

Café géographique 31 Mars 2004

# EPIDEMIES, PANDEMIES, ENDEMIES quelles géographies ?

Débat introduit et animé par

**Gérard SALEM**

Professeur de géographie de la santé à l'Université Paris X-Nanterre,  
directeur du laboratoire Espace Santé et Territoire.

*Peste, choléra, SIDA, SRAS, "grippe aviaire":  
les maladies émergent, circulent, disparaissent.  
Où et comment ?*

Peste, sida, SRAS, l'histoire de l'humanité est marquée par de grandes épidémies et pandémies, qui soulignent que **la planète n'était pas aussi grande qu'il y paraît !** La remarque ne vaut pas que pour les maladies transmissibles, comme en témoignent les épidémies de cancers du poumon, ou d'obésité, dans les pays du Nord comme dans ceux du Sud.

Les études menées sur la disparition de certaines pathologies (variole), la survenue localisée d'autres (virus Ebola), la ré-émergence de pathologies qu'on croyait maîtrisées (maladie du sommeil), « l'endémisation » de pathologies nouvelles (dengue, obésité) montrent que **les maladies n'apparaissent pas n'importe quand, n'importe où.**

La géographie, avec d'autres disciplines, porte une réflexion sur les conditions d'émergence des maladies : au Nord comme au Sud, **quelle est la part du milieu, *stricto sensu*, des modes d'organisation de l'espace, des types de construction territoriale dans l'émergence, la disparition de la maladie ?**

## INTRODUCTION

Il s'agit d'un thème peu commun pour un café géographique. Les trois mots qui composent le sujet - épidémie, pandémie, endémie - ont marqué toute l'histoire de l'humanité. **L'épidémie**, c'est la survenue brutale d'une maladie sur un espace restreint, la grippe par exemple. La **pandémie**, elle, se répand sur d'immenses espaces mais fait des apparitions brèves, comme la peste. Enfin, **l'endémie** est limitée dans l'espace mais pas dans le temps comme le paludisme. Mais il faut noter qu'une épidémie peut évoluer en pandémie puis en endémie, comme c'est le cas pour le sida.

Pour des raisons historiques ces termes sont généralement utilisés pour des maladies transmissibles. On devrait pourtant également parler d'épidémie d'obésité, de cancer du poumon, etc.

Il s'agit alors de comprendre quelles conditions rendent possible l'émergence de telles maladies. Un courant d'histoire des maladies se penche sur ces questions. Son principal animateur, M. GRMECK, a créé le concept de « *pathocénose* ». Il a notamment mené des recherches sur le SIDA et a montré que le virus existe depuis. Pour expliquer l'émergence du sida-maladie, il a montré que plusieurs facteurs nouveaux sont simultanément intervenus : migrations internationales, tourisme sexuel, développement de la transfusion sanguine, et de techniques médicales intrusives, émergence d'une communauté gay, etc.

### *Des maladies infectieuses sous les tropiques...*

L'**onchocercose** est une maladie transmise par une petite mouche, qui, quand les piqûres sont fréquentes, peut rendre aveugle. Il s'agit donc d'un phénomène cumulatif. Une première cartographie de cette maladie a mis en évidence le lien entre les fortes prévalences d'onchocercose et le vide humain récent de vallées pourtant fertile. On a conclu que l'onchocercose était à l'origine de ce dépeuplement et de leur sous-développement. Mais un examen attentif des cartes m a montré que la règle ne valait pas partout, certaines vallées contaminées étant en effet très densément peuplées. Le lien entre les densités de population et cette endémie cumulative a été suspecté et confirmé par des travaux entomologiques : on observe un processus de dilution des piqûres quand la population est dense. ***La problématique, pour les géographes, est donc renversée : le sous-développement est à l'origine de l'extension de l'onchocercose.*** C'est particulièrement vrai pour les régions dans lesquelles une agriculture intensive se pratique : la présence du bétail fait écran et limite les risques de contraction de la maladie, donc de cécité.

Le **paludisme**, lui aussi, est transmis par piqûres. Après la guerre, on a cru pouvoir éradiquer totalement les anophèles grâce à des insecticides, mais celles-ci s'y sont adaptées. Par conséquent, le paludisme progresse dans certaines régions d' Afrique, notamment dans les régions où le coton est cultivé (Burkina, Mali, Nord de la Côte d'Ivoire...)

La **dengue** est également une maladie infectieuse dont le vecteur de transmission est un moustique. Celui-ci, à la différence des anophèles, vit et prolifère dans les eaux sales. Les milieux urbains des pays du Sud - dépourvus de toutes conditions d'hygiène - lui sont donc particulièrement propices.

Il existe bien ***un lien évident entre l'émergence, puis la disparition de certaines pathologies, et le niveau de développement de la région*** dans laquelle on peut les rencontrer. Globalement, les pays du Sud présentent des facteurs favorables pour la naissance puis la diffusion de maladies infectieuses, ce n'est pas le cas du monde occidental.

### *... aux inégalités sanitaires en France*

Les pays occidentaux ont des maux tout aussi spécifiques, les **maladies chroniques et dégénératives : cancer, diabète, hypertension artérielle, obésité...** Le passage de tableaux où dominant d'abord les maladies infectieuses puis les pathologies chroniques, a été désigné sous le terme de transition épidémiologique. Au delà de ce constat statistique général, une géographie des stades de cette transition soulignant des spécificités régionales.

Ceci nous amène à réfléchir à nos propres conditions sanitaires. Qu'en est-il réellement dans notre pays qui se vante fréquemment d'avoir le meilleur système de santé au monde ? *En France, les inégalités sanitaires sont plus criantes encore que dans les autres pays européens* : un Français vivant dans le Sud Ouest peut espérer vivre onze ans de plus que son compatriote

qui réside à Béthune ! La santé peut donc être cartographiée : un U de sous-mortalité s'emboîte dans un "T" de surmortalité qui va de la Bretagne au Nord et à l'Alsace d'une part, et des Ardennes au Sud du massif central d'autre part (diagonale du vide). Globalement, donc, les Français sont en meilleure santé lorsqu'ils vivent en .

Les responsables politiques, au nom de l'égalité républicaine, doivent lutter contre ces inégalités. L'une des solutions réside dans la **distribution équitable - et non pas égale - des moyens financiers et humains** : il s'agirait alors de donner davantage aux régions les plus en difficulté. Dans les paroles, tous les hommes politiques sont d'accord sur ce principe mais le bât blesse au moment de l'affectation des crédits, et ce pour des raisons électorales : un élu qui accepterait que sa région reçoive moins de moyens sanitaires qu'une autre serait exposé au risque de ne pas être réélu. Les réflexions actuelles laissent apparaître l'hypothèse d'une régionalisation de la santé, mais la peur que les inégalités ne se renforcent ralentit le débat. La question de *l'équité* et de *l'égalité* est loin d'être tranchée.

D'autres nouvelles tout aussi réjouissantes viennent parfois relancer le débat relatif à la santé des Français. L'apparition, puis la généralisation de **l'obésité**, a eu l'effet d'une bombe dans l'opinion publique, persuadée qu'il s'agissait d'une maladie d'Américains. Comment était-ce possible au pays de la « bonne bouffe » ? Le discours médical met aujourd'hui l'accent sur l'importance de la génétique. Or, en dix ans, la proportion d'obèses en France a progressé de plus de 50 % ! Les raisons en sont multiples : sédentarité, mauvaise alimentation... De plus, l'obésité n'est pas liée à une suralimentation qui serait un signe d'aisance matérielle et sociale, **la carte de l'obésité se superpose à celle de la précarité** : l'Est de la région Ile-de-France ou certaines villes des Bouches du Rhône ont vu leur proportion d'obèses bondir de 100 % ! Souvent, les jeunes obèses sont les moins qualifiés. L'obésité trouve donc un écho dans la géographie de la pauvreté.

**Les pathologies sont donc étroitement liées aux conditions de développement et de richesse, à l'échelle de la planète comme à l'échelle d'une ville.** Ce diagnostic étant établi, il s'agit désormais d'y faire face le plus efficacement possible. Or, même en France, le décalage entre les besoins et l'offre de soins est important. En Ile de France, les communes où la mortalité est la plus forte sont celles où les médecins sont les moins nombreux. Les professionnels de santé, qui ont tout loisir de s'installer où bon leur semble, choisissent un emplacement pour leur cabinet en fonction de leurs propres critères économiques : peut-être est-il plus rentable de soigner des personnes dont le revenu est élevé ?

## DEBAT

**Question 1** (M. POINARD, professeur des universités en retraite) : *Quelle est l'influence de la **mobilité** des populations sur la question de la santé ?*

**Gérard SALEM** : Il est difficile de prendre en compte la mobilité des populations dans les calculs des espérances de vie ou de taux de décès. On sait néanmoins que la mobilité, surtout en fin de vie, touche surtout les catégories sociales élevées et généralement du Nord vers le Sud. Il y a donc un risque de biais statistique mais faible.

**Question 2** (un doctorant en géographie) : *Dans le cas français, quel est le rôle des **temporalités** sur les inégalités régionales en matière de mortalité ?*

**G.S.** : On procède actuellement à des comparaisons de mortalité ; l'indicateur couramment utilisé est l'espérance de vie, calculée à différents âges. Cet indicateur est

sensible aux changements socio-économiques : les Rennais ont ainsi la même espérance de vie que les Toulousains, ce qui pourtant ne tombait pas sous le sens il y a un siècle encore. Globalement, on a pu observer **une réduction des écarts depuis les quarante dernières années, mais, les grandes oppositions demeurent**. D'autres se créent comme dans les grandes régions urbaines, traduction des inégalités sociales.

**Question 3** (un représentant d'ACT-UP Toulouse) : *Comment mesurer l'impact des décisions économiques et sociales sur le niveau de vie ou la qualité des soins ? Les choix politiques sont-ils les premiers facteurs influant sur la santé ?*

**G.S.** : Les problèmes de santé que nous connaissons en France sont plus souvent d'origine sociale et culturelle qu'environnementale s.s ou génétique. Un ouvrage récent publié par l'INSERM a montré qu'en France c'était un des où les inégalités sociales étaient les plus importantes. Aux facteurs de risques sociaux, notamment professionnels, s'ajoutent une inégalité d'accès aux soins. Les disparités socio-spatiales du territoire sont relayées par des inégalités du système de soins.

Le lien croissance-santé ne fonctionne pas toujours très bien. Le cas du Gabon peut servir d'exemple. Ce pays connaît un taux de croissance élevé, du fait de la production de pétrole, et enregistre l'un des plus forts PIB du continent africain. Or, on ne constate qu'une faible amélioration de la santé des Gabonais car les fruits de la croissance ne sont pas ou très mal redistribués. **La volonté politique est un des vecteurs principaux de l'amélioration de la santé des populations**. En Inde, l'alphabétisation des jeunes filles est une des raisons invoquées pour expliquer la diminution du taux de mortalité infantile. L'école, qui dépend en grande partie des décisions de ceux qui détiennent le pouvoir, est un des facteurs d'amélioration de la santé.

**Question 4** (Act-Up Toulouse) : *Le programme **Hôpital 2007**, qui vise à concentrer l'offre de soins, ne représente-t-il pas une menace pour la qualité des soins ?*

**G.S.** : **La concentration des soins sur un seul plateau technique peut permettre au contraire une amélioration de la qualité des soins** : les actes sont pratiqués plus souvent et des personnels hautement qualifiés sont présents, ce qui n'est pas le cas dans les petits hôpitaux locaux.. **Mais la question de l'accessibilité aux soins risque d'accentuer les inégalités socio-économiques**. La crainte est de voir s'installer une **médecine à deux vitesses**, si toutefois elle n'existe pas déjà.

**Act-Up Toulouse** : La **tarification à l'acte** qui suppose qu'on affecte des crédits aux établissements hospitaliers proportionnellement au volume d'actes qu'ils ont pratiqués, risque d'amener les directeurs d'établissements à rechercher la rentabilité. A terme, **deux pôles** bien distincts vont voir le jour : des cliniques, financées par les mutuelles privées, (où seront soignés ceux capables de s'offrir une couverture sociale convenable) et des hôpitaux, financés par la Sécu (où seront prises en charge les populations précaires et soignées par des actes médicaux peu rentables).

**Question 5** (un étudiant en géographie) : *Est-il envisageable et/ou souhaitable de vendre des actes médicaux à des **étrangers** qui viendraient se faire soigner en France ?*

**G.S.** : Les flux sanitaires européens sont complexes : des Anglais viennent se faire soigner en France, des Français partent en Belgique. Le tourisme sanitaire existe déjà : il est possible d'acheter des séjours en Thaïlande. La **mondialisation de l'offre de soins** est en marche ; elle est liée à la richesse de ces "touristes".

**Question 6** (étudiante en droit) : *Que peuvent apporter les **moyens de communication** pour augmenter la qualité des soins ?*

**G.S.** : L'intérêt de la télémédecine est réel, mais il ne constitue pas un remède miracle à tous les problèmes, notamment dans la relation médecin /malade, ni du point de vue de l'aménagement du territoire.

**Question 7** (M. POINARD, professeur des universités en retraite) : *Quelle est la **situation des laboratoires de recherche publique** en matière de géographie de la santé ?*

**G.S.** : Je suis démissionnaire, comme des centaines de directeurs de laboratoires. 17 personnes - chercheurs doctorants, étudiants- travaillent dans mon laboratoire et nous avons reçu un crédit de fonctionnement de reçu que 42000 € de crédits publics en 2003 !

**Question 8** (un ressortissant nigérian) : *Les pays du Sud peuvent-ils espérer tirer profit de la recherche effectuée par les pays du Nord ?*

**G.S.** : Les pays du Nord et du Sud sont interdépendants au plan sanitaire mais aussi social : aucune frontière n'est efficace contre des virus, encore moins contre la pauvreté. Les pays du Nord ne sont guère solidaires, quand bien même, au delà d'aspects moraux, c'est leur intérêt.

**Act-up Toulouse** : Les associations font pression sur les Etats et les laboratoires pharmaceutiques pour fournir des trithérapies aux malades des pays du Sud. Mais les intérêts économiques prévalent sur la santé et la survie des malades.

**Question 9** (un ressortissant africain) : *Il ne faudrait pas négliger la **dimension politique**. La distribution de ces médicaments s'effectue sur le court terme et n'est pas relayée par les politiques sanitaires des Etats, souvent inexistantes. Comment y remédier ?*

**G.S.** : Les politiques d'ajustement structurel imposées par la banque mondiale et le FMI, qui visent à désendetter les pays du Sud, imposent des **coupes franches dans les budgets scolaires et sanitaires - les deux leviers essentiels du développement**. La santé et l'école sont alors devenus des biens marchands. Au Burkina Faso, les instituteurs ne sont plus recrutés au niveau bac + 2 mais au niveau brevet des collèges, ce qui permet de les payer moins. Les gouvernements sont complices ou victimes de ces reculs en matière d'alphabétisation : ceci hypothèque lourdement l'avenir de ces Etats et les perspectives de développement.

**Gabriel WEISSBERG** (maître de conférences en Géographie à l'IUFM) : Revenons sur le **lien santé-développement**. C'est un vieux débat. L'exemple de l'Asie du Sud-Est montre que le développement amène une amélioration de la santé. Les populations peuvent modifier les conditions naturelles et lutter contre les virus. Mais l'enrichissement est inégal et des

habitudes ancestrales, parfois dangereuses pour la santé, se maintiennent.

Il ne faut pas non plus oublier les *risques engendrés par le développement* Le productivisme à outrance a été à l'origine de risques sanitaires : la maladie de la vache folle et sa variante humaine. Cela dit, les capacités de réaction des Etats, même si elles tardent à venir, existent. Au Vietnam, pour éradiquer le SRAS, les méthodes d'un Etat autoritaire se sont révélées efficaces.

**Question 10** (un professeur en retraite) : *Quel est le rôle dévolu aux Agences Régionales d'Hospitalisation ? Collaborent-elles avec les conseils régionaux ?*

**G.S.** : Les ARH, dont le directeur est nommé par le ministre de la santé, doivent réguler l'offre de soins au niveau de la région. *S'agit-il alors d'une décentralisation ou d'une régionalisation ? La question reste en suspens...* La mise en place des ARH a cependant permis de mieux prendre en compte les spécificités régionales alors qu'auparavant, les décisions émanaient de Paris. Mais le cadre régional est peut-être trop restreint pour envisager des questions qui dépassent largement cette échelle.

**Un représentant de l'association AIDES, sourd-muet (1)** : Les sourds souffrent de plusieurs handicaps, pas seulement auditifs. Ils rencontrent des difficultés pour accéder à l'information. C'est très net pour ce qui concerne le SIDA. *Lorsqu'une partie de la population n'accède pas à la prévention à cause de son handicap, les risques qu'elle encoure sont tels qu'on peut parler de régression sanitaire.* La santé ne se limite pas qu'à la maladie. Il faudrait mettre en place des grandes catégories de handicaps qui permettraient d'appréhender plus aisément les malades et les maladies. A l'instar des personnes en fauteuil qui ne peuvent pas accéder à de très nombreux bâtiments publics - parfois même des administrations de la santé, les sourds sont marginalisés et la prise de conscience tarde à venir.

**Jean-Marc PINET** (animateur des cafés géo à Toulouse) : Au Nord comme au Sud, la distinction s'impose entre *soin et santé*. La maladie n'est pas seulement l'affaire de la médecine, la santé dépend de multiples facteurs autres que les soins et la maladie est de ce fait est un terrible révélateur des inégalités socio-spatiales.

**Gérard SALEM** : Les représentations du malade ou de la maladie, la façon dont le malade se représente sa maladie, le rapport à son propre corps, jouent également, au même titre que la pauvreté ou l'instabilité politique. Les pays les moins inégalitaires en matière de santé sont ceux qui ont progressé le plus nettement sur les dernières années. *D'où l'intérêt d'une étude géographique des problèmes de santé qui les replacent dans leur dimension, leur répartition spatiales.*

(1) *Deux interprètes en langue des signes ont permis à un petit groupe de sourds-muets de participer, pour la première fois, au café géographique à Toulouse.*

Compte-rendu établi par **Florian NICOLAS** (agrégatif de Géographie)

**Ouvrages de Gérard SALEM :**

- *European Atlas of Mortality* (Eurostat, 2004)
- *Atlas de la santé en France* (John Libbey Eurotext, 2000)
- *La santé dans la ville* (Khartala, 1999)