

## II – Des sociétés inégalement développées

### Thème 1 (au choix) – Les inégalités devant la santé

*Environ 10 % du temps consacré à la géographie*

#### PROBLÉMATIQUES

La santé est **une composante du développement durable**. Elle doit être comprise et étudiée comme un système au sein duquel se combinent différents déterminants (ou facteurs) de la santé des populations. La santé dépend **des conditions environnementales** (la qualité du milieu, de l'air, de l'eau), de la **situation économique et sociale** (la pauvreté, le niveau de vie et d'éducation,...), de **l'offre de soins et des politiques publiques**, mais également de **déterminants culturels** traduits par des comportements (habitudes alimentaires, conduites à risques). Les déterminants de la santé recourent ainsi tous les piliers du développement durable. **La santé est nécessaire au développement économique et social d'un pays** et, inversement, **sa dégradation représente un frein au développement**. C'est le cas pour les pays les plus pauvres, massivement touchés par des épidémies infectieuses qui entraînent des évolutions régressives.

**L'amélioration de la santé au niveau mondial est une constante**, qui peut être soulignée à travers le gain considérable de l'espérance de vie à la naissance (de 35 ans en 1900 à 67 ans en 2010). Ce progrès est à relier à l'amélioration des conditions de vie, malgré des écarts considérables d'un Etat à l'autre. Mais cette amélioration s'accompagne **d'inégalités profondes à toutes les échelles spatiales, calquées sur les inégalités de développement**.

**Au niveau mondial, se dessine un fossé majeur entre les conditions sanitaires des pays riches et celles des pays pauvres** pour lesquels les indicateurs sanitaires et démographiques (morbidity, vaccination, espérance de vie, mortalité infantile ou maternelle) traduisent le médiocre état de santé des populations. Le mal développement, en fragilisant les déterminants de la santé (moindre accès à l'eau potable, malnutrition, faible scolarisation, faiblesses du personnel et des infrastructures médicales) accentue les risques sanitaires. Les pays pauvres cumulent différents types de pathologies ; des maladies chroniques, comme le cancer, ou l'obésité, jusqu'à présent limitées aux pays riches, sont devenues universelles et s'ajoutent aux pathologies transmissibles classiques qui affectent les pays pauvres. On se gardera toutefois d'une approche sans nuances en soulignant la diversité de la santé au sein du monde développé comme du monde pauvre.

**Au niveau des États, des inégalités sont marquées entre les régions, mais surtout entre les mondes ruraux et urbains**. C'est particulièrement vrai dans le monde en développement où l'on vit généralement mieux et plus longtemps en ville, grâce à un meilleur accès aux soins, un plus haut niveau de vie et d'éducation, malgré des pathologies liées à l'environnement urbain plus prégnantes ainsi qu'une situation sanitaire parfois désastreuse dans les quartiers pauvres des grandes villes.

Comment choisir l'étude de cas

Le programme prévoit une étude de cas au choix : une pandémie et sa diffusion dans le monde ou les infrastructures sanitaires dans un pays développé et dans un pays pauvre.

**Quel choix opérer parmi les pandémies qui affectent le monde aujourd'hui ?** Ce choix doit permettre de souligner l'inégale vulnérabilité des sociétés en fonction de leur niveau de développement. A cet égard et en raison du manque de recul, l'étude de la pandémie grippale (A/H1N1) doit être évitée. La tuberculose, pandémie majeure, est d'une approche plus complexe (en recrudescence en Afrique seulement, directement liée à la prévalence du sida). **L'étude du sida ou du paludisme** sont de nature à faire comprendre le lien entre **santé et développement**, l'étude du **paludisme** intégrant la dimension **environnementale à cette relation**.

**Les infrastructures sanitaires** offrent tous les choix possibles. On opposera, dans le cadre d'une démarche comparative, les infrastructures dans un pays développé, par exemple la France, ou un pays d'Europe du Nord (pour la qualité de leurs systèmes de santé) avec celles d'un pays pauvre, d'Afrique ou d'Asie (dont le choix est subordonné à l'existence de données fiables).

## DEUX EXEMPLES D'ÉTUDES DE CAS

### **La pandémie de sida et sa diffusion dans le monde**

Dans les années 1980, l'épidémie de sida était partagée entre l'Amérique du Nord et l'Europe d'une part, plusieurs régions de l'Afrique orientale, centrale et occidentale d'autre part. Trente ans plus tard, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a engendré l'une des épidémies les plus meurtrières de l'histoire de l'humanité (plus de 30 millions de morts). La géographie de la pandémie amène à distinguer l'Afrique subsaharienne (et plus particulièrement l'Afrique australe) avec plus de 22 millions de personnes infectées sur les 33 millions décomptées dans le monde, de l'Europe de l'Ouest et de l'Amérique où l'épidémie est relativement contrôlée, mais également de l'Asie du Sud-est et de l'Europe orientale où elle se propage rapidement aujourd'hui. La pandémie concerne pour l'essentiel les pays en développement (90% des cas) où elle est devenue un immense problème de santé publique. Le sida prospère à la fois sur les populations les plus pauvres et les moins instruites, sur les fractures des sociétés et des structures d'encadrement dans le cas de la fragilité de certains États. La féminisation de la pandémie devra être soulignée comme marqueur des inégalités entre les sexes, et de la dégradation de la condition féminine. La pandémie a des impacts dramatiques, au plan démographique, mais plus encore sur le développement : recul de l'espérance de vie, apparition de générations d'orphelins à charge de leurs grands parents, quasi disparition de l'élite qualifiée des actifs (enseignants, soignants) et d'une partie de la main d'œuvre agricole. En matière de prévention et de traitement du sida, même si des progrès ont été accomplis (accès libre aux antirétroviraux génériques, Fonds mondial pour la lutte contre le sida), c'est un fossé qui sépare les pays développés des pays les plus pauvres, dont les pays de l'Afrique subsaharienne, où se trouvent les malades et les besoins en traitements ; mais la diffusion de ces traitements est lente et insuffisante.

### **Les infrastructures sanitaires dans un pays développé et dans un pays pauvre.**

Les infrastructures sanitaires en France peuvent être comparées à celle d'un pays pauvre, comme le Mali par exemple. On insiste sur quelques points clés de comparaison. La démarche peut partir d'indicateurs simples (mortalité infantile ou maternelle, espérance de vie du pays) et les relier aux infrastructures sanitaires, objet de l'étude. On privilégie quelques données clés : nombre de personnels de santé ou de médecins par habitant, réseau des hôpitaux et dispensaires, suivi médical des femmes et contraception, .... En France, ces infrastructures orientent le système de santé vers la prévention et garantissent une offre de soins sur l'ensemble du territoire, accessible à tous (sécurité sociale et CMU) ; elles constituent un déterminant majeur de la santé des populations. Des nuances peuvent être apportées au regard de déséquilibres territoriaux que l'on peut corrélérer aux indicateurs de santé (écarts régionaux entre le Nord et le Sud du pays par exemple). Au Mali, ces infrastructures, incomplètes ou indigentes, n'offrent pas les mêmes garanties et révèlent des inégalités sociales et spatiales (villes/campagnes). Les

efforts du gouvernement, le rôle majeur joué par les organisations internationales et les ONG dans l'amélioration des infrastructures peuvent être soulignés.

## MISE EN PERSPECTIVE

Quelle que soit l'étude de cas retenue, **la mise en perspective se fait par d'étude de quelques planisphères de la santé** : nombre de médecins ou de soignants par habitant, dépenses de santé, espérance de vie à la naissance, mortalité infantile, vaccination, prévention, qui amènent au constat des grandes inégalités sanitaires dans le monde.

## PIÈGES À ÉVITER DANS LE MISE EN ŒUVRE

- **Réduire la santé et sa géographie à la maladie.** On se référera aux définitions globales de la santé proposées par l'OMS.
- **Privilégier une approche biologique de la pandémie** (risques et modes d'infection, effets biologiques) au détriment de l'analyse géographique. Des passerelles devront obligatoirement être effectuées avec l'enseignement des SVT qui permettront d'éviter cet écueil.
- **Verser dans le fatalisme.** On montrera le rôle des acteurs dans les progrès de la santé : communauté internationale, ONG, pouvoirs publics. Le volontarisme et les mobilisations à toutes les échelles ont pu contenir des épidémies, inverser des tendances et sont porteurs d'espoir : ainsi, le recul de la prévalence du paludisme, la prévention du sida, l'accès libre aux médicaments génériques....

## POUR ALLER PLUS LOIN

- Salem G., Vaillant Z., Atlas mondial de la santé, Autrement 2008.
- Besancenot J.-P., Notre santé à l'épreuve du changement climatique, Delachaux et Niestle, 2007.
- Vigneron E., Santé et territoires, la Documentation photographique, N°8015, 2000.
- Amat-Roze J.-M., l'infection VIH/Sida : l'image de la fracture Nord-Sud ? <http://geoconfluences.ens-lsh.fr> (2004).
- Actes du FIG de Saint-Dié, Géographie de la santé, 2000 : <http://fig-st-die.education.fr>
- Site de l'OMS : [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr)
- Victor J.-C., Le dessous des cartes, Arte. <http://arte.tv/fr> pour les émissions ; les cartes de la santé dans le monde et du sida sont disponibles sur DVD et dans l'Atlas d'un monde qui change, le dessous des cartes, volume 2, Arte/Tallandier 2009.