

OBSERVATIONS prononcées à la suite de la communication d'André Vacheron
(séance du lundi 6 octobre 2014)

Jean-Robert Pitte : Comment voyez-vous l'avenir des inégalités entre le monde urbain, zones sensibles mises à part, et le monde rural ? Le sujet est d'actualité avec la réforme territoriale qui va à nouveau être discutée prochainement au Parlement. Notre pays est certes constitué d'une population très majoritairement urbaine (environ 80%), mais le territoire est très majoritairement rural. La réforme territoriale ne risque-t-elle pas d'accentuer les inégalités en concentrant davantage les lieux où l'on dispense les soins ?

*
* *

Michel Pébereau : Vous avez souligné que notre pays était en Europe celui qui consacrait le plus d'argent à la santé, le plus à la retraite, le plus aux prestations sociales... Ce sont là des données peu contestables. En revanche, je ne crois pas que la pauvreté s'accroisse comme vous l'avez dit, mais bien au contraire qu'elle diminue. Les Français n'ont-ils pas eu le privilège, depuis 1950, d'avoir vu le revenu par habitant s'accroître continûment, sauf dans la période récente ?

On voit mal ce que la France pourrait faire de plus d'un point de vue économique, mais il n'en demeure pas moins que les inégalités que vous avez décrites existent. Sont-elles dues à un défaut de notre système de santé ? Que faire pour sortir de cette situation ?

*
* *

Chantal Delsol : Y a-t-il des raisons qui expliquent la différence de mortalité entre les hommes et les femmes ? J'ai ainsi entendu dire, sans savoir si cela est bien exact, que les embryons-garçons auraient un taux de mortalité supérieur à celui des embryons-filles. S'il est exact que les fausses-couches touchent davantage les garçons que les filles, cela démontre que les différences sont d'ordre non pas culturel, mais biologique. Qu'en est-il au juste ?

*
* *

François d'Orcival : Pourriez-vous nous apporter quelque éclaircissement sur la différence considérable entre les dépenses de santé des Français et celles des Américains ? Les dépenses de santé par habitant des Français sont de 3 678 dollars et celles des Américains de 7 960 dollars, soit plus du double. Vous avez signalé que depuis la mise en place de l'"Obama care", les dépenses de santé outre Atlantique

avaient explosé. Par ailleurs, je note que nos dépenses sociales représentent l'équivalent du tiers de notre richesse nationale alors qu'elles ne représentent que 20% aux États-Unis.

*
* *

Xavier Darcos : Il m'a semblé que votre analyse du déterminisme social en matière de santé aboutit aux mêmes constatations que celles que l'on peut faire en matière d'éducation. On retrouve les mêmes causes, les mêmes problèmes, les mêmes prédestinations, avec toutefois une différence notable concernant la répartition sur le territoire français. Pourriez-vous nous éclairer sur ce point ? Pourquoi y a-t-il, par exemple, plus de mélanomes en Bretagne que dans le Sud de la France ? Pourquoi dans le Sud de la France les inégalités en matière de santé sont-elles fortes alors que le nombre de médecins y est relativement élevé ?

*
* *

Emmanuel Le Roy Ladurie : En Normandie le « café arrosé », arrosé d'une bonne dose de calvados que l'on appelle « rincette », a longtemps été d'usage. Le café non arrosé était appelé « café de bonne sœur ». L'image d'Épinal qui a longtemps prévalu est que les Normands, les Bretons, peut-être aussi les habitants du Pas-de-Calais étaient davantage marqués par l'alcoolisme que les Méridionaux, buveurs de vin plus que d'alcool. Est-ce que cette image d'Épinal correspond à une réalité et, si c'est le cas, a-t-on établi un lien avec les pathologies régionales ?

*
* *

Georges-Henri Soutou : Permettez-moi de revenir sur les statistiques dont vous avez fait état concernant l'Allemagne. Je veux bien admettre qu'après la réunification des deux Allemagne, le taux de pauvreté ait pu être légèrement supérieur à celui de la France, mais je doute que cette situation ait perduré.

Vous avez évoqué le rôle de l'Éducation nationale en matière de santé. Pour avoir connu personnellement l'éducation dispensée naguère dans les écoles américaines, je peux témoigner que l'enseignement, destiné à un peuple d'immigrants, faisait la part belle à l'hygiène en apprenant aux enfants qu'il faut se laver les mains, se brosser les dents, etc. En revanche, en France, où l'immigration est devenue un phénomène majeur à partir des années 1970, l'idée que l'on puisse enseigner aux enfants de simples règles d'hygiène a toujours été rejetée violemment par l'institution.

Dans les pays qui se situent dans une moyenne en matière d'inégalités de santé – ce qui exclut les pays où 90% de la population sont défavorisés et 10% privilégiés –, le taux de pathologies par groupe social n'est-il pas en partie dû à une négligence des règles d'hygiène personnelle ? En d'autres termes, est-ce bien, par

exemple, le déterminisme social qui induit l'alcoolisme ou n'est-ce pas plutôt l'alcoolisme qui accentue, voire engendre, des inégalités sociales ?

*
* *

Jean-David Levitte : J'ai souvenir de mes années à l'ONU que, selon l'Organisation mondiale de la santé, la France serait numéro un mondial en matière de santé. Est-ce exact ?

*
* *

Jean Mesnard : Les statistiques que vous nous avez présentées sont établies sur une base financière, avec prise en compte des revenus. Mais les revenus ne sont-ils pas une cause seconde, après une cause première beaucoup plus importante qui serait d'ordre culturel, d'ordre de l'éducation ? La mentalité n'est-elle pas une des raisons primordiales des inégalités en matière de santé ? Si dans les écoles on enseignait le savoir-vivre, au sens premier du terme, comme le préconisait déjà Érasme, on réduirait sans doute considérablement les inégalités de santé.

Il me semble par ailleurs que vous auriez pu prendre en considération un facteur qui n'est certainement pas sans conséquence sur l'évolution de la santé, à savoir la croissance démographique mondiale.

*
* *

Gilbert Guillaume : L'inégalité de la mortalité entre hommes et femmes n'est-elle pas liée à des facteurs biologiques plutôt qu'à des facteurs sociaux ?

*
* *

Philippe Levillain : Il paraît qu'au début du XX^e siècle le cancer constituait 3% des causes de mortalité et qu'il en constitue aujourd'hui 25%. Si cela est exact, cette progression est-elle due à l'environnement, à l'alimentation ou à d'autres facteurs ?

Par ailleurs, on disait naguère LE cancer, et non pas UN cancer. À partir de quand a-t-on commencé à diversifier le cancer en parlant de cancer de la prostate, de cancer du foie, etc., de cancer primaire, secondaire, de cancer curable, incurable ?

*
* *

Jean-Claude Casanova : La présentation habituelle du parallèle entre les inégalités de santé et les inégalités sociales pose en fait plus de questions qu'elle n'apporte de réponses car elle participe fondamentalement du désir plus ou moins conscient de dénoncer le mauvais état de la société, en montrant que le travailleur non qualifié ou le chômeur, ou l'inactif, victimes de la société, sont plus susceptibles de développer des pathologies que les cadres. Mais les corrélations et les coïncidences ne sont en aucun cas des causalités ou des explications. On peut bien faire ressortir dans un tableau statistique que les travailleurs non qualifiés ont tel ou tel état de santé, mais on ne sait pas quelle est la cause de cet état de santé et de la non qualification, la non qualification pouvant elle-même s'expliquer par l'état de santé, l'immigration, l'acculturation, la faiblesse mentale, l'état physique, le hasard génétique, l'inefficacité et l'insuffisance du système scolaire, la pauvreté familiale, l'absence familiale, etc. Du reste, les préconisations avancées ne sont pas homogènes avec l'analyse sociale, ce qui indique bien que les causalités sont complexes.

Les États-Unis dépensent pour la santé par habitant plus que les pays européens. Mais ils ont un produit par tête plus élevé que les Européens. Or on sait que partout, au fur et à mesure que le produit par tête augmente, les dépenses de santé augmentent, mais dans des proportions plus grandes. On peut donc affirmer que, les pays européens se rapprocheront des États-Unis, et auront progressivement des dépenses de santé plus élevées. On sait par ailleurs qu'aux États-Unis les médecins et les hôpitaux sont plus riches qu'en Europe, ce qui montre qu'une grande partie des dépenses de santé aux États-Unis constitue l'enrichissement de la profession médicale. De même, les médicaments aux États-Unis sont plus chers qu'en Europe parce que les laboratoires américains font plus d'innovations que les laboratoires européens et sont libres de leurs prix.

En d'autres termes, une analyse détaillée est toujours nécessaire car les indicateurs globaux sur les dépenses en matière de santé dans tel ou tel pays ne permettent pas de se faire une idée claire des causes des inégalités et donc de corriger celles-ci par des mesures politiques.

L'indicateur utilisant le coefficient de Gini, dont vous avez fait état, présente les États-Unis comme beaucoup plus inégalitaires que la France. Il est certain que les États-Unis ont une politique publique de dépenses sociales et de redistribution, très en retrait par rapport à celle de la France ou d'autres pays européens. Mais, pour être vraiment significatif, cet indicateur devrait afficher également le taux d'immigration des pays étudiés. En effet, si la France ou l'Angleterre se donnaient le taux d'immigration (légale et illégale) des États-Unis, soit chaque année près de 1% de la population (deux millions et demi d'immigrants), la mesure des inégalités serait sans doute différente. À certains égards on devrait d'ailleurs considérer une politique d'immigration ouverte comme une politique sociale.

*

* *

Bruno Cotte : Nous souhaitons que chacun accède à la santé, mais est-ce pour chacun de la même santé qu'il s'agit ? L'éducation, le milieu social, les relations que l'on peut avoir font, me semble-t-il, que l'on accède à des soins souvent qualitativement fort différents. D'aucuns accéderont facilement à tel hôpital, à tel

service spécialisé, à tel praticien, pendant que d'autres n'en auront pas la possibilité. N'y a-t-il pas là un facteur important d'inégalités ?

Dans un autre ordre d'idées, n'y a-t-il pas eu jusqu'à une époque récente des maladies qui faisaient complètement fi des inégalités sociales ? Je pense par exemple à la tuberculose qui naguère frappait partout et tout le monde.

*
* *

Bernard Bourgeois : La religion intervient-elle d'une manière ou d'une autre dans le phénomène que vous avez analysé ?

Si vous étiez ministre de la Santé, quelle serait la première décision que vous prendriez ?

*
* *

Réponse à Jean Robert PITTE

Le problème du monde rural est double : diagnostic souvent trop tardif et insuffisance de la prévention des pathologies. Les régions les moins dotées en médecins et en infirmières sont les plus défavorisées au plan de leurs indicateurs de santé. Leur situation pourrait être améliorée par la création de maisons médicales regroupant différents professionnels de santé dans les gros bourgs et les chefs lieux de cantons. Quant à la prévention, notamment celle du tabagisme, premier tueur évitable, elle devrait être plus largement enseignée tout au long de la scolarité, dans les campagnes comme dans les villes.

Réponse à Michel PÉBEREAU

La pauvreté n'est plus du même ordre qu'autrefois. Aujourd'hui, on est pauvre parce que l'on n'a pas la possibilité d'acquérir des biens marchands : téléviseur, réfrigérateur, machine à laver per exemple, présents dans les autres foyers. Néanmoins, 8,7 millions de français vivent avec moins de 977 euros par mois (revenu inférieur ou égal à 60 % du revenu médian) et le reste à vivre après règlement du loyer et des charges obligatoires (électricité, gaz...) est souvent très faible voire négatif. Le pauvre actuel reste pauvre, hésite bien évidemment à acheter des lunettes, ne peut pas de se faire poser d'implants dentaires...

Réponse à Chantal DELSOL

La différence entre homme et femme est incontestablement biologique. L'homme est plus fragile que la femme. C'est surtout à l'âge adulte que la différence se manifeste pleinement. Jusqu'à la ménopause, la femme est protégée par des hormones ovariennes et chez elle la maladie artérielle commence plus tardivement que chez l'homme.

Réponse à François d'ORCIVAL

Vous êtes surpris par la différence des dépenses de santé par habitant entre la France (3878 dollars et non pas 3678) et les États-Unis (7960 dollars). La France dépense effectivement un tiers de sa richesse en dépenses sociales contre un cinquième aux États-Unis. Les États-Unis sont plus riches que notre pays et le coût de

la santé y est très élevé. Les dépenses de santé ont explosé avec l'OBAMACAIRE qui a permis à près de 50 millions d'Américains de se soigner convenablement. Le coût de la santé (praticiens, cliniques et établissements hospitaliers) est beaucoup plus élevé que dans notre pays.

Réponse à Xavier DARCOS

Les inégalités territoriales en matière de santé sont liées au contexte environnemental, socio-économique, nutritionnel mais aussi à la génétique : notamment pour certains cancers comme le cancer du sein en Haute Normandie, l'abus de l'alcool notamment du Calvados évoqué par Emmanuel Le Roy Ladurie est incriminé dans les cancers des voies aérodigestives supérieures et dans les hépatites cirrhogènes génératrices de cancer du foie en Bretagne. Dans cette région, les mélanomes seraient favorisés par l'intensité des ultraviolets.

Par contre, l'alimentation riche en fruits et en légumes explique la plus faible mortalité générale dans le sud de la France, notamment dans le Languedoc Roussillon et en Midi Pyrénées.

Réponse à Georges Henri SOUTOU

En ce qui concerne les causes des inégalités sociales de santé, je maintiens que les déterminants microsociaux ou proximaux : tabagisme, abus d'alcool, alimentation, sédentarité, sont liés aux catégories socioprofessionnelles et beaucoup plus fréquents chez les ouvriers que chez les cadres et dans les professions libérales. Ils vont évidemment accroître les inégalités entre les individus.

Réponse à Jean David LEVITTE

Je confirme que la France est classée première dans le monde en matière de santé. Cela tient en grande partie à la qualité de ses enseignants et de ses hôpitaux, notamment des CHU, mais aussi à sa politique de protection sociale.

Réponse à Jean MESNARD

L'éducation à la santé devrait être une priorité tout au long du cursus scolaire. Elle devrait permettre de prévenir les comportements individuels à risque. L'Académie de Médecine a adressé à Madame Marisol TOURAINE un rapport sur la prévention chez les adolescents qui sera pris en compte dans l'établissement de la prochaine loi sur la santé préparée par Madame Marisol TOURAINE.

Réponse à Gilbert GUILLAUME

L'inégalité de la mortalité entre hommes et femmes est effectivement due à des facteurs biologiques en plus des facteurs sociaux.

Réponse à Philippe LEVILLAIN

Le cancer est effectivement aujourd'hui la première cause de mortalité avant les maladies cardiovasculaires. L'augmentation de sa fréquence s'explique par l'augmentation de la longévité et par le perfectionnement des méthodes, notamment d'imagerie, pour le diagnostiquer et l'identifier. Son identification cellulaire permet de lui opposer des thérapeutiques ciblées notamment avec des anticorps monoclonaux souvent remarquablement efficaces.

Réponse à Jean Claude CASANOVA

Les réflexions de Jean Claude Casanova sont comme à l'habitude très pertinentes. Néanmoins, il est bien établi que les comportements à risque sont

intimement liés aux catégories socioprofessionnelles et beaucoup plus fréquents chez les ouvriers que chez les cadres. Le tabagisme en est un exemple : entre 2000 et 2005, la consommation du tabac a diminué de 36 À 27 % chez les cadres alors qu'elle est restée stable chez les pauvres et a même augmenté jusqu'à 48 % chez les chômeurs.

Il en est de même de l'obésité, facteur de diabète : 13.6 % des personnes résidant dans les quartiers sensibles ou ouvriers sont obèses contre 6.6 % seulement de celles habitant les zones les plus favorisées.

Réponse à Bruno COTTE

L'accès à des soins de qualité est aujourd'hui possible pour tous dans notre pays, mais avec plus ou moins de facilité et de rapidité selon les catégories sociales. Les maladies infectieuses comme la tuberculose ou le Sida font évidemment fi des inégalités sociales.

Réponse à Bernard BOURGEOIS

La religion ne peut empêcher le développement de l'athérosclérose, de l'hypertension artérielle ou la survenue d'un cancer. Mais elle est d'un grand réconfort pour les malades atteints de pathologie grave ou incurable, offrant l'espoir d'une autre vie meilleure.

*

* *