

# La pauvreté

## Outil pour les médecins de famille du Québec<sup>1</sup>

*“Il y a de plus en plus de preuves manifestes qu’une meilleure situation sociale et économique va de pair avec une meilleure santé. En réalité, ces deux éléments semblent être les déterminants les plus importants de la santé.”*

Agence de la santé publique du Canada.<sup>2</sup>

DÉCEMBRE 2015

On a longtemps pensé que la santé d’une population découlait principalement de son système de soins de santé; on sait maintenant qu’il n’en est qu’un des nombreux déterminants. Tout comme la haute pression, l’hypercholestérolémie, le tabagisme et le diabète, la pauvreté diminue l’espérance de vie et est un facteur de risque important pour de nombreuses pathologies médicales.<sup>4 & 5</sup>

Les médecins s’informent régulièrement des antécédents familiaux et médicaux de leurs patients, mais leur statut socio-économique est une information tout aussi pertinente. Il faut dépister la pauvreté au même titre que l’on dépiste les autres facteurs de risque.<sup>5</sup>

## Pauvreté et santé

### Pas uniquement les habitudes de vie

Ce ne sont pas que les habitudes de vie moins favorables, comme le tabagisme, qui rendent les personnes pauvres plus malades. Les études démontrent que les habitudes de vie n’expliquent qu’une partie de l’écart. On pense que le fait de vivre un stress chronique et d’avoir le sentiment de n’avoir aucun contrôle sur sa vie explique au moins en partie cette augmentation de risque.<sup>6 & 7</sup>

### Effet sur la santé selon un gradient social des plus riches aux plus pauvres

Il a aussi été démontré que la pauvreté affecte la santé par gradient social. En effet, les personnes les plus favorisées au niveau socio-économique (le quintile supérieur, les chefs de grandes entreprises, par exemple) sont en moyenne moins malades que les personnes du quatrième quintile, qui, elles, sont moins malades que celles du troisième et ainsi de suite.<sup>12</sup>

### Plus malades dès l’enfance

Les personnes élevées dans la pauvreté sont plus malades que le reste de la population, et ce, dès leur enfance. D’abord, il y a davantage de naissances prématurées et de naissances de faible poids.<sup>8</sup> Les enfants pauvres souffrent davantage d’asthme, d’infections respiratoires, d’otites, de retards de croissance, de surpoids et de troubles de comportement.<sup>9</sup> Le manque de nourriture ou les logements insalubres ne sont pas les seuls à contribuer à ces problèmes. Les petits qui subissent la pauvreté ont des niveaux de cortisol plus élevés dans la salive<sup>10</sup>, ce qui est lié au stress chronique et influence des fonctions cognitives.<sup>11</sup>

### Difficulté à se sortir de la pauvreté chronique

Le meilleur moyen de prévenir la perpétuation de la pauvreté chronique est d’agir dès la petite enfance. La fréquentation des Centres de la petite enfance (CPE) a été démontrée efficace en ce sens.<sup>13</sup>

# 1

## Dépister

Avez-vous parfois de la difficulté à boucler votre budget à la fin du mois?<sup>14</sup> Une étude a démontré le bien-fondé de cette question pour repérer les personnes à faible revenu.<sup>15</sup>

### ■ Quelques statistiques

En 2011, 10,7 % des familles au Québec vivaient sous le seuil de faible revenu tel que défini par Statistique Canada.

33 % des familles monoparentales ayant une femme à leur tête et 32,6 % des personnes de moins de 65 ans vivant seules avaient un revenu inférieur au seuil de faible revenu.<sup>16</sup>

En 2010, à Montréal, 16,6 % des familles montréalaises avaient un revenu inférieur au seuil de faible revenu.<sup>14</sup>

D'autres questions qui permettent d'aller plus loin :

Quelle est votre source de revenus?

Est-ce que vous avez un emploi?

Est-ce qu'il vous apporte un revenu stable?

Est-ce que le coût de votre loyer vous empêche d'acheter des produits de base?

En 2011, 14,6 % des enfants du Québec vivaient sous le seuil de faible revenu tandis qu'à Montréal, le taux grimpeait à 25,6 %.

Pour la période de 2006 à 2008, l'espérance de vie à la naissance était de 85 ans sur le territoire du CLSC Saint-Laurent et de 74,2 ans sur le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, ce qui représente un écart de près de 11 ans.<sup>8</sup>

# 2

## Évaluation des risques : adaptez votre pratique

### ■ Grossesses adolescentes

Les femmes et les adolescentes du quintile de revenu le plus faible risquent davantage de ne pas utiliser de contraception que celles du quintile le plus élevé.<sup>17</sup>

En plus d'aborder le sujet de la contraception dès le début de l'adolescence, particulièrement avec les jeunes filles provenant de familles moins favorisées, le médecin peut s'informer des performances scolaires et encourager les adolescentes à terminer leur secondaire.<sup>18</sup>

### ■ Santé mentale

Parmi 2,7 millions d'adultes canadiens suivis entre 1991 et 2006, le quintile le plus défavorisé présentait un taux de mortalité par suicide deux fois plus élevé que celui du quintile le plus favorisé.<sup>19</sup> Le médecin doit être particulièrement attentif aux signes de dépression dans cette population.

### ■ Maladies cardiovasculaires

Dans le quintile le plus pauvre, le taux de mortalité due à des maladies cardiovasculaires est 1,5 fois plus élevé chez les hommes et 1,6 fois plus élevé chez les femmes que dans le quintile le plus riche.<sup>20</sup> Leur taux de survie suite à un infarctus est également plus faible.<sup>21</sup>

**Chez un(e) patient(e) qui se présente avec une douleur rétrosternale, le fait d'être pauvre augmente la probabilité pré-test d'une source cardiaque; cette information pourrait influencer votre conduite et les investigations que vous choisirez de faire.**

## ■ Cancer du col de l'utérus

Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est inférieur chez les femmes pauvres.<sup>22</sup> Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2008, le recours au dépistage du cancer du col utérin chez les femmes de 25 à 69 ans, défini comme un test Pap aux trois ans, est considérablement plus faible chez les femmes immigrantes (surtout entre 25 et 44 ans) et chez les femmes défavorisées, que ce soit selon la scolarité, le statut d'emploi ou l'indice provincial de défavorisation matérielle et sociale (en particulier chez les femmes de 45 à 69 ans).<sup>23</sup>

**Ne manquez aucune occasion d'offrir le test Pap aux femmes de plus de 20 ans, même si elles vous consultent pour une autre raison ou si leur dernier test remonte à moins de trois ans.**

## 3 Intervenir

### S'intéresser aux patients et à leur réalité

- Faire en sorte que le rendez-vous chez le médecin ne soit pas une source de stress qui s'ajoute au stress chronique qu'ils ou elles vivent déjà.
- S'exprimer simplement et vérifier leur compréhension. Plusieurs personnes vivant dans la pauvreté ont de la difficulté à lire et à comprendre les renseignements concernant la santé.<sup>24</sup>
- Fixer avec eux des objectifs réalistes et valoriser leurs réussites, aussi minimes soient-elles.

### Prescrire des médicaments qui sont couverts par le programme d'assurance-médicaments du Québec

Les patients qui n'ont pas d'assurance privée sont couverts par le programme d'assurance-médicaments du Québec, à condition de s'inscrire chez un pharmacien. Les patients prestataires de l'aide sociale n'ont pas de franchise à payer. Les autres ont à déboursé une franchise proportionnelle à leur salaire.

- > Pour les patients qui n'ont pas d'assurance-médicaments privée ou qui reçoivent de l'aide sociale, il est important de prescrire un médicament qui apparaît dans la liste de médicaments de la RAMQ. Sinon, ils devront payer le plein prix pour obtenir ce médicament et ne seront peut-être pas en mesure de l'acheter.

- > Cette liste est accessible sur le site :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/publications-legales/Pages/liste-medicaments.aspx>

- > Pour les mêmes raisons, il est important de bien connaître la liste des médicaments d'exception et de ne pas oublier d'ajouter à chaque renouvellement le code d'exception pour ces médicaments.

Dans certains cas plus rares, il faudra remplir le formulaire « Demande d'autorisation de paiement – Médicaments d'exception » ou le formulaire « Demande d'autorisation de paiement – Mesure du patient d'exception » :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/medicaments/medicaments-patient-exception/Pages/sel-formulaires.aspx>

### Bien remplir les formulaires d'aide sociale, lorsqu'indiqué

L'aide sociale (d'Emploi Québec) fournit les montants de base suivants à une personne vivant seule sans revenu (montants indexés chaque année) :

- 623 \$ par mois pour les personnes qui n'ont pas de contrainte sévère à l'emploi
- 755 \$ par mois pour les personnes ayant une contrainte temporaire (par exemple un épisode de dépression majeure ou pendant l'investigation médicale en vue de poser un diagnostic)
- 947 \$ par mois pour les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi – si elles sont incapables de travailler pour une durée d'au moins un an ou pour une durée indéfinie, etc.

Les deux dernières catégories exigent un rapport médical SR2100. Le médecin en cabinet peut facturer 20 \$ à la Régie, code 09800, pour remplir ce rapport.

Certains diagnostics donnent accès automatiquement au montant supérieur (947 \$).  
<http://www.mess.gouv.qc.ca/regles-normatives/a-identification-clientele/03-aide-financiere-dernier-recours/03.03.04.01.html>

Pour plus de renseignements :

<http://www.mess.gouv.qc.ca/solidarite-sociale/programmes-mesures/index.asp>.

Pour les patients dont la capacité de travail est réduite ou inexistante en raison de maladie, les sources de revenus sont :

#### Les incapacités à court terme

- Le plan d'assurance de l'employeur, le cas échéant
- Le programme fédéral d'assurance-emploi (il faut avoir cotisé et avoir travaillé un certain nombre de semaines pendant une période d'admissibilité)
- Un plan d'assurance santé privé (idéalement, les travailleurs autonomes devraient s'abonner à un tel plan avant de tomber malades, cependant ces plans sont dispendieux et la plupart des travailleurs autonomes ne peuvent pas se les permettre)
- L'aide sociale d'Emploi-Québec

## Les incapacités à long terme – voici les sources de revenus pour lesquels un formulaire médical est nécessaire\*

- Régie des rentes du Québec  
<http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/invalidite/Pages/invalidite.aspx>
- Crédit d'impôt fédéral  
<http://www.cra-arc.gc.ca/F/pbg/tf/t2201/LISEZ-MOI.html>
- Attestation de déficience pour un crédit d'impôt du Québec  
[http://www.revenuquebec.ca/fr/sepf/formulaires/tp/tp-752\\_0\\_14/default.aspx](http://www.revenuquebec.ca/fr/sepf/formulaires/tp/tp-752_0_14/default.aspx)

\*Pour des informations plus complètes, voir le Guide des programmes d'aide pour les personnes handicapées et leur famille de l'Office des personnes handicapées du Québec :  
[https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Guides/Guide\\_des\\_Programmes\\_Acc.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Guides/Guide_des_Programmes_Acc.pdf)  
ou consulter un ergothérapeute ou un intervenant psychosocial au CLSC.

Notez qu'il n'est pas rare que les personnes ayant une incapacité à long terme soient obligées d'avoir recours à l'aide juridique pour obtenir les suppléments de revenu auxquels elles ont droit. Les services sociaux du CLSC pourraient vous aider.

## Informez vos patients vivant à faible revenu qu'ils peuvent l'augmenter en faisant leurs déclarations de revenus

- On peut gagner autour de 50 \$ de plus par mois à l'aide du crédit d'impôt pour solidarité du gouvernement du Québec. Si ce remboursement n'a pas été réclamé auparavant, on peut faire une réclamation rétroactive pour les cinq années précédentes. Il faut avoir un compte bancaire, car le paiement se fait mensuellement par dépôt direct.
- Une déclaration de revenus est obligatoire pour recevoir des prestations de Soutien aux enfants (allocation familiale) ou des revenus de retraite pour personnes âgées.

Les formulaires de déclaration de revenus et les crédits d'impôt sont de plus en plus compliqués à comprendre. N'hésitez pas à référer vos patients à un organisme communautaire, surtout les patients âgés. L'accueil social du CLSC connaîtra les ressources communautaires qui pourront venir en aide à ces patients.

**Document adapté de** *Poverty: A clinical tool for primary care in Ontario*  
**Version québécoise :** Dre Diane Roger-Achim et Dre Elizabeth Robinson

### Remerciements

Dre Édith Guilbert, pour les données sur les grossesses adolescentes  
Dre Patricia Goggin, pour les données sur le dépistage du cancer du col  
Mme Victoria Burns, pour l'information sur les crédits d'impôt

Avec l'appui du Collège québécois des médecins de famille

## R

## Références

- <sup>1</sup> Adapté de "Poverty: A clinical tool for primary care in Ontario". <http://ocfp.on.ca/cpd/povertytool>
- <sup>2</sup> Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>. Consulté le 16 janvier 2016.
- <sup>3</sup> Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365: 1099-1104.
- <sup>4</sup> Marmot M. Closing the gap in a generation. *BMJ* 2010; 341: c3617.
- <sup>5</sup> Conseil pratique sur les déterminants sociaux de la santé. Collège des médecins de famille du Canada, mars 2015. 21 pages. <http://patientsmedicalhome.ca/fr/ressources/conseil-pratique-sur-les-determinants-sociaux-de-la-sante/>.
- <sup>6</sup> Marmot M., Wilkinson R. Les déterminants sociaux de la santé. OMS 2000.
- <sup>7</sup> Mikkonen J., Raphael D. Les déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes, 2011, Toronto. École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.
- <sup>8</sup> Rapport du directeur de santé publique de Montréal 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications\\_resume.html?tx\\_wfqbe\\_pi%5Buid%5D=1384](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications_resume.html?tx_wfqbe_pi%5Buid%5D=1384). Consulté le 21 juin 2015.
- <sup>9</sup> Canadian Council of Learning. The social consequence of economic inequality for Canadian children: a review of the Canadian literature, March 2006.
- <sup>10</sup> Lupien S.J., King S., Meaney M.J., McEwen B.S. Child's stress hormone levels correlate with mother's socio-economic status and depressive state. *Biol. Psychiatry* 200; 48: 976-80.
- <sup>11</sup> Blair C. et al. Salivary Cortisol Mediates Effects of Poverty and Parenting on Executive Functions in Early Childhood. *Child Dev.* 2011; 82: 1970-1984.
- <sup>12</sup> Hemingway H. et al. The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *Am J Public Health.* 1997; 87: 1484-90.
- <sup>13</sup> Simard M., Tremblay M.E., Lavoie A. et coll. Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle : Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2013. 99 p. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-enfants-maternelle-2012.pdf>. Consulté le 9 septembre 2015.
- <sup>14</sup> Buchman S. Dépister la pauvreté en médecine familiale. *Le Médecin de famille canadien.* 2012; 58 : 710.
- <sup>15</sup> Brcic V., Eberdt C., Kaczorowski J. Development of a Tool to Identify Poverty in a Family Practice Setting: A Pilot Study. *International Journal of Family Medicine.* 2011. Volume 2011, Article ID 812182, 7 pages. Doi: 10.1155/2011/812182
- <sup>16</sup> Institut de la Statistique du Québec. Panorama des régions du Québec. Édition 2013.
- <sup>17</sup> Dunn S., Leung V.W.Y., Soon J.A., Nuemberger K., Norman W.V. Contraception Use in Canada: Relationship Between Socio-Economic Factors and Method Use in the 2009-2010 Canadian Community Health Survey. Presentation at the North American Primary Care Research Group Annual Meeting, Ottawa, Nov 2013. <http://www.napcrg.org/Conferences/PastAnnualMeetingAbstracts/2013AnnualMeeting?SID=7322&language=en-US&m=1&s=dunn&p=0>. Consulté le 12 janvier 2016.
- <sup>18</sup> Goulet C., Marcil I., Kamdom C., Toussaint-Lachance M. Le point sur les mères adolescentes au Québec. *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé* 2001; 8(2) : 21-34.
- <sup>19</sup> Tjepkema M., Wilkins R., Long A. Cause-specific mortality by income adequacy in Canada: A 16-year follow-up study. *Health reports,* 2013; 24: 14-22.
- <sup>20</sup> Marmot M., Theorell T. Social class and cardiovascular disease, the contribution of work. *Int J Health Serv.* 1988; 18(4): 659-74.
- <sup>21</sup> Lindenauer P.K. et al. Income inequality and 30 day outcomes after acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia: retrospective cohort study. *BMJ* 2013; 346: f521.
- <sup>22</sup> Société canadienne du cancer. Facteurs de risque du cancer du col de l'utérus. <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/cervical/risks/?region=ns>. Consulté le 16 janvier 2016.
- <sup>23</sup> Communication personnelle, Patricia Goggin.
- <sup>24</sup> L'Institut de la statistique du Québec. Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/alphabetsation-litteratie/litteratie-quebec2003.pdf>. Consulté le 18 janvier 2016.