



# Actualités OFS

---

14 Santé

Neuchâtel, juillet 2013

## Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté

Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2011

---

**Renseignements:**

Jean-François Marquis, OFS, Section Santé, tél. 032 713 67 54

E-mail: [jean-francois.marquis@bfs.admin.ch](mailto:jean-francois.marquis@bfs.admin.ch)

N° de commande: 1338-1300



# Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté

**Les personnes en situation de risque de pauvreté ou de privation matérielle déclarent plus souvent que les autres un état de santé qui n'est pas bon et elles sont plus nombreuses à renoncer à des soins pour des raisons financières. Celles qui renoncent à des soins pour raison financière sont aussi en moins bonne santé. Ces résultats ressortent des données 2011 de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) des ménages en Suisse.**

Il est aujourd'hui reconnu que les conditions de vie des individus et les inégalités sociales qu'elles reflètent constituent des déterminants sociaux de la santé, à l'origine d'une grande part des inégalités observées en santé<sup>1</sup>. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) parle de gradient social pour caractériser cette relation entre la position sociale et l'état de santé: plus la première est faible, plus la seconde est dégradée.

## Risque de pauvreté et privation matérielle

La pauvreté est un phénomène social avec des dimensions matérielles et immatérielles, qui affecte des groupes de population particulièrement fragilisés dans leurs conditions de vie. Il importe pour les politiques sociales et sanitaires de savoir si elle va de pair avec un risque accru de santé dégradée ou d'accès plus difficile aux soins.

Parmi les indicateurs statistiques permettant de mesurer la pauvreté<sup>2</sup>, deux ont été retenus pour cette analyse: le risque de pauvreté basé sur le revenu (en 2011, 13,3% de population résidante de 16 ans et plus), et la privation matérielle (3,3%) qui tient compte d'aspects non-monétaires (cf. encadré).

### Définitions

Le *risque de pauvreté* concerne les personnes vivant dans un ménage dont les ressources financières sont inférieures à 60% du revenu disponible équivalent médian (29'141 francs par année pour une personne seule en 2011). Le revenu disponible correspond au revenu brut total du ménage moins les cotisations aux assurances sociales, les impôts, les primes d'assurance maladie obligatoire et les transferts réguliers à d'autres ménages. Il est divisé par une échelle d'équivalence pour tenir compte de la taille du ménage (par ex. 2,1 pour une famille de deux adultes et de deux enfants de moins de 14 ans). La médiane partage la population en deux moitiés, l'une avec un revenu inférieur et l'autre avec un revenu supérieur à cette valeur.

La *privation matérielle* est définie par l'absence, pour raison financière, d'au moins trois des neuf éléments suivants: capacité à prendre une semaine de vacances par an hors du domicile, à s'offrir un repas complet un jour sur deux, à faire face dans un délai d'une semaine à une dépense imprévue de 2000 francs, absence d'arriéré de paiement, disposer d'une voiture pour usage privé, d'une télévision couleur, d'un ordinateur, d'un lave-linge, d'un logement suffisamment chauffé.

## La mesure de l'état de santé

Dans l'enquête SILC, trois questions du mini module européen pour la santé (MEHM: Minimum European Health Module) permettent d'appréhender la santé des personnes interrogées:

- *La santé auto-évaluée.* C'est un des meilleurs indicateurs de l'état de santé général, au niveau individuel comme au niveau de la population. En 2011, 19% de la population résidante de 16 ans et plus déclaraient que leur «état de santé en général» était «moyen», «mauvais» ou «très mauvais».
- *Les problèmes de santé de longue durée.* Cet instrument permet une mesure globale de l'importance des maladies chroniques, cause principale de recours aux services de santé, particulièrement parmi les personnes âgées. En 2011, 33% de la population déclaraient avoir une maladie ou un problème de santé d'une durée de six mois ou plus.

<sup>1</sup> OMS (2008), Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève

<sup>2</sup> Cf. OFS (2012), Pauvreté en Suisse: concepts, résultats et méthodes. Résultats calculés sur la base de l'enquête SILC 2008 à 2010, Neuchâtel

– *Les limitations d'activité pour raison de santé.* Cette question met l'accent sur les difficultés durables que les personnes atteintes dans leur santé rencontrent pour mener une vie normale, dans le contexte social qui est le leur. En 2011, 22% de la population déclaraient être limités, fortement ou non, depuis au moins six mois dans leurs activités habituelles, par un problème de santé.

La fréquence des problèmes de santé croît avec l'âge et elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La relation entre risque de pauvreté ou privation matérielle et état de santé est donc analysée en tenant compte du sexe et de l'âge, parmi les personnes de 25 ans et plus, les plus jeunes étant exclues compte tenu du trop petit nombre d'observations. Pour le même motif, les résultats des personnes de 65 ans et plus ne sont pas publiés lorsqu'il est question de privation matérielle.

## Risque de pauvreté et santé

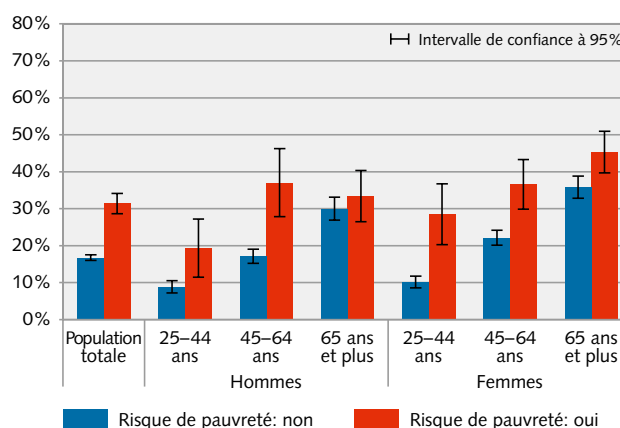
La part déclarant une santé auto-évaluée pas bonne est presque deux fois plus élevée parmi les personnes à risque de pauvreté que parmi celles dont le revenu est plus élevé (31% contre 17%). Cette différence est significative pour les deux sexes dans toutes les classes d'âges, à l'exception des hommes de 65 ans et plus (G1). Elle est la plus prononcée chez les hommes de 45 à 64 ans ainsi que chez les femmes de 25 à 44 ans.

L'écart est plus limité lorsque l'on prend en considération les problèmes de santé de longue durée (41% contre 31%) et les différences ne sont pas significatives compte tenu de l'âge et du sexe, sauf pour les femmes de 45 à 64 ans (G2). Ce plus faible gradient social peut s'expliquer notamment par le fait que presque trois personnes sur cinq déclarant un problème de santé chronique affirment par ailleurs que leur état de santé auto-évalué est bon. Ces personnes accordent certainement une plus grande attention à leur santé. Or elles ont, comparativement à celles déclarant simultanément un problème de santé chronique et une santé auto-évaluée pas bonne, un niveau de formation plus élevé et un moins grand taux de risque de pauvreté.

Enfin, les personnes à risque de pauvreté sont plus souvent limitées dans leurs activités pour raison de santé que les autres (32% contre 21%). C'est parmi les 45–64 ans que la différence est la plus sensible (G3).

**Santé auto-évaluée pas bonne, selon le risque de pauvreté, en 2011**  
Population de 16 ans et plus en ménage privé

G 1



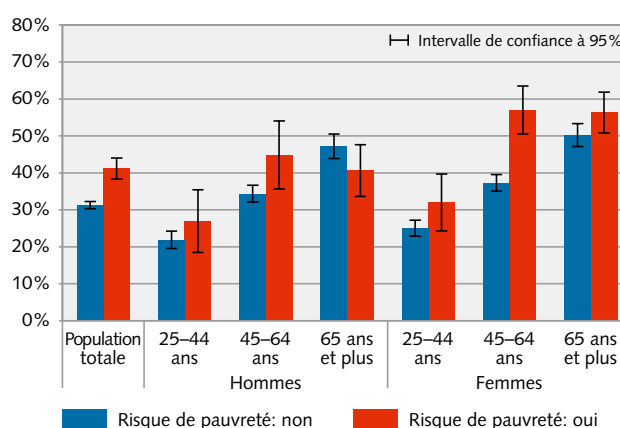
Source: OFS, SILC-2011 version 26.03.2013, avec prise en compte du loyer fictif

© OFS

Dans les trois cas, le gradient social en matière de santé est le plus faible à partir de 65 ans. C'est un constat fréquent, pouvant s'expliquer notamment par le fait que plus l'âge est élevé plus il joue un rôle déterminant pour l'état de santé. Par ailleurs, une partie des personnes âgées considérées comme à risque de pauvreté disposent en réalité de ressources financières plus importantes, grâce à leur patrimoine, non pris en compte dans le calcul du revenu disponible<sup>3</sup>.

**Problème de santé de longue durée, selon le risque de pauvreté, en 2011**  
Population de 16 ans et plus en ménage privé

G 2

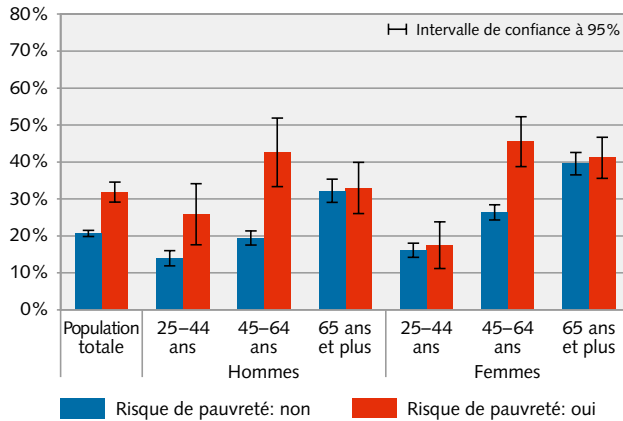


Source: OFS, SILC-2011 version 26.03.2013, avec prise en compte du loyer fictif

© OFS

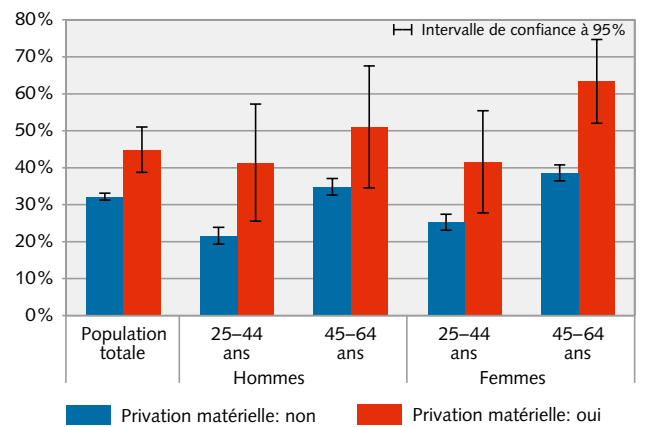
<sup>3</sup> OFS (2012), op. cit, p. 28.

**Limitations d'activité, selon le risque de pauvreté, en 2011**  
Population de 16 ans et plus en ménage privé **G 3**



Source: OFS, SILC-2011 version 26.03.2013, avec prise en compte du loyer fictif © OFS

**Problème de santé de longue durée, selon la privation matérielle, en 2011**  
Population de 16 ans et plus en ménage privé **G 5**



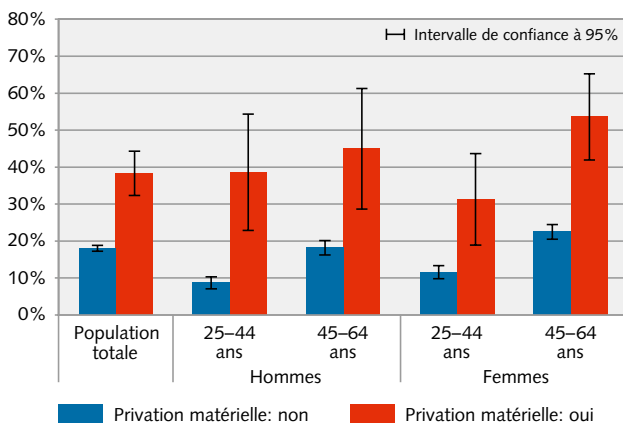
Source: OFS, SILC-2011 version 26.03.2013, avec prise en compte du loyer fictif © OFS

### Privation matérielle et santé

L'écart en matière d'état de santé est plus net lorsqu'on compare les personnes souffrant de privation matérielle aux autres: 38% contre 18% pour la santé auto-évaluée pas bonne (G4), 45% contre 32% pour les problèmes de santé de longue durée (G5), 42% contre 21% pour les limitations d'activité (G6). Cela peut s'expliquer par le fait que la privation matérielle, qui affecte quatre fois moins de personnes que le risque de pauvreté, distingue des situations de dénuement plus prononcé. Les différences sont les plus grandes entre 45 et 64 ans. A noter toutefois les intervalles de confiance amples, suite au petit nombre de personnes concernées.

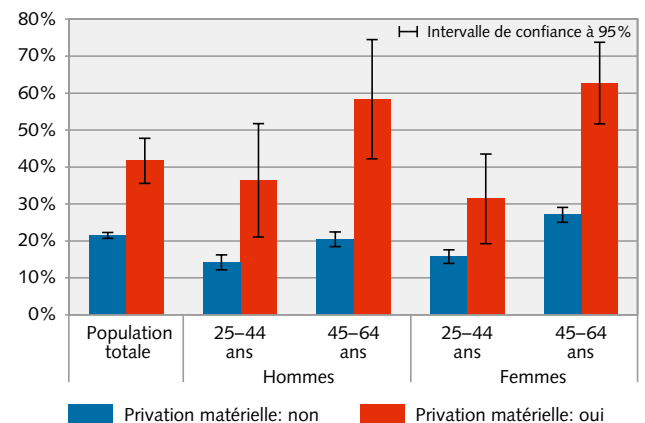
L'association entre risque de pauvreté ou privation matérielle et état de santé dégradé peut correspondre à des mécanismes où c'est la fragilité sociale qui, par diverses médiations (conditions de vie, de travail, de logement, habitudes de vie), est à l'origine d'un moins bon état de santé. Mais à l'inverse, les problèmes de santé peuvent aussi engendrer une difficulté à acquérir un revenu suffisant (limitations de l'activité professionnelle ou du taux d'activité).

**Santé auto-évaluée pas bonne, selon la privation matérielle, en 2011**  
Population de 16 ans et plus en ménage privé **G 4**



Source: OFS, SILC-2011 version 26.03.2013, avec prise en compte du loyer fictif © OFS

**Limitations d'activité, selon la privation matérielle, en 2011**  
Population de 16 ans et plus en ménage privé **G 6**



Source: OFS, SILC-2011 version 26.03.2013, avec prise en compte du loyer fictif © OFS

## Le renoncement aux soins pour raison financière

Le renoncement aux soins pour raison financière est utilisé comme indicateur de l'accès aux soins<sup>4</sup>, dont la garantie constitue un enjeu des politiques sociales et de santé. Répondre à la question du renoncement aux soins suppose une capacité à évaluer ses besoins dans ce domaine, laquelle varie selon les caractéristiques sociales et de santé des personnes.

En 2011, 4,7% de la population résidante de 16 ans et plus avaient renoncé pour des raisons financières à une consultation chez le médecin ou chez le dentiste, au moins une fois sur une période d'une année. La grande

majorité avait renoncé à consulter un dentiste (4,0%, contre 0,3% pour les consultations médicales et 0,4% pour les deux), dont les traitements ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire des soins.

La part des personnes ayant renoncé à une consultation médicale ou dentaire ne varie pas selon le sexe (G7). Elle est plus élevée chez les 25-64 ans (5,7%), parmi les personnes avec une formation du niveau de la scolarité obligatoire (8,5%) et parmi celles de nationalité étrangère, particulièrement en provenance d'Europe du Sud (9,8%).

Les personnes à risque de pauvreté renoncent 2,5 fois plus souvent que les autres à des consultations médicales ou dentaires (10% contre 4%, G8). L'écart est encore plus net en cas de privation matérielle (32% contre 4%). Même parmi les personnes dont la santé auto-évaluée n'est pas bonne, la proportion de celles renonçant aux soins pour raison financière est plus élevée en cas de risque de pauvreté ou de privation matérielle. Les résultats sont analogues en cas de problème de santé de longue durée ou de limitations d'activités. Ce n'est donc pas l'état de santé qui explique à lui seul ces différences et il existe bien une association entre le fait de disposer d'un très bas revenu ou de souffrir de privation matérielle et le renoncement aux soins pour raison financière.

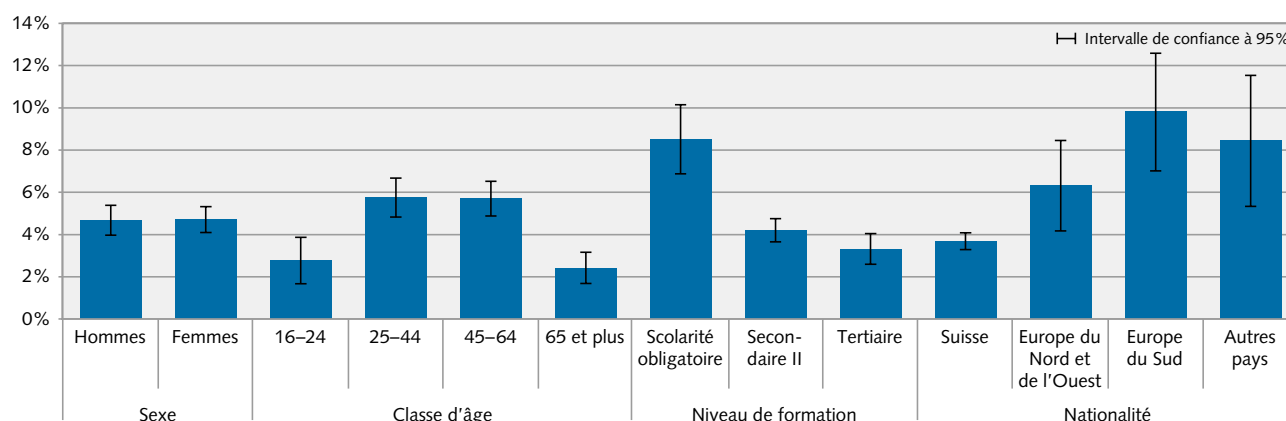
### Définitions

Les personnes interrogées indiquent si, «au cours des douze derniers mois», elles ont «dû personnellement renoncer à un contrôle ou un traitement chez le dentiste», ou s'il leur est «arrivé de ne pas consulter un médecin ou de ne pas suivre un traitement», alors qu'elles en avaient besoin. Les personnes répondant oui sont interrogées sur la «raison principale» de ce renoncement. La première des huit réponses possibles est: «pour des raisons financières». C'est de loin la plus fréquente. Les personnes ayant renoncé pour des raisons financières à une consultation chez le dentiste ou à une consultation chez le médecin sont regroupées.

### Renoncement aux soins pour raison financière, en 2011

Population de 16 ans et plus en ménage privé. Consultation médicale ou dentaire

G 7



Source: OFS, SILC-2011 version 26.03.2013, avec prise en compte du loyer fictif

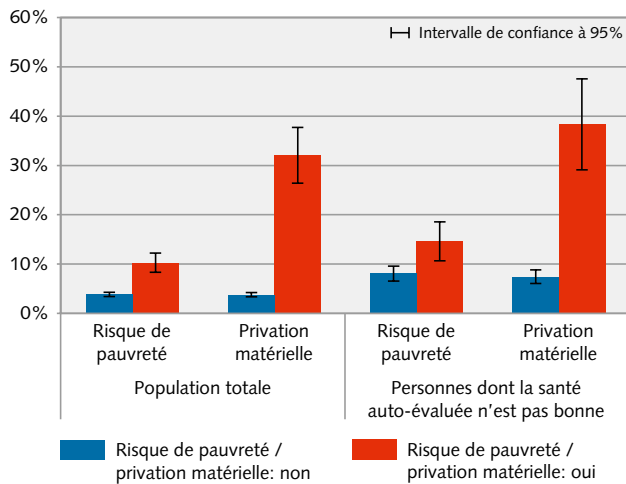
© OFS

<sup>4</sup> Cf. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES (2012), Renoncement aux soins. Acte du colloque, Collection études et statistiques, Paris

### Renoncement aux soins pour raison financière selon le risque de pauvreté ou la privation matérielle, en 2011

Population de 16 ans et plus en ménage privé  
Consultation médicale ou dentaire

G 8



Source: OFS, SILC-2011 version 26.03.2013, avec prise en compte du loyer fictif

© OFS

Les personnes ayant renoncé à des consultations médicales ou dentaires pour raison financière ont un état de santé moins bon que les autres (G9). Elles sont par exemple 38% à déclarer une santé auto-évaluée pas bonne contre 18% pour celles n'ayant pas renoncé. On retrouve cet

écart, bien qu'atténué, dans le groupe des personnes à risque de pauvreté. Par contre, la différence n'est plus significative parmi celles souffrant de privation matérielle. Cela peut s'expliquer notamment par le fait que la privation matérielle est elle-même très fortement associée à un moins bon état de santé, atténuant ainsi l'impact du renoncement aux soins.

Le lien entre renoncement aux soins pour raison financière et état de santé dégradé peut s'expliquer par le fait que le besoin en soins est plus important parmi les personnes atteintes dans leur santé, ce qui accroît les choix à faire et le risque de renoncement. Cependant, le taux de renoncement est plus faible parmi les personnes âgées, dont la santé est généralement moins bonne. La relation inverse - le renoncement aux soins comme facteur influant négativement sur la santé - doit donc aussi être prise en compte.

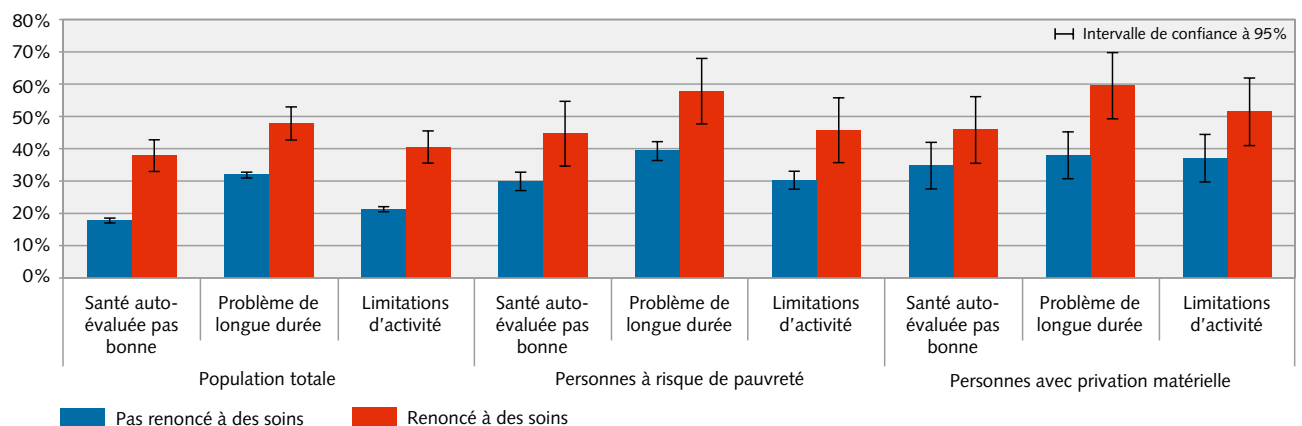
#### SILC

L'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) a pour objectif d'étudier la distribution des revenus, la pauvreté, l'exclusion sociale et les conditions de vie au moyen d'indicateurs comparables au niveau européen. Elle se base en Suisse sur un échantillon aléatoire d'environ 7000 ménages et 17'000 personnes. La population de référence est constituée de la population résidante permanente dans les ménages privés.

### Etat de santé selon le renoncement aux soins pour raison financière, en 2011

Population de 16 ans et plus en ménage privé. Consultation médicale ou dentaire

G 9



Source: OFS, SILC-2011 version 26.03.2013, avec prise en compte du loyer fictif

© OFS

