

Représentation sociale des maladies et disparité de l'offre de soins

La répartition de l'offre de soins sur le territoire est révélateur de l'inconscient collectif lié à certaines maladies ou certains handicaps.

La répartition géographique de l'offre de soins révèle des disparités importantes. Les disparités régionales sont souvent étudiées, la planification hospitalière fait l'objet de nombreux débats, la localisation de l'offre médico-sociale beaucoup moins !

Le lien entre inégalités géographiques dans l'offre de soins et inégalités de santé est souvent évoqué, bien qu'il soit légitime de se demander si l'influence d'autres déterminants, notamment environnementaux ou liés aux modes de vie, n'est pas plus importante que la simple existence d'une offre de soins. Par contre, les interrogations sont moins fréquentes pour rechercher une corrélation entre la représentation sociale des maladies et la réponse apportée à ceux qui en souffrent.

Pourtant, le malade et son entourage ne vivent pas la maladie de la même façon, si, à la diminution ou à la privation d'activités que la pathologie entraîne, s'ajoute une destruction des liens avec les autres. C'est en ce sens que l'éloignement du lieu de soins joue un rôle négatif dès lors qu'il distend la relation avec les autres.

Probablement faut-il s'interroger sur la relation entre éloignement et durée de cet éloignement au regard du maintien du lien social. En outre, la conséquence de l'éloignement ne sera pas la même pour un épisode aigu ou pour une pathologie chronique, pour une maladie curable sans séquelle ou pour un handicap définitif.

Étienne Caniard
Ancien membre
du Haut Comité
de la santé publique

La planification hospitalière

L'histoire de l'hôpital montre qu'il n'est pas seulement une « machine à guérir, mais qu'il

est aussi un symbole de l'identité locale, un emblème de la fierté du lieu et un enjeu dans la stratégie des élites. Il passe aussi aux yeux des habitants pour un garant de l'équilibre social et un gage (même fallacieux) de sécurité »¹.

Ceci explique peut-être les difficultés auxquelles s'est heurtée la planification hospitalière.

De la loi de 1970 qui institue la carte sanitaire à la loi de 1991 la tendance est restée la même. La planification hospitalière a souvent été réduite à la gestion des dérogations.

Dans le même temps, nous sommes passés de l'ère du secret à celle de la médiatisation. Ceci est le résultat (positif) d'une plus grande transparence des procédures (Sros dits de seconde génération) mais aussi de l'émergence d'une expression et d'une demande plus fortes de la population. Cette médiatisation se transforme même parfois en mouvement social lorsque des réductions d'activités ou des suppressions de services ou d'établissements sont envisagées et refusées par la population.

On doit se féliciter de ce surcroît de débat démocratique mais il faut bien constater qu'il a du mal à s'élargir au-delà de la défense de l'existant.

Cette absence de vision globale explique probablement que perdure dans l'indifférence générale une offre hospitalière curieusement corrélée avec les structures sociales de la population. C'est ainsi que Lucas, Tonnellier et Vigneront rappellent dans la *Typologie des paysages socio-sanitaires en France* parue en

1. Olivier Faure. *La Santé demain. Vers un système de soins sans murs*. Paris : Economica, 1999.

1998 que « les densités de lit de médecine et de chirurgie sont liées aux variables qui caractérisent le secteur tertiaire ou les catégories socio-professionnelles supérieures... L'offre hospitalière est moins présente dans les zones d'emplois où le pourcentage d'ouvriers est élevé et dans celles où la proportion de population peu diplômée est forte. Or, le taux de présence des ouvriers dans les établissements hospitaliers est nettement supérieur à la moyenne »².

D'autres études révèlent des caractéristiques souvent ignorées touchant notamment à l'accessibilité. C'est ainsi que, plus le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans est élevé dans une population, plus la distance à parcourir pour atteindre les services hospitaliers est importante... Les mêmes difficultés d'accès sont observées pour les populations à forte proportion d'ouvriers.

Ces quelques remarques sur la planification hospitalière montrent ses limites à corriger les inégalités d'implantation, reflet de la recherche d'un besoin de sécurité parfois illusoire et prolongement des inégalités sociales.

La médecine de ville

La répartition des médecins libéraux n'obéit à aucune logique de planification puisque jamais les pouvoirs publics n'ont voulu intervenir dans ce domaine. Il convient néanmoins de s'interroger sur la pertinence de la répartition géographique par rapport aux besoins.

Cette interrogation est d'autant plus nécessaire que l'on peut penser que certaines zones rurales vieillissantes ou périurbaines défavorisées pourront connaître des problèmes d'accès croissant avec la diminution des effectifs de médecins.

Si l'on retient, de façon très schématique comme indicateurs de besoins le pourcentage de personnes âgées et l'indice comparatif de mortalité, les résultats sont différents pour les généralistes et les spécialistes.

L'analyse du Credes, précédemment citée, montre que la « densité de généralistes est plus forte lorsque le pourcentage de personnes âgées est important ». Il y aurait donc une certaine adéquation de l'offre aux besoins même si aucune relation n'apparaît avec l'indice comparatif de mortalité.

Par contre, cette étude révèle que « pour les spécialistes, la situation est notablement différente puisqu'il y a corrélation inverse en-

tre offre et besoins » ; ceci traduit probablement des différences de représentation mais aussi d'accessibilité financière résultant du plus fort pourcentage de spécialistes exerçant en secteur 2.

Ces disparités sont peu connues et ne suscitent aucune mobilisation citoyenne. La médecine de ville, médecine de premier recours n'est pas vécue comme un symbole d'égalité devant la maladie.

L'absence d'exigence en matière de permanence, de continuité des soins est compensée par une demande sociale importante exprimée vis-à-vis de l'hôpital, à un moment où le développement des plateaux techniques laisserait penser que les patients s'adressent à l'hôpital essentiellement pour avoir accès aux technologies de pointe.

La nécessité d'assistance subsiste pourtant pour tout un ensemble de pathologies sociales. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui utilisent de plus en plus les services d'urgences à la place du médecin généraliste pour des raisons financières.

La priorité donnée par notre système de santé au court terme par rapport au long terme, au curatif par rapport au préventif ou encore à la prise en charge des pathologies graves par rapport aux soins de premier recours se retrouve dans l'absence de revendication sociale vis-à-vis de l'offre de soins de ville.

L'offre médico-sociale

C'est encore plus vrai pour l'offre de soins médico-sociale. Qu'il s'agisse de l'accueil de personnes âgées ou de la prise en charge des handicapés, on a l'impression que le rejet du centre vers la périphérie a toujours été la règle.

Les chiffres sont éloquentes. La région parisienne, largement sur-dotée en offre hospitalière de court séjour, est l'avant-dernière région française en termes d'accueil des handicapés, quel que soit le type de handicap.

La lecture des cartes d'implantation montre à l'évidence ce phénomène d'exclusion... que le coût de l'immobilier ne saurait expliquer à lui seul.

Même si l'histoire du secteur médico-social explique en partie l'implantation du nombre de projets dans des zones rurales, faisant revivre des structures inutilisées, il est plus étonnant de voir que de nouveaux établissements continuent à se créer majoritairement en zone rurale.

Le désintérêt de la société pour ce secteur, voire son rejet, fait l'affaire des élus des zo-

nes en voie de dépeuplement qui voient d'un œil favorable ces implantations, source d'activité économique directe ou indirecte.

Le souci d'aménagement du territoire trouve sa place dans un espace abandonné par la demande sociale, abandon évidemment lié à la représentation du vieillissement ou du handicap.

Les exemples pourraient être multipliés, celui de l'autisme étant particulièrement révélateur. Les personnes autistes ont été longtemps les oubliées de la planification sanitaire ou médico-sociale. La région Languedoc-Roussillon fournit un bon exemple d'une réaction à travers « un plan autisme » qui montre néanmoins les limites de la ré-allocation des ressources autour de ce sujet.

Le souci d'articulation des Sros avec le secteur médico-social a été présent dans les recommandations du gouvernement, mais la loi du 30 juin 1975 ne permet pas, juridiquement, de prévoir un volet social ou médico-social, ce qui constitue une limite évidente des Sros de seconde génération.

En définitive, l'approche spatiale des équipements et des flux inter régionaux de personnes handicapées est un « formidable révélateur des processus inconscients collectifs. Elle met au jour des mécanismes de mises à distance de personnes handicapées qui contredisent les discours habituels d'intégration des personnes handicapées »³.

Conclusion

Les États généraux de la santé ont révélé le besoin de débat sur l'organisation du système de santé. Chacun reconnaît que le respect des droits de la personne malade doit être une préoccupation permanente, que le citoyen doit prendre toute sa place dans les décisions, mais le débat reste encore trop souvent limité aux réactions devant la fermeture d'un service.

Passer d'une planification technocratique à des choix plus démocratiques suppose aussi qu'un débat soit ouvert sur la représentation sociale de la maladie ou du handicap... et donc que soient mieux connues les disparités, mais surtout les raisons qui nous les font ignorer ! ■

2. Lucas V., Tonnellier F., Vigneron E. Une typologie des paysages socio-sanitaires en France. Paris : Credes/Geos, 1998, n° 1220

3. D' B. Azema. Cinquième colloque de géographie et socio-économie de la santé. Paris : Credes, 1995.