

Zoé Vaillant, Gérard Salem, *Atlas mondial de la santé : Quelles inégalités ? Quelle mondialisation ?*, Paris, Autrement, 2008.

Les auteurs prennent le parti de considérer la santé comme un « observatoire du monde ». La santé est considérée comme le reflet des grandes mutations des sociétés. La répartition spatiale des faits de santé est porteuse de sens : elle reflète crûment les disparités de niveaux de développement. L'ouvrage recense les grandes lignes de fracture sanitaire dans le monde. Il analyse les formes d'homogénéisation sanitaire dans le monde et les conséquences de la mondialisation à partir de l'exemple du tourisme médical. Il revient également sur quelques inégalités en matière de santé en France.

I) L'ouvrage recense les grandes lignes de fracture sanitaire dans le monde à partir de 5 grands déterminants fondamentaux de la santé :

-La disponibilité alimentaire : Près de **30 % de l'humanité souffre actuellement de la faim ou de malnutrition**. Le nombre de personnes touchées par les pénuries alimentaires dans le monde augmente (notamment à cause de la croissance démographique mondiale). Dans les pays développés, on dispose en moyenne de plus de 3 400 calories par jour et par personne, soit 50 % de plus que les besoins.

-L'analphabétisme et la scolarisation : « Quels que soient le pays et la culture, c'est par les mères et par l'école que sont transmises les règles d'hygiène de base qui constituent un des piliers de l'amélioration de la santé publique. Les pays où la mortalité infantile est la plus élevée sont aussi ceux où les femmes sont le moins alphabétisées ». **L'alphabétisation des femmes et la scolarisation des enfants, en particulier des filles, est une condition sine qua non au développement en général.** Aujourd'hui, **environ un adulte sur 5 dans le monde ne possède pas les compétences élémentaires nécessaires à la lecture, dont deux tiers de femmes**. La scolarisation dans le primaire a néanmoins fortement progressé dans les PED entre 1999 et 2005. On constate de façon générale une amélioration de l'accès à l'éducation. Les filles restent plus souvent que les garçons exclues du système éducatif¹.

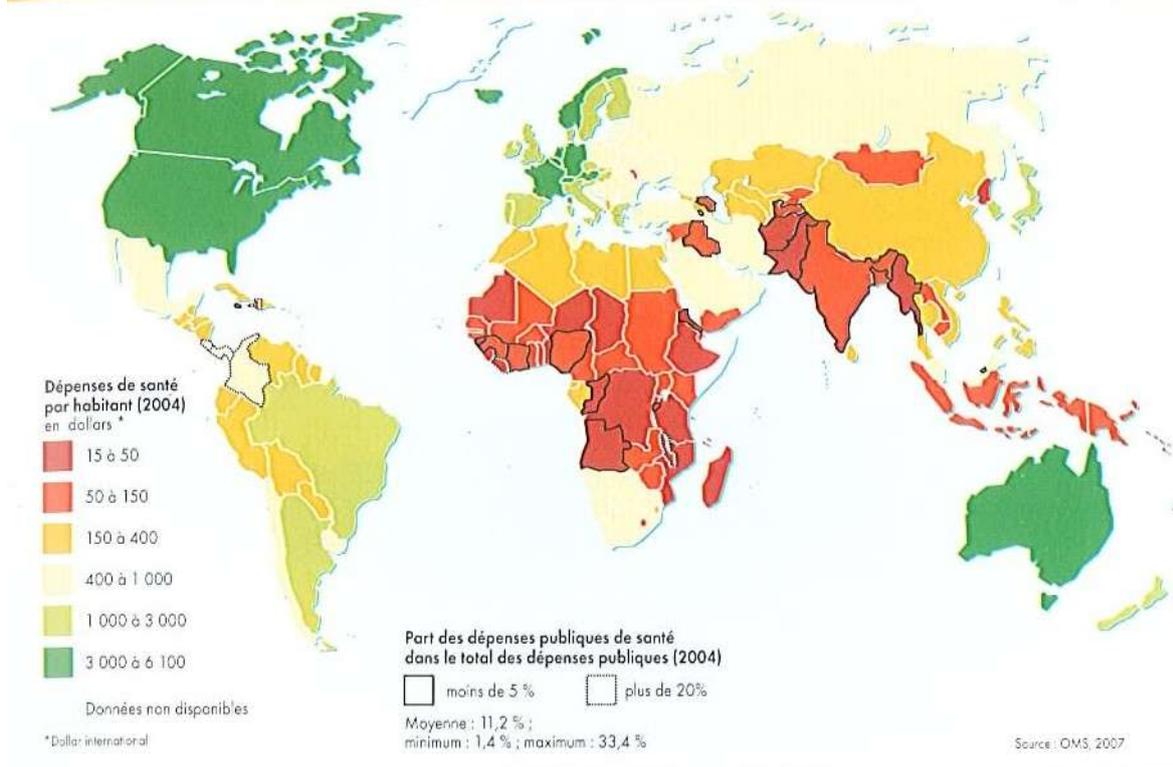
-L'hygiène, l'accès à l'eau et aux réseaux d'assainissement : En 2005, plus d'un milliard d'individus dans le monde n'avaient pas d'accès à l'eau potable et environ 2,6 milliards étaient privés d'accès à un assainissement amélioré. Parmi les pays d'Europe, la Roumanie est particulièrement en retard : en 2004, seulement 57 % de la population (rurale et urbaine confondue) accédaient à une source d'eau de qualité.

-Les dépenses de santé : Les disparités géographiques dans ce domaine restent très fortes. Les pays à haut et moyen revenu consacrent en moyenne 8 % du revenu national à la santé. Mais la performance d'un système de santé dépend d'autres critères que la seule dépense : aux Etats-Unis par exemple, le système de santé absorbe une part du PIB plus importante que partout ailleurs, mais sa performance ne les place qu'au 37^{ème} rang mondial². **Les 30 pays de l'OCDE dépensent à eux seuls 90 % des ressources financières mondiales investies dans la santé (4,1 trillions en 2004) alors qu'ils ne supportent que 10 % de la morbidité mondiale et ne représentent que 20 % de la population mondiale.**

¹ Notamment en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud-Est et dans les pays arabes. La parité de scolarisation entre garçons et filles n'existe aujourd'hui que dans un tiers des pays du monde.

² Classement OMS. « Ceci est en partie liée au fait que les dépenses de santé privées des ménages s'élèvent à 56 % des dépenses de santé globales du pays, contre en moyenne 25 % dans les pays riches. Ce qui pointe une répartition du financement de la santé moins équitable que dans les autres pays riches ».

LES DISPARITÉS DE DÉPENSES DE SANTÉ



-L'offre de soins : En 2006, l'OMS évaluait le déficit total d'agents de santé par rapport aux besoins à environ 4,3 millions de médecins, infirmières, sages-femmes ... Le manque d'agents de santé qualifiés est mondial, mais il touche plus fortement les PED. Des salaires bas, des conditions d'exercice difficiles poussent de plus en plus les médecins des PED (surtout en Afrique³) à émigrer vers les pays riches. Ce phénomène s'intensifie car la demande dans l'OCDE augmente avec le vieillissement de la population et le départ à la retraite de nombreux professionnels de santé.

II) Les formes d'homogénéisation sanitaire dans le monde.

-L'espérance de vie à la naissance progresse dans le monde, mais à des rythmes différents d'un pays à l'autre⁴. La durée de vie moyenne dans le monde est passée de 46 ans en 1950 à 67 ans en 2005. Un Européen a une espérance de vie moyenne de 75 ans, contre 53 ans pour un Africain. Il existe néanmoins des situations de recul, en Russie et en Ukraine par exemple (les hommes russes ont une espérance de vie de 59 ans en 2005 contre 64 ans en 1960)⁵.

-La part des 65 ans et plus s'accroît partout dans le monde. En Asie, la part des 65 ans et plus entre 2000 et 2025 va doubler (elle va passer de 6 % de la population totale à 12 %). Ces changements de structure démographique posent d'importants défis aux sociétés (prise en charge de la dépendance, adaptation des modes de vie ...).

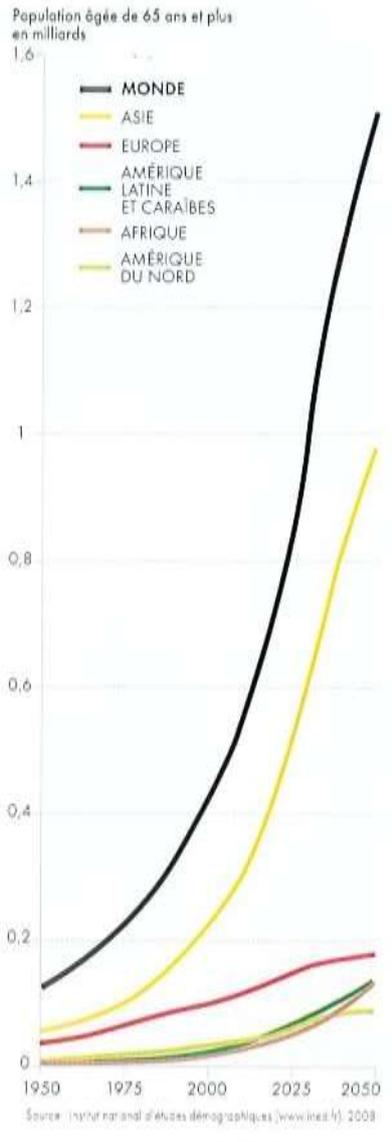
-Les taux de mortalité infantile (moins de 5 ans) dans le monde diminuent, à des rythmes différents. Dans les PED, les changements les plus importants sont observés parmi les 40 % des foyers les plus riches des zones urbaines et dont la mère a été scolarisée.

³ En 2006, au Zimbabwe, 77 % des étudiants en fin d'études de médecine pensaient émigrer.

⁴ Par exemple, l'espérance de vie moyenne en Chine est passée de 68 ans en 1990 à 73 ans en 2006.

⁵ C'est le cas aussi de certains pays très touchés par le sida ou secoués par des conflits : en Afrique du Sud, l'espérance de vie est passée de 63 ans en 1990 à 51 ans en 2006.

LE VIEILLISSEMENT CONTRASTÉ



-Les maladies comme l'obésité, le cancer, etc., sont devenues universelles. Elles affectent désormais pays riches et pays pauvres (alors même que ceux-ci souffrent encore des pathologies transmissibles classiques comme le paludisme, la tuberculose ...).

D'ici 2010, environ 2,3 milliards d'adultes seront en surpoids et plus de 700 millions obèses. L'obésité est liée à l'urbanisation qui s'accompagne d'une transformation des modes de vie. **Le coût social du surpoids** (années potentielles de vie perdues, années non travaillées, coût des soins ...) est considérable⁶. Si l'obésité affecte particulièrement les pays du Nord (notamment les couches les plus pauvres), les pays du Sud, surtout en zone urbaine, voient les prévalences (le nombre de cas) croître dans des proportions inquiétantes. Les Etats-Unis sont un pays emblématique des problèmes d'obésité : 33 % de la population féminine et 30 % de la population masculine sont touchés. Dès 2000, l'obésité était au second rang des causes de décès, juste après le tabac. Aujourd'hui, les classes moyennes américaines sont aussi affectées. L'Europe compte 3 millions d'obèses. Les pauvres y sont

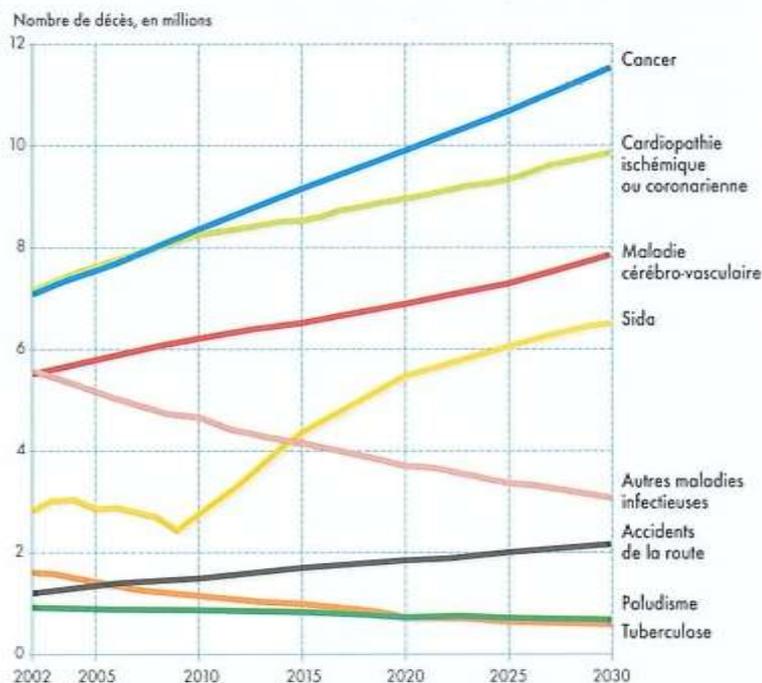
⁶ Toutes les études soulignent en effet le lien entre surpoids, maladies et décès prématurés. La précocité de l'obésité aggrave encore les risques.

deux à trois fois plus touchés que les classes aisées⁷. Si la courbe ascendante de l'obésité n'est pas infléchi, **en 2020, 20 % de la population française seraient obèses.**

-Les maladies cardio-vasculaires (MCV) représentent 30 % des décès dans le monde. D'abord considérées comme des maladies de pays riches, elles se développent au Sud. Les PED sont frappés par la brutalité des changements de mode de vie liés à l'urbanisation : ils s'opèrent en moins de 50 ans contre plus de deux siècles pour les pays développés. 82 % de la future augmentation de la mortalité par MCV sera supportée par les PED. En Europe, les disparités restent fortes : les taux de mortalité varient dans un rapport de 1 à 10. Les pays de l'Est présentent les taux les plus élevés. **Les disparités observées entre l'Allemagne de l'Est et de l'Ouest, plus de 20 ans après la réunification, reflètent la profondeur des différences de comportements sociaux, de modes de vie hérités de l'histoire et qui continuent à structurer les territoires.**

-L'augmentation du nombre de cancers dans le monde est liée au vieillissement général. La mortalité par cancer apparaît moindre dans les PED, mais davantage sous l'effet de la concurrence d'autres causes de décès que sous l'effet d'une moindre exposition au risque.

ÉVOLUTION DES PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ



Source : OMS, World Health Statistics 2007.

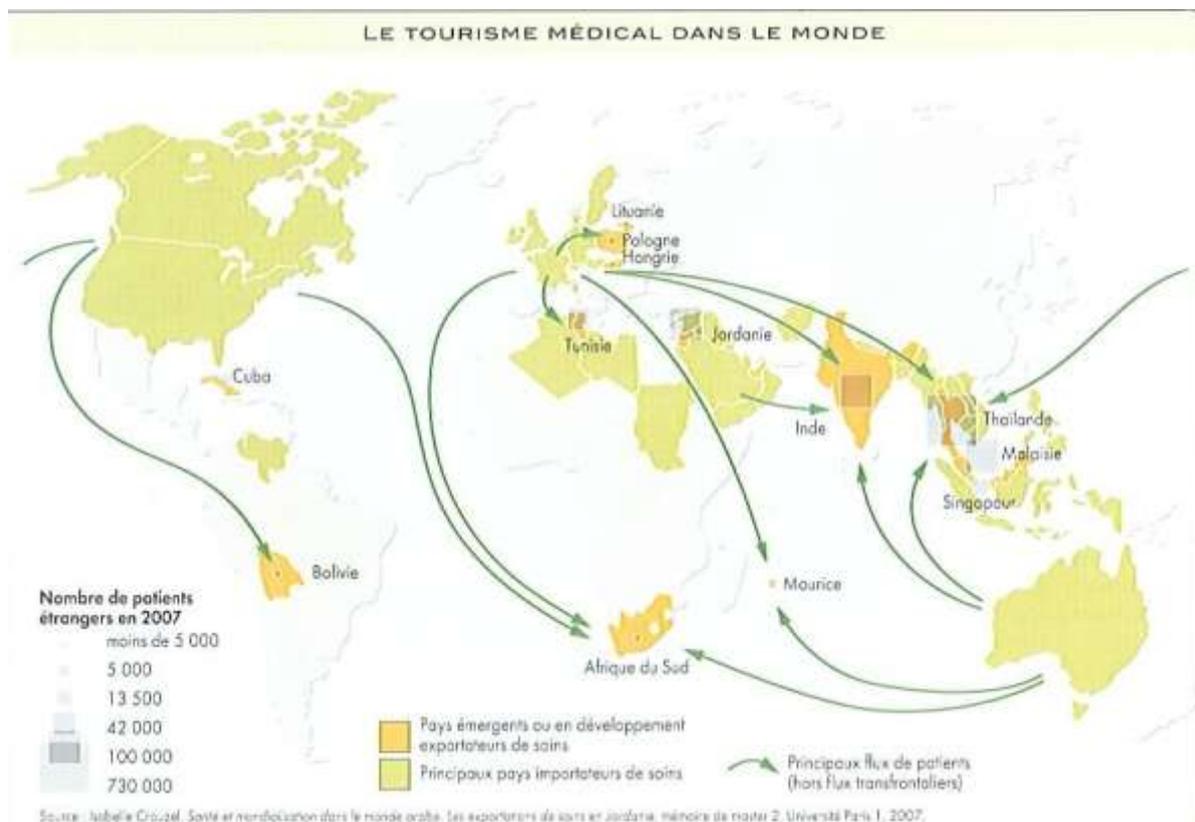
III) La mondialisation signifie-t-elle un accroissement de l'insécurité sanitaire ?

Depuis la fin des années 1990, **le tourisme médical se développe à l'échelle mondiale.** Il ne s'agit plus seulement pour les patients des pays riches d'interventions moins chères en chirurgie esthétique ou de confort, mais bien de soins médicaux en cardiologie, ophtalmologie, oncologie ... Ce type de recours est déjà répandu en Amérique du Nord, au Royaume-Uni, en Australie ou dans les pays du Golfe. L'assurance maladie en France rembourse depuis 2005 certains soins prodigués pour moins cher dans d'autres pays de l'UE⁸. La Thaïlande, suivie de près par l'Inde, est le leader par le

⁷ En France, la croissance de l'obésité affecte les jeunes de condition modeste, avec un faible niveau scolaire.

⁸ Notamment les soins dentaires en Europe de l'Est.

nombre annuel de patients⁹ et par son expérience. L'émergence d'hôpitaux privés dans les PED contribue à enrayer les flux de professionnels de santé qui partent pour les pays riches. Mais **les classes moyennes ou pauvres des PED ne bénéficient pas de ce retour de compétences.**



IV) Les inégalités régionales de santé en France :

On constate **d'importantes disparités en matière d'espérance de vie** : il existe une opposition entre une surmortalité dans le croissant nord de la France et une sous-mortalité dans le Centre-Ouest et le Sud-Ouest. La Bretagne, le Nord, le Centre, les Bouches-du-Rhône et le sud du Massif central présentent les plus faibles espérances de vie (moins de 79 ans).

A mesure que l'on s'éloigne de la préfecture du département, la mortalité tend en général à augmenter. Ce creusement des écarts entre zones urbaines et zones rurales, centres et périphéries s'observe partout en France.

L'Île-de-France affiche la meilleure espérance de vie à la naissance (78,5 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes¹⁰), avec des inégalités intra-régionales considérables et croissantes¹¹, au point qu'elle présente les mêmes inégalités que celles observées entre le nord et le sud de la France.

⁹ Il augmente de 20 % par an. En 2006, plus de 1,5 millions de patients étrangers ont été accueillis en Thaïlande. La compagnie Bumrungrad International (Thaï), cotée en bourse, disposera bientôt de quinze centres hospitaliers en Asie et dans les Emirats arabes unis.

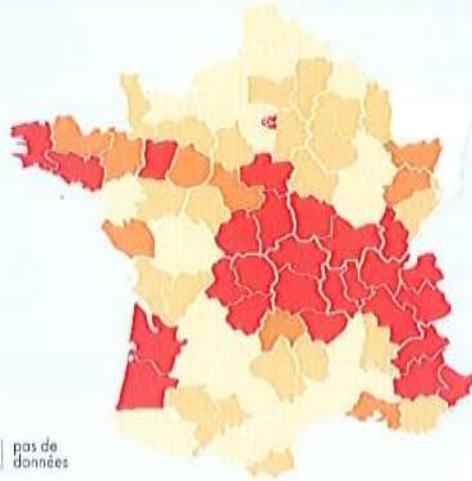
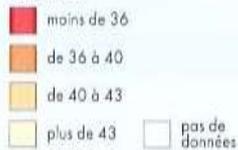
¹⁰ Les moyennes nationales sont respectivement de 76,8 et 83,7 ans.

¹¹ Opposant les départements périphériques populaires au nord et à l'est de la capitale à Paris et aux départements de l'Ouest.

UNE INVERSION GÉOGRAPHIQUE

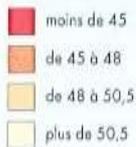
1801-1805

Espérance de vie
à la naissance
en années



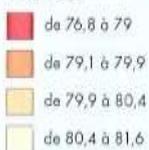
1901-1905

Espérance de vie
à la naissance
en années



2000-2004

Espérance de vie
à la naissance
en années



Source : Hervé Le Bras in Solen G., Ricon S., Jouglé E., *Atlas de la santé en France, vol. 1, Les causes de décès*, Éditions John Libbey Eurotext, 1999 ; CépiDc Inserm, Insee, Espace Santé et Territoires, 2008

Conclusion : Si, à l'échelle mondiale, les espaces peuvent sembler facilement interdépendants et faciliter la diffusion des maladies (grippe aviaire, SRAS, etc.), **l'inscription territoriale des faits de santé demeure déterminante.** Des données de santé précises sont essentielles pour anticiper les besoins et orienter les politiques de santé publique. Or, seuls 29 pays membres de l'OMS sur 115 ont un système d'enregistrement qui fonctionne bien, soit 13 % de la population mondiale couverte.

Nadia HILAL.