

Gérard Salem, David Khayat et Christian Pierret, Marc Lohez

26 septembre 2000

La dérive sanitaire des continents

salle comble au 1er étage du Flore mardi dernier : on se bousculait pour venir entendre parler de mort et de maladies plus ou moins épouvantables : c'est grave docteur ? Cette curiosité morbide s'explique sans recours à une psychiatrie experte : un café animé par un secrétaire d'Etat (Christian Pierret, prenant des notes sur la table), un oncologue réputé (David Khayat, assis au centre) et par le géographe de la santé (Gérard Salem, debout), tous trois au mieux de leur forme, cela ne se refuse pas ; même si quelques anophèles, prostatites et tumeurs se sont promenées par-ci, par là, on a surtout montré ce que la géographie pouvait apporter à cette étude. Les démonstrations de Gérard Salem ont été particulièrement convaincantes : la géographie rétablit dans le bon sens les liens entre situation sanitaire et développement, permet d'associer les problèmes de santé à l'aménagement du territoire, donne des clés d'explication pour la décision politique. A ce titre, le gouvernant-et-élu-local, le médecin et le géographe ont été parfaitement complémentaires, voilà sans doute ce qui fit la qualité de ce café.

avec Gérard Salem, université de Paris X-Nanterre.

(avec la présence de David Khayat, oncologue Christian Pierret, Secrétaire d'Etat à l'industrie)

sommaire :

- La géographie de la santé contre les idées reçues :
 - morbides tropiques
 - inégalités devant la mort et la maladie en France
 - Une géographie du Cancer ?
- Le coût des médicaments
- Géographie de la santé et aménagement du territoire (le maintien des services dans les zones sous peuplées)
- Nouvelles maladies ou nouvelles connaissances ?

Le SIDA en Afrique : une bombe à retardement.

Christian Pierret, qui ouvre la soirée, rappelle en effet que le thème de ce café, la géographie de la santé, constitue l'avant-première d'un 11ème Festival de Saint-Dié consacré au même sujet. La petite ville vosgienne, où pour la première fois le continent américain fut nommé (1507), accueille chaque année 30 à 40000 personnes à l'occasion de ce festival international de géographie ; voilà de quoi la faire connaître autrement que par ses difficultés industrielles.

Le thème du festival 2000, poursuit G. Salem, est étonnant : ce géographe de la santé est souvent sollicité par des grands-mères qui lui montrent ses jambes dans l'espoir de quelque avis médical salvateur. ("que des grands-mères, demande malicieusement C. Pierret ?") Notre Géographe-thaumaturge rappelle que la santé se définit par des normes rigides (selon lesquelles, par exemple, le quintal dépassé de David Douillet ferait de lui un malade). La géographie, elle, combine les facteurs pour établir son diagnostic. Dans ses méthodes, il s'agit d'une géographie classique, mais sur des phénomènes forts et sensibles (maladie, inégalités) : elle donne un éclairage cru sur l'état des sociétés. Elle remet également en cause certaines idées reçues : la maladie a un aspect inéluctable, les milieux intertropicaux humides sont plus morbides etc.... Sur cette dernière assertion, la géographie permet une mise au point.

Ainsi l'Onchocercose, qui rend aveugle, a-t-elle longtemps été considérée comme un facteur de sous-développement pour les zones du Burkina-Fasso qui étaient touchées. Les géographes commencèrent à cartographier et établirent que la fréquence de la maladie étaient inversement proportionnelle... à la densité de population : plus il y avait de monde, plus la probabilité pour un individu d'être piqué plusieurs fois de suite ainsi et de risquer cette infection était donc faible ; d'autre part, les travaux collectifs chassaient l'insecte vecteur de la maladie (simuli ?- orthographe incertaine). Les géographes ont donc retourné la démonstration : c'est le sous-développement qui favorise l'onchocercose et non l'inverse. Et voilà pourquoi votre fille est aveugle.

De même, le milieu urbain est-il jugé peu favorable au paludisme ; le géographe montre que la dynamique spatiale change les données de la maladie : si la croissance urbaine protège de plus en plus le centre contre les ravages de l'anophèle, elle accroît les risques en périphérie, sans oublier que les enfants peu exposés du centre risquent d'être frappés plus gravement quand ils vont dans la campagne.

Gérard Salem quitte ensuite les tropiques sous-développés pour notre pays. En France, un droit à la santé et l'égalité devant la santé sont garantis par la loi. Il existe pourtant un écart de 11 ans d'espérance de vie entre le département le plus favorisé et celui où l'on fait le moins de vieux os, selon un gradient NE/SO. Ces inégalités ne font que s'accroître, non par dégradation de la situation de certains (sauf jeunes en PACA et IDF), mais par progression des autres. Les facteurs sont évidemment sociaux, mais ils dépendent aussi du système de soins :

- On a calculé la mortalité évitable liée au système de soin (décès avant 65 ans qui n'aurait pas eu lieu avec un accès à un système de santé correct) : l'écart varie de 1 à 4,5. De même, la mortalité périnatale est-elle particulièrement forte en Auvergne ; plus généralement, la carte de la surmortalité semble s'aligner sur la "diagonale du vide". Se pose alors le problème de savoir s'il faut privilégier la qualité des soins dans les investissements de santé, où le maintien du service de proximité à tous prix. Ce débat entre qualité et proximité a évidemment rebondi plus tard.

- Les géographes essaient de voir les combinaisons de facteurs de risques sur une même zone ; ils ajoutent à la notion de profil sanitaire d'une population, le profil sanitaire d'une région. Voilà de quoi réconcilier avec la géographie ; l'utilisation de ses savoirs-faire pour la santé est en effet valorisante et, ajoute G. Salem en direction des étudiants venus ce soir-là, les débouchés sont nombreux dans ce secteur...

G. Fumey demande ensuite à David Khayat s'il existe une géographie du cancer.

Le cancerologue commence par rappeler l'importance de la maladie, en passe de devenir la première cause de mortalité dans le monde ; depuis le début de la soirée, ajoute-t-il, 20 cas supplémentaires sont apparus ; toutes les heures, une femme meurt du cancer du sein.

les différents facteurs de la maladie suggèrent des différences géographiques :

*le facteur génétique pour le mélanome qui dépend de la couleur de la peau,

*l'infection qui provoque les cancers de l'estomac, de l'utérus et du foie : c'est le premier facteur dans les pays en voie de développement ; des campagnes de vaccinations permettraient d'y faire reculer le fléau.

*les habitudes alimentaires qui expliquent le gradient nord/sud dans la fréquence des cancers du sein en Europe : le nord a cinq fois plus de cas que le sud, dont l'alimentation (cf. régime crétois), plus riche en graisses végétales, en fruits et légumes frais semble protéger les femmes méditerranéennes..

*l'ensoleillement qui provoque le mélanome malin : des études sur les britanniques ayant migré en Australie et les juifs d'Europe centrale en Israël, on montré que l'exposition avant l'âge de quinze ans était déterminante.

Mais lorsqu'il s'agit de mourir ou pas d'un cancer, le facteur important devient alors l'accès au soins, ce qui provoque de terribles inégalités.

G. Fumey interroge ensuite Christian Pierret : a-t-il été confronté, en tant que gouvernant, aux problèmes de l'industrie pharmaceutique ?

- C. Pierret montre qu'il a du faire face aux conséquences sociales et économiques des politiques visant à peser sur le prix du médicament : 30 laboratoires en France sont à la limite de la rentabilité, ils risquent de disparaître avec les mesures d'économie de la sécurité sociale ; cela peut provoquer du chômage localement. David Khayat rappelle l'importance des médicaments et de la recherche pharmaceutique dans la lutte contre le Cancer : la mortalité diminue de façon considérable grâce à la découverte de nouveaux médicaments. Mais ceux-ci sont difficiles, et donc coûteux, à élaborer : sur 1000 molécules découvertes, on aboutit à moins d'un médicament utilisé pour l'homme. Mettre au point la posologie revient à 500 millions de \$.

Un intervenant est indigné par ce qu'il considère comme un hymne au médicament et veut évoquer l'importance de l'alimentation. Mais David Khayat montre alors que tout est joué dans l'enfance pour les cancers : environnement familial et facteurs génétiques sont déterminants ; la génomique permettra d'ailleurs de mesurer le risque individuel : ainsi n'y a-t-il rien de proprement cancérigène dans le tabac ; tout est lié à des enzymes dans les poumons, qui interagissent avec le tabac, mais qui ne dépendent que de la présence du gène de l'enzyme chez l'individu. Demain, on pourra savoir si on le porte. Les enzymes des poumons satisfont assez peu notre intervenant qui continue à protester.

Ce moment de hooliganisme de comptoir passé, François Jarraud évoque les nouvelles menaces sanitaires constituées par l'apparition de nouvelles maladies. "il n'y a pas de nouveau virus", lui répond un médecin, "mais de nouvelles connaissances" ; ce qui est nouveau c'est l'identification de ces virus. En revanche, de nouvelles géographies des maladies

apparaissent : G. Salem évoque le cas de la Réunion, où le paludisme avait été éradiqué. Mais il y a chaque année un million d'arrivées en avion, dont une bonne partie en provenance des Comores, ce qui provoque une peur de réintroduction de la maladie.

Inégalités dans les accès aux soins

Le débat change ensuite de direction, pour évoquer le lien entre faibles densité de population et accès aux soins, évoqué par G. Salem, qui avait montré le choix entre le maintien des équipement de proximité et leur fermeture au profit de centres plus fréquenté, au nom d'une efficacité médicale. Un intervenant demande en effet s'il est pertinent de faire des investissements qui relèvent de l'aménagement du territoire sur des critères uniquement médicaux. La question de la fermeture des maternités peu fréquentées des régions de montagnes est alors dans tous les esprits. Un médecin fait remarquer la coïncidence entre la bonne santé et les fortes densités (Pays-Bas) ; C. Pierret rétorque alors que cela dépend beaucoup du niveau de vie (cf. Arabie Saoudite).

Le débat revient ensuite à la question : faut-il ou non maintenir les petits centres en zones peu peuplées ? Jean-Robert Pitte évoque la solution de l'hélicoptère : fermer les centres trop coûteux à maintenir, mais mettre en place un service d'hélicoptère capable de déservir rapidement des zones peu peuplées comme cela se fait dans le sud de la Nouvelle Zélande (4 hab./km²) ; on y est très bien soigné. Mais alors selon quels critères va-ton décider de fermer le centre ? Christian Pierret qui est également président du conseil d'administration d'un hôpital, montre que la règle qui existe en France ne tient aucun compte des réalités géographiques. Les urgences des centres hospitaliers peuvent recevoir des patients situés dans un rayon de 60 km, on peut donc supprimer les autres. Mais 60 km dans les Vosges et en particulier l'hiver, cela ne représente pas du tout le même temps de transport qu'en plaine.....

A son tour, G. Salem montre les limites de l'approche technocratique : en dessous de 300 accouchements par an, une maternité doit être fermée en France alors que dans les pays nordiques on les garde pour les accouchements sans problèmes quitte à orienter les grossesses à risque vers d'autres centres...

A une échelle plus globale, G. Salem craint que dans le cadre de l'Europe, la gestion des systèmes de santé se fasse à l'échelle régionale, compromettant ainsi un élément de solidarité nationale ; un intervenant rappelle plus tard les risques qui pèsent déjà en Belgique d'une inégalité Nord/sud des remboursements, celle-ci étant déjà une réalité entre les pays européens. D'autres inégalités sont également évoquées, sociales et culturelles : selon le carnet d'adresse, la pudeur, etc....

On pouvait difficilement achever ce débat sans aborder le SIDA. G. Fumey demande à Gérard Salem de parler de la poudrière Africaine.

G. Salem met d'abord en garde contre les statistiques et les idées reçues : les fourchettes vont de 15 à 30% de la population infectée et ce mal perçu comme avant tout urbain frappe aussi 20% de la population dans les zones rurales. Pour G. Salem on peut difficilement imaginer l'ampleur des conséquences économiques et sociales à venir : quelle déflagration peut-on attendre en Ouganda, où 35% de la population est infectée ? Les organismes internationaux semblent peu empressés d'enrayer ce fléau...

David Khayat montre alors le terrible calcul que les autorités médicales et sanitaires pourraient faire : augmenter l'espérance de vie des malades par les efficaces traitement tri-thérapeutiques, n'est-ce pas courir le risque qu'ils infectent bien plus de monde s'il n'ont pas pris conscience de la nécessité de la protection, surtout dans les pays où une part importante de la population jeune est touchée. En France, l'épidémie semble enrayée et le coût du traitement reste relativement faible.

Mais cette bombe à retardement du SIDA, aura des conséquences plus graves, plus durables encore que l'épidémie : de nombreux programmes de développement (infrastructure, etc...) sont arrêtés dans certaines zones où le sida risque d'y décimer la population.....

© Les Cafés Géographiques - cafe-geo.net