

Café-Géo de Montpellier mardi 24 février 2009

« *Etre en bonne santé : un privilège de riche ?* »

Par Henri Picheral, professeur émérite, Université Montpellier III

A la question posée, il est possible de donner une réponse franche et nette avant tout débat : OUI, la santé est un privilège de riche ; la santé est fille de la richesse, du développement et du progrès. Et à l'inverse, mauvaise santé rime avec pauvreté...

Toutes les grandes institutions (ONU, OMS, FMI,...) partent de cette équation pour mettre en œuvre leurs actions. La banque Mondiale affirme même qu'une année supplémentaire d'espérance de vie augmente de 4% le PIB/hab... mais ne précise pas si l'inverse est vrai... Et qu'en est-il de la France ? Si l'équation santé/richeesse peut s'appliquer globalement à l'échelle mondiale, se vérifie t-elle de la même façon à l'échelle régionale dans l'hexagone ?

Très grossièrement, la France est coupée en deux par une ligne Brest-Aurillac-Mulhouse. Au nord, l'espérance de vie moyenne est de 75 ans (2 à 3 ans plus courte qu'au niveau national), et la fréquence des cancers, des maladies cardio-vasculaires, de l'alcoolisme, du diabète, de l'obésité, de l'hypertension est plus importante, drainant une conséquente mortalité prématurée (avant 65 ans) et évitable.

Au sud et à Paris (sauf dans la grande couronne), c'est tout simplement l'inverse, avec en particulier de très bons scores dans le Gers, l'Aveyron, le Poitou, le Maine, la Touraine. C'est bien dans ces espaces que la santé est la meilleure en France ; il en va de même pour la desserte médicale : ces départements sont les mieux équipés en lits hospitaliers, en matériels de haute technologie (IRM, scanners...), et mieux desservis par les médecins. Mais ces espaces sont aussi de gros consommateurs avec un ratio soins/habitant très élevé, et donc des coûts plus importants qu'ailleurs.

On peut imaginer la satisfaction du milieu médical qui tient là de quoi renforcer son prestige et une image « triomphante » de la médecine : on aurait donc une adéquation parfaite entre offre de soins abondante et bonne santé ? Il suffirait ainsi de développer les moyens pour obtenir de bons résultats en matière de santé...

Evidement, les choses ne sont pas aussi simples !

En effet, c'est aussi dans le sud que l'on trouve (et depuis fort longtemps) le plus de chômeurs, de Rmistes et/ou de bénéficiaires de la CMU...

Dans la même idée, le Gers, l'Aveyron, le Tarn, ne passent pas en France pour les départements les plus riches...

De plus, certaines populations bien desservies, bien équipées peuvent présenter des scores de santé décevants, médiocres, comme par exemple, l'Alsace, l'Hérault ou encore Paris.

Les effets de la richesse sur la santé ne semblent donc pas directs.

De ce constat découle plusieurs questions :

- Aurait-on une confirmation de la loi des rendements décroissants ? Le slogan « toujours plus » est difficile à manier en matière de santé publique.

- Y a-t-il un déterminisme géographique ? Les caractéristiques des lieux (déterminisme) s'effacent aujourd'hui avec la mobilité et le brassage des populations. Par exemple, de nos jours, seulement 1 habitant de l'Hérault sur 12 est né de parents héraultais. Ces populations qui se sont déplacées ont amené avec elles leur comportements, et l'on a une nette tendance à l'uniformisation des comportements (exemple de la fameuse opposition France de l'huile et France du beurre qui est de moins en moins vrai).
- De même, avec une médicalisation toujours plus forte de la société grâce à la généralisation de la sécurité sociale (avec notamment la CMU), tous les Français sont solvables, et peuvent donc être soignés partout. La tendance est donc à l'uniformisation des niveaux de santé en France.

A propos de l'inégale médicalisation de la France :

Le corps médical en France est très important et le nombre de médecins a été multiplié par 3,5 en 40 ans (de 65 000 à 200 000). Mais on retrouve toujours une opposition entre une France sur médicalisée et une France sous médicalisée (essentiellement opposition Nord/Sud). Le rapport est de 1 à 3 pour l'ensemble des médecins, de 1 à 2 pour les généralistes, de 1 à 7 pour les spécialistes. Deux tiers des spécialistes sont présents dans la France du sud, ce qui donne 1 spécialiste pour 500 habitants (1 pour 200 à Paris, 1 pour 400 dans les Alpes Maritimes, l'Hérault). A l'inverse, dans le Nord Pas de Calais on a 1 spécialiste pour 1800 habitants...

Cette situation n'est pas nouvelle et existait déjà au début du XXème siècle, et l'on peut souligner cette permanence dans la géographie française.

Pourquoi ces inégalité spatiales ?

Avec le libre choix du lieu d'exercice (charte médicale du 30 novembre 1927), des comportements professionnels particuliers sont apparus :

- le rôle des facultés de médecine (les spécialistes s'installaient de préférence « au pied » de leur lieu de formation).
- des choix socio économiques et culturels (choix restreint entre « la robe et le caducée » pour beaucoup de fils de bonnes familles dans des villes où une carrière dans l'industrie n'était pas possible).
- la valeur de l'espace, avec des choix sélectifs voire exclusifs : héliotopisme (3 spécialistes sur 5 sont installés entre le Pays Basque et Nice...), refus de espaces défavorisés, ouvriers, ruraux...

Ce qui est vrai des médecins l'est aussi des autres professions de santé : dentistes, pharmaciens, infirmiers... comme pour les lits d'hôpitaux, publics et privés. Les ressources médicales ne sont donc pas là où est la demande et ne répondent donc pas aux besoins, comme le souligne l'exemple des gynécologues, dont la répartition spatiale est opposée à celle de la fécondité...

Les géographes le constatent : il y a bien une injustice spatiale (et ainsi sociale), et donc un souci d'équité...

La solution, l'outil, pour corriger ces inégalités, est bien l'aménagement sanitaire du territoire. Il aura fallu 50 ans pour intégrer la dimension sanitaire dans l'aménagement du territoire (1995 LOADT, 1999 LOADDT).

Alors qu'autrefois l'optique était pyramidale (on décidait en haut de ce qui était nécessaire en bas), on applique désormais une politique de santé pilotée de la base. Le système de soins, trop longtemps fondé sur l'offre de soins, la centralisation (hospitalo centrisme), et donc une conception médicale, tend désormais à se fonder sur les besoins, sur le terrain, sur la base : les populations.

La création de systèmes déconcentrés, les ARH (bientôt ARS) va dans ce sens et permettent de piloter la santé des régions avec l'officialisation réglementaire des territoires de santé (bassins de santé) et une carte sanitaire qui évolue au cœur des SROS (où il faut concilier accessibilité, proximité, qualité et sécurité des soins).

L'efficacité de ce nouveau système de planification sanitaire est donc fonction de l'échelle adoptée, variable selon les objectifs...une véritable approche géographique.

Mais cette recomposition du paysage sanitaire français, qui a vu s'opérer beaucoup de progrès en 20 ans, ne va pas sans une certaine réticence de certains pouvoirs locaux, et les enjeux de santé publique ne vont pas toujours de pair avec les enjeux économiques.

QUESTIONS

Question : Quelles sont les perspectives concernant l'accès aux soins ? Quelles solutions peut-on apporter pour palier les inégalités ?

Picheral : Réduire les inégalités, c'est un thème louable et porteur. Comment réduire les inégalités ? Il faut prendre en considération les besoins des populations (le pionnier en la matière est le Canada avec la notion de santé communautaire). Mais proximité ne rime pas avec économie... Par exemple, une IRM est très coûteuse, on ne peut pas en installer partout. C'est pourquoi, ce genre d'équipements est regroupé dans les gros centres d'offre de soins. Il faut aussi parler de la concurrence public/privé qui existe depuis les années 30 et qui n'est pas constructive. Les deux doivent être complémentaires.

Q : Il y a en France un malaise avec les nombreux médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires, ce qui implique des inégalités et une médecine à deux vitesses. Mais aussi, un constat à faire : les cliniques privées sont pleines, alors que l'on ferme certaines chambres dans les hôpitaux publics.

P : Les progrès sont très réels au regard de l'histoire et il ne faut pas tomber dans le misérabilisme. Il y a un hiatus entre justice territoriale et sociale. On constate une forte centralisation et on peut se demander si les futurs présidents des ARS ne seront pas des sortes de préfets de santé. Effectivement tout comme les recteurs, ils sont nommés par le pouvoir exécutif, et ils doivent composer avec les Conférences Régionales de Santé, alors que des pans entiers de zones urbaines sont délaissés... et en étant conscient que la charte de 1927 ne sera à priori jamais abrogée.

Q : Et à propos justement du nombre de médecins ?

P : Les japonais ont des résultats de santé supérieurs de 60% aux nôtres avec 30% de moyens en moins... En Finlande les résultats sont spectaculaires, et ce pays devient depuis peu un modèle avec des moyens moindres, alors que la France consacre 11% de son PNB aux dépenses de santé.

Mais en France, la question est : pourquoi les régions défavorisées ne peuvent-elles pas améliorer leur système de santé en s'alignant sur celles qui ont les meilleurs performances ? Pourquoi vouloir niveler par la moyenne, moyenne ? Il faut raisonner par région. Et le niveau d'éducation est primordial dans les comportements de santé. Les bretons sont de moins en moins touchés par l'alcoolisme grâce à des efforts d'éducation.

Q : On justifie par les arguments culturalistes les comportements de santé. C'est un discours qui revient en force. N'est ce pas rejeter la responsabilité sur les personnes autres que politiques ?

P : Ici dominant les thèses du démographe Hervé Le Bras qui ont inspiré « la fracture sociale ».

Q : Ces discours font passer au second plan les politiques « antisociales ».

P : On a échappé au déterminisme génétique (cf. tarés de la fin du XIX^{ème} siècle). Axel Kahn n'a jamais contredit la géographie des gènes. Mais c'est une pente dangereuse.

Au Québec, des historiens (Bouchard) ont travaillé sur la recomposition généalogique québécoise. En effectuant un retour en Europe dans les foyers de départ de certaines populations québécoises, on a pu retrouver les maladies génétiques rares dans les deux populations. Or, à Chicoutimi, les quartiers pauvres sont les plus touchés par ces maladies génétiques... Il ne faut pas oublier le déterminisme social : il y a dans ces quartiers pauvres une endogamie marquée et un déficit dans les politiques d'éducation.

Q : Dans les facteurs explicatifs de ces disparités régionales de santé, qu'en est-il des pratiques alimentaires ?

P : Il n'y a aucun doute quant au rôle des régimes alimentaires. Les populations emmènent avec elles, lorsqu'elles se déplacent, leurs habitudes alimentaires (cas des alsaciens qui restent amateurs de choucroute même en habitant dans le sud...). Ce que l'on mange ici ou là avait une importance il y a 20 ans, aujourd'hui j'en doute.

Mais les messages diététiques changent dans le temps : qu'est ce qui est bon, qu'est ce qui est mauvais ? A une époque, le pain était réputé mauvais pour la santé, tout comme le beurre ou le vin. Et puis les modes changent et certains aliments ne sont plus montrés du doigt de nos jours, voire même recommandés...

Q : Et le rôle de l'école dans l'éducation alimentaire ? N'y a-t-il pas contradiction avec le régime des cantines ?

P : C'est de nouveau le problème des limites, lié aux coûts et à l'économie (le Ministère de Santé n'est pas le Ministère de l'Economie...). On retrouve le même problème en ce qui concerne la lutte contre l'alcoolisme ou contre le tabac.

Q : Au final, vaut-il mieux être pauvre dans l'Hérault que dans le Nord Pas de Calais ?

P : En théorie, il n'y a pas de médecine à deux vitesses. Tout le monde a le même droit à être soigné. Mais on pourrait faire une géographie des dépassements d'honoraires... La sécurité sociale sait qui dépasse les honoraires, où et quand.

Le problème est plus dans l'accès aux soins, qui est parfois difficile, en particulier pour les populations défavorisées. L'exemple de La Paillade à Montpellier est flagrant : pendant 17 ans, deux médecins généralistes seulement y étaient installés... Pour ces populations, le problème est aussi lié au fait qu'elles se soignent souvent trop tard, et coûtent donc plus cher.

Q : Faut-il s'attendre à une extension des déserts médicaux ?

P : C'est probable. Bien qu'offrant de nombreux avantages financiers, beaucoup de maisons médicales en milieu rural restent vides. Ici, il faut signaler le rôle des épouses de médecins, qui souvent veulent rester à proximité du confort de grandes villes.

Le Québec a déjà testé sans grand succès une politique favorisant les médecins exerçant en milieu reculé. En France on peut être pessimiste quant à l'avenir des médecins en zone rurale.

On parle maintenant d'une possible vague d'immigration médicale venant par exemple de Roumanie pour combler les vides. Mais au Royaume Uni, on s'est aperçu que les britanniques de souche n'allaient pas voir les médecins « étrangers ». De même aux Etats Unis, à Détroit, les populations noires ne vont pas chez les médecins blancs. Chacun restant dans une consommation intra-ethnique.

Compte-rendu : Eric EGRETAUD, Caroline CALANDRAS