

Inégalités de santé et territoires : regardons les réalités en face



Les disparités territoriales en matière de santé ont longtemps été considérées par les acteurs du système comme une expression de la diversité de la France. Elles reviennent aujourd'hui comme un problème sur le devant de la scène publique.

Certes, la question de l'accès aux soins n'était pas absente de l'agenda politique (et la nouvelle loi de santé s'y attelle) mais c'est surtout de l'extérieur du système, notamment dans le cadre du Grand débat national, que la question de la présence des services de santé sur le territoire a récemment surgi, sans que cela ait été attendu et prévu.

Les points les plus médiatisés, les fermetures de petites maternités, vécues dans l'inquiétude, montrent le décalage entre une logique de gestion sous contraintes (celles de la disponibilité des compétences soignantes et celle du temps qu'il faut pour former ces professionnels) et la perception que peut en avoir l'opinion (qui ne va voir que la froide approche gestionnaire et pas forcément la dimension qualité et sécurité des soins).

Les griefs les plus partagés tiennent à la « désertification médicale », souvent profonde, qui est aussi l'une des conséquences de l'accélération de la mobilité des Français au cours des vingt dernières années – lesquels se déplacent de plus en plus avec leurs voitures, mais jugent anormal de ne pas trouver de généraliste là où ils logent ou passent leurs fins de semaine...

Les prises de parole, plus rares, portent aussi sur l'état de santé local et la crainte de « foyers environnementaux », dont la réalité et les sources mobilisent avec intensité les médias et l'opinion, surtout lorsque l'absence de preuves ou d'éléments face à l'inexplicable tient lieu de réponse publique.

En revanche, jamais ou presque, l'état de santé global de la population n'est évoqué en tant que tel dans l'espace public. Sur ce point, l'inégalité territoriale de santé ne fait guère recette.

Images d'Epinal

Tout cela dénote le découplage croissant entre les évolutions en cours au sein de la population et leur prise en compte par la pensée et l'action planificatrice-régulatrice. À force d'avoir organisé le système, depuis 1958ⁱ, à partir de l'hôpital, d'avoir cru maîtriser le territoire par l'hospitalier et ses effets structurants (notamment par les réformes de 1970ⁱⁱ ou de 2009ⁱⁱⁱ), l'inégale répartition de l'offre de santé courante exception faite des pharmacies n'a pu être pensée. L'ensemble a été comme frappé de déni.

Qu'il s'agisse des Projets régionaux de santé ou des Contrats locaux de santé, la conception dominante que l'on retrouve dans les diagnostics territoriaux est de présenter des états, des situations locales, bien plus que les évolutions en cours, pourtant accessibles à l'analyse. L'image fixe a été préférée au mouvement et souvent on y a recherché des images d'Épinal. Y sont présentées des batteries d'indicateurs statistiques populationnels, sociaux, d'offre de soins et d'états de santé exposant les situations actuelles pour chacun région ou chaque territoire. L'observation des inégalités constatées dans ces énumérations évite de décrire et encore plus d'analyser les mutations locales. De ce fait, elle escamote les éléments de difficulté pour la conduite des projets de santé.

C'est ainsi que les inégalités territoriales se répètent, de plan en plan, de programme en programme. Elles perdurent, elles rassurent même, puisqu'elles semblent être là de tout temps. Nous en sommes arrivés à ne plus en faire un sujet de l'action publique, mais à y voir l'expression de la diversité géographique de la France si riche qu'elle est même perçue comme inaccessible aux analyses^{iv}. En somme, une version romantique et démobilisatrice de l'Identité de la France !

Comprendre les dynamiques à l'œuvre

Il est temps de rompre avec cette approche des inégalités territoriales, en partant de l'idée que les inégalités d'aujourd'hui sont les résultats d'évolutions passées, de dynamiques dont les effets étaient anticipables.

Ce que l'on nomme « désertification médicale » est le fruit de processus de concentration d'activités et d'implantation des professionnels, depuis les zones rurales et périurbaines vers des pôles plus attractifs. Les dynamiques locales ont été marquées dans une vaste zone de Tarbes à Alençon, de Nîmes à Vichy, le Creusot et jusque Vesoul. La rétraction de l'offre a été là considérable sans que ceci soit décrit, analysé, sans que le moindre signal d'alerte ait été donné. Pour mesurer, voire pour anticiper ces processus, il aurait pourtant suffi de produire des bilans migratoires locaux, comparables à ceux que propose l'Insee sur d'autres populations.

L'état de santé de la population, dont l'amélioration est a priori le grand objectif idéal du système de santé, a lui aussi connu des dynamiques territoriales marquées. À l'échelle locale, ou méso locale^v, les processus de divergences territoriales passés et en cours sont bien plus puissants que ce que l'on peut penser. Les territoires du Haut-Rhin et du Bas-Rhin^{vi}, qui étaient classés dans les régions à forte surmortalité dans les années 1970 et encore à la fin des années 1980, se placent aujourd'hui dans les meilleurs rangs, à égalité avec bien des zones du Sud-Ouest français ou de Rhône-Alpes. Cette surperformance n'est a priori pas corrélée à des mutations économiques, sociales ou démographiques locales. Elle demeure inexpliquée et méconnue. Il serait pourtant précieux de comprendre ce qui s'est passé là, localement, qui s'est d'ailleurs produit également ailleurs, dans des périmètres singuliers comme Auray dans le Morbihan, Annemasse, Briançon ou Corte, territoires qui ont bénéficié d'une amélioration très rapide de l'état de santé moyen depuis les années 1980-1990.

Les trois mois d'espérance de vie gagnés tous les ans en France ne sont donc pas uniformément atteints partout, et c'est ainsi que les inégalités de demain se constituent aujourd'hui. Dans les années 1970^{vii}, le croisement entre inégalités sociales de santé, gradient social et variabilité a bien été fait par l'Insee et l'Ined. Depuis, ce travail n'a malheureusement pas été poursuivi. Résultat : aujourd'hui, les retours d'expérience font anormalement défaut, l'évaluation des résultats obtenus dans les territoires, à l'échelon local est évitée. C'est bien ce besoin d'évaluation qu'évoquent Thierry Lang et Nadine Haschar-Noé^{viii} pour les inégalités, sociales de santé. Le constat et les besoins sont identiques en fait, que les inégalités soient sociales ou territoriales.

Si les outils d'évaluation manquent encore pour les actions de terrain, en revanche des ressources existent pour mieux comprendre les effets produits, notamment celles qui relèvent du repérage des périmètres sur-performants en termes d'état de santé local^{ix}.

D'autres savoir-faire très utiles peuvent être utilisés, ceux de l'école de démographie française qui, depuis les années 1950, a produit, publié et diffusé des travaux très éclairants^x. Mais ces approches, aujourd'hui pratiquées dans les services de l'Insee et au Cget, restent sous-utilisés en région et ne sont guère mobilisées par les ARS. Quant aux observatoires régionaux de santé (ORS), créés au début des années 1980, ils auraient pu, ils auraient dû concevoir et/ou développer de telles évaluations. Force est de constater que ces entités inclassables de la santé publique ont, sur ce point, échoué et n'ont cessé de s'affaiblir au cours des dix dernières années.

La crainte diffuse de ne pas avoir atteint tel ou tel objectif fixé au niveau national, l'exposition aux doléances ou aux récriminations d'élus locaux, d'associations ou de groupes d'intérêts professionnels peuvent conduire les protagonistes de l'action publique locale en santé à demeurer dans une forme de déni quant aux inégalités entre territoires.

Sauf à s'en remettre durablement à l'agnostologie, c'est-à-dire à l'étude de la production culturelle et sociale de l'ignorance, et pour sortir de cette forme de déni, quatre propositions nous semblent devoir être portées dans le débat public :

- Stimuler les analyses territoriales locales ayant les valeurs nationales comme comparateur^{xi}, alliant toutes les composantes (démographiques, sociales, économiques, sanitaires...) et privilégiant les dynamiques temporelles (évolutions, tendances) et spatiales (mobilités quotidiennes, mobilités résidentielles) ;
- En deuxième lieu, conduire une évaluation fine et précise des actions territorialisées, notamment pour déceler dans les zones de surperformance les motifs et facteurs de succès ;
- En troisième lieu, s'assurer de l'utilisation en région des savoir-faire du Cget, de l'Insee, de l'Ademe, en lien avec les Agences nationales et les grands établissements publics de santé ;
- Refonder enfin le dispositif d'observation et d'analyse à la bonne échelle, c'est-à-dire celle de la région, afin de lui permettre de recouvrer compétences, neutralité et indépendance et permettre une diffusion large des travaux.

LISA



ⁱ Depuis la réforme Debré créant les CHU

ⁱⁱ La carte sanitaire a été instaurée par la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Arrêté en 1974, ce découpage de l'espace géographique comporte 256 secteurs sanitaires en France métropolitaine

ⁱⁱⁱ Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, du 21 juillet 2009

^{iv} A tort, l'analyse des inégalités sociales de santé peut être vécue comme plus accessible, comme pouvant être moins directement impliquante dans le réel de l'action publique.

^v C'est-à-dire du niveau d'une zone d'emploi ou d'une intercommunalité.

^{vi} Source www.orsnpdc.fr ; <http://www.orsnpdc.fr/documents/notre-sante-mieux-comprendre-la-sante-et-ses-enjeux-en-nord-pas-de-calais/> ; <http://www.orsnpdc.fr/documents/lindice-comparatif-devolution-de-la-mortalite-icem-une-reponse-a-des-besoins-regionaux/> ; <http://www.orsnpdc.fr/documents/evolution-de-la-mortalite-prematuree-evitable-toutes-causes-1982-2007/>

^{vii} Desplanques G. Mortalité sociale et mortalité régionale. In Les disparités démographiques régionales, Editions du CNRS, Paris, 1978, p 317-331.

^{viii} Haschar-Noé N, Lang T. Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse, Presses Universitaires de Toulouse, 2017, 523 p.

^{ix} Sans méconnaître l'impératif qui s'attache à la préservation de l'anonymat des personnes.

^x Qu'il s'agisse de ceux de Desplanques, Bouvier-Colle, Vallin, ou Le Jeannic ou de ce qui avait été développé par la géographie montpelliéraine autour d'Henri Picheral.

^{xi} Le développement de l'écosystème Health Data Hub, tel qu'il figure dans la nouvelle loi de santé, est l'occasion d'accéder à d'autres capacités du temps présent.