ce travail non seulement pour faire connaître l'expérience et la pensée des personnes très pauvres (et de ceux qui s'engagent à leurs côtés) mais aussi pour qu'il soutienne et inspire d'autres démarches de connaissance qui renforcent les projets et les combats menés avec eux et à partir d'eux.

Nous vous proposons de découvrir dans notre collection "**Documents de référence**" quelques textes qui situent clairement les enjeux de telles démarches et leurs exigences pour qu'elles servent réellement les plus pauvres et contribuent effectivement à lutter contre la misère et l'exclusion.

La collection "**Connaissance et engagement**" publie des travaux réalisés par des personnes engagées dans la durée aux côtés des personnes et familles très pauvres.

La collection "**Croisement des savoirs et des pratiques**" publie des travaux construits collectivement à partir d'échanges entre des personnes ayant l'expérience vécue de la pauvreté et de l'exclusion sociale, et des personnes d'autres milieux, en mettant en oeuvre les conditions d'un réel croisement tel que décrit dans la « Charte du croisement des savoirs et des pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale »

La collection "**Nous d'un peuple**" publie des interventions construites collectivement par des personnes ayant l'expérience vécue de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Elles ont été conçues pour engager un échange entre personnes de différents milieux, mais toujours avec des personnes en situation de pauvreté.

La collection "**Regards croisés**" confronte les points de vue de différents acteurs sur une même question, y compris celui de personnes vivant la pauvreté

## Sommaire

Résumé.....	4
Introduction.....	5
Le diabète.....	5
Un exemple .....	5
Les conditions de vie.....	6
Le comportement sain.....	6
Que faire ?.....	7
S'attaquer aux inégalités sociales.....	7
Conclusion.....	7

## Résumé

Certaines maladies chroniques, comme le diabète de type 2, sont plus fréquentes dans les milieux socioéconomiques défavorisés. C'est dans ces milieux-là que ces maladies sont moins bien prises en charge.

La présente analyse étudie comment les moyens mis en œuvre pour s'attaquer à certains facteurs de risque de maladies chroniques se heurtent aux conditions de vie que connaissent les populations qui vivent dans la pauvreté. Une première possibilité d'action est donnée par la présentation d'un projet qui met en œuvre une approche globale, tout en rappelant qu'il convient aussi de revoir les priorités et de chercher d'abord à améliorer les conditions de vie des populations les plus pauvres.

## Introduction

Nous avons, dans une précédente analyse, étudié les inégalités sociales de santé<sup>1</sup> et montré combien elles sont aujourd'hui une réalité dans notre pays. On peut reprendre la définition qu'en donne Avalos : « *Quand on parle d'inégalités sociales de santé, on fait référence au fait que la santé suit un gradient social : à position socioéconomique décroissante, la santé tend à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer. Cette tendance a été mise en évidence dans de nombreuses études.* »<sup>2</sup>

Les indicateurs confirment de fortes inégalités dans le domaine de l'état de santé. L'espérance de vie en bonne santé à 25 ans pour les personnes avec faible qualification (pas de diplôme ou seulement un diplôme de l'enseignement primaire) est nettement réduite par rapport à l'espérance de vie en bonne santé des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. La différence est de 14,5 ans pour les femmes et de 15,5 ans pour les hommes.<sup>3</sup>

Les maladies chroniques jouent un rôle important dans l'espérance de vie en bonne santé. Si nous prenons l'exemple des maladies cardio-vasculaires (MCV), on connaît les facteurs de risque et le rôle du tabagisme, de l'alimentation, de l'hypertension, du diabète... Plusieurs éléments sont déterminants dans le lien entre conditions de vie précaires et état de santé.

## Le diabète

Le diabète de type 2 constitue un problème de santé majeur dans nos pays. Mais ce n'est pas seulement une maladie des pays « développés » ou « industrialisés ». C'est devenu, partout dans le monde, un problème de santé publique. La prévalence de la maladie est associée à un statut socioéconomique faible. En général, pour faire des études sur le statut socioéconomique, on regarde deux variables : le niveau d'éducation et le revenu du ménage. Le lien entre la maladie et chacune des deux variables a été émis en évidence. La relation entre diabète de type 2 et statut socioéconomique défavorisé n'est pas clairement ou complètement expliquée. Une étude canadienne<sup>4</sup> indique que le lien entre les deux ne peut pas être expliqué uniquement par les variables ethnoculturelles, démographiques et comportementales, même si ces variables jouent un rôle. Certaines études indiquent, en outre, que le lien est plus marqué chez les femmes que chez les hommes.<sup>5</sup> De plus la prise en charge d'une maladie comme le diabète de type 2 est plus difficile dans les milieux socioéconomiques défavorisés, avec notamment un recours plus fréquent à l'hospitalisation et des soins ambulatoires moins performants.<sup>6</sup> On peut donc considérer que le diabète de type 2 est plus fréquent et moins bien pris en charge dans les milieux pauvres.

## Un exemple

Une famille vit dans des conditions de vie difficiles et notamment des conditions de logement précaires. Une des conséquences en est les déménagements fréquents. A un moment, la famille pense

<sup>1</sup> R. De Muylder. Les inégalités sociales de santé : Où en sommes-nous depuis le Rapport général sur la pauvreté (2009) – ATD Quart Monde Wallonie-Bruxelles ([www.atd-quartmonde.be/inegalites-sociales-de-sante-ou-en.html](http://www.atd-quartmonde.be/inegalites-sociales-de-sante-ou-en.html))

<sup>2</sup> H. Avalosse, O. Gillis, K. Cornelis, R. Mertens. « Inégalités sociales de santé en Belgique : des chiffres indéniables. Observations à l'aide de données mutualistes. » Revue belge de Sécurité Sociale, 1er trimestre 2009 (pp. 145-166)

<sup>3</sup> Ces données sont tirées du site du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale : [www.luttepauvrete.be/chiffres\\_sante.html](http://www.luttepauvrete.be/chiffres_sante.html)

<sup>4</sup> Ross NA, Gilmour H, Dasgupta K. 14-year diabetes incidence: the role of socio-economic status. Health Rep 2010 Sep;21(3) 19-28

<sup>5</sup> Kavanagh A. et al. Socioeconomic position, gender, health behaviours and biomarkers of cardiovascular disease and diabetes. Soc Sci Med. 2010 Sep;71(6):1150-60.

<sup>6</sup> Voir notamment Disano J, Goulet J, Muhajarine N, Neudorf C, Harvey J. Social-economic status and rates of hospital admission for chronic disease in urban Canada. Can Nurse. 2010. Jan; 106(1) 24-9.

avoir trouvé un bon logement : une espace convenable pour le couple avec ses deux filles, un loyer abordable. Bien vite, la famille doit déchanter. Le logement est très humide. Il y a des champignons. Tout cela avait été masqué parce que le logement avait été repeint peu avant que la famille emménage. L'état du logement a des conséquences sur la santé des enfants, en particulier sur une des fillettes qui souffre d'asthme. Elle fait des infections respiratoires à répétition avec des complications ce qui conduit à des hospitalisations répétées. Le logement est en fait véritablement insalubre. Le père veut entreprendre des démarches. Il hésite. Quelle chance a-t-il de gagner face au propriétaire. De plus si on lui donne raison et que le logement est déclaré insalubre, un avis d'expulsion sera émis. Que pourra-t-il faire à ce moment-là ? Le temps passe. Finalement une opportunité semble s'offrir à la famille. Elle pourrait aller habiter dans un camping. Au début – en plein été – les choses semblent aller mieux. Dès l'automne, le père se rend compte que ce changement n'est pas favorable. Les soucis s'accumulent...

Au passage, on se doit de noter que les maladies chroniques peuvent se rencontrer aussi chez l'enfant. Le père est fumeur : facteur de risque pour le père et bien sûr le tabagisme passif n'est pas bon non plus pour la santé de son entourage, en particulier pour les problèmes respiratoires de sa fille. Tout le monde sait qu'il n'est pas facile d'arrêter de fumer. Mais il est aussi des moments où on est plus à même d'entreprendre le sevrage que d'autres. Le stress, les soucis permanents ne constituent pas un contexte favorable à l'arrêt du tabac.

A partir de cet exemple, nous pouvons approfondir deux réflexions : l'une concernant les conditions de vie, l'autre concernant l'adoption d'un « comportement sain ».

### **Les conditions de vie**

Les conditions de vie jouent un rôle déterminant dans l'apparition de certains problèmes de santé. On vient d'évoquer les conditions de logement. On peut parler aussi de l'alimentation. Beaucoup de personnes que nous rencontrons font leurs courses en comparant les prix. La question primordiale n'est pas d'avoir une alimentation équilibrée, mais de savoir comment on va boucler le budget. On pourrait développer aussi tout l'aspect lié au stress quand on vit dans la pauvreté. Nous sommes face à des composantes multiples et liées entre elles. La personne qui vit dans la pauvreté arrive à devoir faire des choix : vais-je payer le loyer ou la facture de gaz ? Si je paie telle dépense pour l'école, je devrai diminuer les courses de la semaine... Ce sont les soucis liés à un mauvais logement ou à un logement exigü qui ne permet pas aux enfants de trouver leur place pour jouer, avec l'énerverment et les disputes qui en découlent. C'est l'angoisse quand on ouvre le courrier car on vit dans la peur d'avoir une lettre d'un huissier parce qu'on a des dettes. Ce sont les relations souvent conflictuelles avec les services sociaux. C'est l'accumulation de tout cela qui fait qu'on n'est jamais tranquille et qu'en plus on n'a jamais l'occasion de prendre des moments de détente ou de vacances. De telles conditions de vie sont extrêmement néfastes pour la santé tant physique que psychique.

### **Le comportement sain**

Dans le contexte que nous venons de décrire, comment promouvoir des « comportements sains » ? Comment s'attaquer à des facteurs de risque de maladies chroniques ? Dans de telles conditions, ce n'est pas évident d'avoir une alimentation saine, de faire du sport ou de se dire que la priorité c'est d'arrêter de fumer quand on est fumeur...

On opposera le « comportement sain », c'est-à-dire qui favorise la bonne santé ou qui contribue à prévenir des maladies chroniques aux comportements qui ne le sont pas et qui peuvent induire des problèmes de santé. On risque de devenir normatif. Mais il y a bien pire. On risque de dire « vous êtes

souffrant parce que vous ne faites (ou n'avez pas fait) ce qu'il faut pour être en bonne santé ». En d'autres termes « vous êtes responsables ». On a vu que, pour ceux qui vivent dans la pauvreté, ce raisonnement est lacunaire. Mais il rejoint ce que les pauvres entendent de plus en plus aujourd'hui : « vous êtes dans la pauvreté parce que vous ne faites pas ce qu'il faut ». On tend à mettre en avant la responsabilité individuelle de la personne, et on occulte tous les mécanismes qui existent aujourd'hui dans notre société et qui produisent inégalités sociales et misère. C'est profondément injuste.

## **Que faire ?**

Il serait pertinent de citer des projets qui ont été sans conteste positifs, parce qu'ils ont suivi une approche globale. Le projet de la maison médicale du Vieux Molenbeek constitue un exemple<sup>7</sup>. Il a développé différents axes, dont la salle de bien-être. Celle-ci proposait des activités diverses en fonction de l'âge et du sexe et notamment des activités physiques et sportives pour les hommes. Mais cette dimension-là n'était pas isolée. La salle de bien-être s'inscrivait dans le cadre d'une maison médicale où il y a une offre de soins, c'est-à-dire toute une action pour favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins. Il y avait en outre toute une dimension communautaire, avec des groupes de réflexion mais aussi l'organisation de moments de détente. Enfin ce projet avait des liens avec d'autres actions de lutte contre la pauvreté. Cette approche globale est tout à fait essentielle.

La prise en charge de maladies chroniques s'inscrit par définition dans la durée et demande un suivi rigoureux, souvent très exigeant pour le patient. Un projet comme celui que nous venons de décrire peut aider les patients de milieu pauvre à bénéficier d'un suivi adéquat par rapport à la maladie dont ils souffrent et qui tient compte de leurs conditions de vie.

## **S'attaquer aux inégalités sociales**

Les inégalités sociales de santé sont d'abord et avant tout des inégalités sociales. La question de fond est de savoir comment on va chercher à réduire les inégalités sociales. L'enjeu est d'améliorer les conditions de vie des populations qui vivent dans la grande précarité et de lutter contre l'exclusion dont elles sont victimes. A ce propos-là, nous pouvons rappeler ce qui a été largement développé dans une précédente analyse.<sup>8</sup> Tout indique que l'amélioration des conditions de vie aura pour effet de diminuer les inégalités sociales de santé. En effet l'accès aux soins, même s'il est facilité, vient « trop tard », la pathologie est là et on pourra au mieux en limiter les effets sur la qualité de vie des malades.

## **Conclusion**

Connaître les facteurs de risque des maladies chroniques est incontestablement pertinent. Nous constatons que, lorsqu'il s'agit de personnes vivant dans un milieu pauvre, de nombreux messages se heurtent aux conditions de vie et que celles-ci deviennent un déterminant essentiel de la santé. La priorité ne peut alors être donnée qu'à l'amélioration des conditions de vie et à la lutte contre la pauvreté.

---

<sup>7</sup> On peut trouver des informations plus détaillées via le site [www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org) (le centre médical du Vieux Molenbeek est repris dans la liste des membres, avec diverses fiches informatives).

<sup>8</sup> Voir la note 1.

Éditeur responsable :  
Régis De Muylder  
Av. Victor Jacobs, 12  
1040 – Bruxelles

Année 2010