



# La valeur stratégique de l'espace

## dans les politiques sanitaires

**L**a santé est mal partagée, ne cesse-t-on de répéter. Pire encore, elle varie selon les lieux au défi de la plus élémentaire justice. Et chacun de brandir, chiffres et cartes en mains, les arguments d'une situation inacceptable que l'État se doit de corriger. L'actualité bruisse de débats passionnés sur les inégalités de santé et déborde de plans, de programmes, de lois pour les réduire. C'est dire d'une certaine manière la dimension géopolitique de toute politique de santé. Mais n'est-ce pas dire aussi combien lui sont associés, implicitement ou non, des concepts géographiques : le lieu, l'échelle, la distance, l'espace, le territoire... ? N'est-ce pas enfin oublier un peu vite que le débat n'est pas vraiment neuf ? Montesquieu et Mirabeau avaient déjà montré que la santé était affaire, « fonction d'État » et, bien avant eux, on savait les rapports de la santé aux lieux, jetant ainsi les bases d'une « géographie » de la santé, au sens propre du terme<sup>1</sup>.

### Le lieu comme enjeu sanitaire

Voilà bien longtemps en effet que l'on s'interroge sur les inégalités spatiales des faits de santé et sur la valeur des lieux qui dicterait toute stratégie sanitaire, voire toute politique. Car avant même de se soucier de la santé des populations civiles, combien d'opérations militaires et coloniales n'ont-elles pas été menées en fonction des risques de maladies, condi-

tions de leur réussite et de leur pérennité ? Il s'agissait bien de faire l'inventaire des caractéristiques délétères d'un lieu, d'une région à conquérir, d'éviter ce que l'on appellerait aujourd'hui des aires pathogènes ou des espaces à risque. Il suffit d'évoquer les guerres de l'Antiquité ou les campagnes italiennes et libyennes de l'armée allemande dotée des planches de l'atlas des maladies publié en 1942-1945<sup>2</sup>.

Très tôt le pouvoir s'est soucié de l'état de santé des populations. Les édiles ont de tout temps protégé leur ville, leur port des ravages des épidémies (quarantaine, lazaret). Et l'on n'oubliera pas que les premières coopérations internationales, bien avant l'OMS, concernaient la surveillance sanitaire des frontières. De même de nombreux travaux de génie civil visaient à maîtriser des conditions délétères et à éliminer les « miasmes ». Transposons de façon quelque peu hardie les préoccupations actuelles, « écologiques », sur les nuisances de tous ordres ne relèvent pas d'une autre optique. Un sentiment prévaut : c'est à la puissance publique (le roi, le prince, bientôt l'État) et à son administration que revient le soin d'assurer la salubrité du territoire. N'est-ce pas dans cet esprit déjà que Turgot et Louis XV lançaient leur projet, novateur pour l'époque, d'une *topographie médicale de la France*, véritable inventaire systématique des conditions sanitaires des villages et des villes. Cette vaste enquête donnera lieu de 1776 à 1893 à des milliers de mémoires, tous bâtis selon le même protocole d'ins-

piration néo-hippocratique, avec une référence maniaque aux « vertus » du lieu<sup>3</sup>. Les dernières de ces « topographies médicales » s'inscrivent dans le grand courant hygiéniste du XIX<sup>e</sup> siècle mais aussi dans l'essor de la statistique. Leur déterminisme naturel se teinte de couleurs sociales.

Au tournant de la grande vague d'industrialisation et d'urbanisation, la croisade contre l'insalubrité menée au nom de la guerre au paupérisme s'appuie alors sur une véritable écologie urbaine avant la lettre<sup>4</sup>. La qualité de l'eau et de l'air, l'évacuation des eaux usées, l'entassement, la promiscuité et le surpeuplement des logements sont désormais les cibles d'une police sanitaire, à la fois objet et instrument d'une politique préventive, volontariste et opérationnelle. Telle que la prônaient les « sanitarians », les Chadwick, Virchow, Farr et autre Richardson (*Hygeia, a city of Health*) dans leur bataille obsessionnelle contre la « saleté », îlot par îlot, rue par rue, maison par maison... John Snow ne dresse-t-il pas avec précision la carte des bornes fontaines responsables de la diffusion du choléra à Londres en 1849 ? Ne met-on pas en œuvre en 1893 le « casier sanitaire des maisons de Paris », relevé systématique des caractéristiques des logements et de l'état de santé de leurs occupants ? Les secousses de la révolution pastorienne mettent un terme provisoire à l'hégémonie de l'ingénieur sanitaire et de l'urbaniste jusqu'aux interrogations actuelles sur la santé des villes et des banlieues,

jusqu'aux programmes « Villes/santé » de l'OMS... cent ans plus tard ! Mais déjà pointait sous l'hygiénisme une médecine sociale (J. Guérin) dans le droit fil de Villermé, et s'imposait une médecine politique.

### La planification sanitaire territoriale de la santé

La question des inégalités de santé prend une nouvelle dimension, plus idéologique et économique à la fois, avec la diffusion des valeurs démocratiques et la mesure des excès du libéralisme et des lois du marché. Elle change aussi d'échelle. La prise de conscience d'un double postulat amène l'État à réviser et à concevoir autrement son rôle en matière de santé publique.

Le premier tient à sa volonté de justice sociale qui implique la nécessité de garantir une justice spatiale : l'une et l'autre formant les deux volets de ce que l'on appelle à satiété aujourd'hui l'*équité* et l'une n'allant pas sans l'autre<sup>5</sup>. Le mot d'ordre « la santé pour tous », perçu désormais comme un droit, se décline aussi « partout ». Le second repose sur la révélation des inégalités de santé dans le monde et de leurs relations étroites avec le niveau de développement. Les différences d'espérance de vie, de causes de décès, de ressources sanitaires, de deserte ou de recours aux soins entre les nations dépendent de leur développement autant qu'elles le déterminent. Ce postulat, manifeste à l'échelle internationale, ne vaudrait-il pas alors à l'intérieur du territoire national, à des échelles plus fines, régionales ou locales ?

Cette vision d'une gestion publique de la santé aura été plus ou moins précoce, selon les idéologies dominantes et les systèmes administratifs et politiques d'organisation du territoire, centralisés ou non. Mais elle aura été aussi largement tributaire des outils de mesure de ces inégalités et de fait, de la place accordée à la santé publique. Et l'on sait à cet égard le retard accumulé en France...

La mise en évidence d'inégalités d'états de santé d'une région, d'un départe-

ment, d'un canton, d'une ville, voire d'un quartier à l'autre, entre citadins et ruraux, devient le préalable de toute politique de santé nationale, régionale, municipale... L'État instaure un système universel d'assurances sociales et investit lourdement dans la formation des professionnels de santé et dans les équipements sanitaires. La localisation et la répartition géographique du système de soins, son organisation spatiale apparaissent alors comme les clés de son efficacité. S'ouvre le débat inépuisable sur les vertus respectives de la concentration et de la décentralisation, du centre et de la périphérie, bref, de la polarisation de l'espace sanitaire. Mais il apparaît que la consommation médicale et le recours aux soins n'obéissent pas au seul critère de la proximité : aux effets dissuasifs de la distance physique s'ajoutent les freins de distances sociales et mentales, voire culturelles. N'observe-t-on pas des variations sensibles de comportements d'une région à l'autre ? La recherche programmée d'une équidistribution des ressources, humaines et matérielles, n'en devient que plus utopique. Elle n'en guide pas moins les politiques d'aménagement du territoire qui s'incarnent dans des « cartes sanitaires ». Ce nouvel outil règlementaire d'une planification sanitaire, sous des formes différentes, plus ou moins autoritaires et contraignantes, aboutit toujours à une territorialisation de l'espace : *districts* et *secteurs* sanitaires, *zones* ou *aires* d'attraction hospitalière, *bassins* gérontologiques ou autres *schémas régionaux d'organisation de la santé* (Sros). La procédure *resource allocation working party* d'allocation régionale des ressources en est l'illustration la plus aboutie<sup>6</sup> quand l'État-Providence se soucie de réguler un système de santé qui menace les grands équilibres budgétaires.

### L'équité, nouveau mythe de Sisyphe ?

À force, notamment dans des pays de tradition centralisatrice comme la France, d'étalonner l'état de santé des populations et le système de soins à l'aune d'une

moyenne nationale, on a fini par gommer les spécificités locales, régionales des populations et de leurs besoins de santé au nom d'une norme prétendument représentative d'une situation idéale. Comme le disait déjà William Farr dans les années 1840 quand il militait pour la recherche d'une santé « optimale », pourquoi ce qui est obtenu ici ne l'est ou ne le serait-il pas ailleurs ? Autrement dit l'objectif de toute politique de santé serait non de se ranger autour d'une moyenne mais d'atteindre le niveau de la population la plus « en avance ». Bourgeois-Pichat l'avait d'ailleurs souligné en opposant des pays en situation d'*avant-garde* ou d'*arrière-garde* selon leurs niveaux de mortalité<sup>7</sup>. L'égalitarisme n'a jamais ni nulle part contribué à plus d'équité. Dès lors une des voies à suivre ne serait-elle pas de chercher à comprendre les raisons d'une « bonne » santé là où elle se manifeste, de cerner les facteurs de santé plutôt que les facteurs de risque ? ■

### Références

1. H. Picheral. *Le lieu, l'espace et la santé*. 1995, Espace, Populations, Sociétés, 1 : 19-24
2. E. Rodenwaldt, J. Jusa. *Seuchen-Atlas*. 1942-1945, Gotha
3. M. F. Rofort. *Les topographies médicales*. 1987, Thèse 3<sup>e</sup> cycle Géographie, Univ. Paris VII
4. L. Murard, P. Zylberman. *L'hygiène dans la République*. Paris : 1996, Fayard
5. H. Picheral. *Décentralisation des politiques de santé : allocations de ressources, recours aux soins et décision locale*. In *De l'analyse économique aux politiques de santé : la dimension spatiale*. Paris : 1993, CREDDES, p. 19-36
6. C. Meyer, G. de Pourville. *La répartition régionale des dépenses dans les systèmes de soins*. Paris : 1996, Sanesco-Mire
7. J. Bourgeois-Pichat. *L'évolution de la mortalité dans les pays industrialisés*. In J. Vallin, A. Lopez. *La lutte contre la mort*. Paris : 1985, Ined, p. 489-521

### Henri Picheral

Vice-président, Université Montpellier III, atelier de Géographie de la santé, EA 734