

Permanence et changement de la carte de la mortalité en France

Virginie DUFOSSÉ et Pierre-Jean THUMERELLE

On réduit souvent les inégalités devant la mort à leur dimension individuelle, combinaison de prédisposition héréditaire, de comportements et d'aléas de l'existence. Certes, on accorde leur juste place au genre, distinction biologique de base, et à la catégorisation socioprofessionnelle, première cause de différenciation comportementale : pour la période 1991-1999, l'écart entre l'espérance de vie à 35ans des cadres et professions intellectuelles supérieures et celle des ouvriers s'est élevé à 7 ans pour le sexe masculin, 3 ans pour le sexe féminin. Par contre, il est toujours rare qu'on s'attarde sur les différences géographiques de mortalité, considérées soit comme une simple résultante des différences locales de composition socioprofessionnelle des populations, soit comme la confirmation de la supériorité de la gastronomie du Midi en général et du Sud-Ouest en particulier (le fameux paradoxe français). Et pourtant, en 1999, l'écart absolu d'espérance de vie à la naissance entre arrondissements métropolitains s'élevait à 10,3 ans pour les hommes et 5 ans pour les femmes. Cela voudrait-il dire que, nonobstant leurs différences socioprofessionnelles, tous les habitants de la République ne sont pas semblablement tributaires de la mortalité sur l'ensemble de son territoire, comme le suppose a priori le principe d'égalité de traitement par la Sécurité sociale ? L'incongruité de cette question explique pourquoi les écarts géographiques de durée de vie, que des travaux pionniers ont reliés aux inégalités des systèmes socio-spatiaux régionaux, sont demeurés des curiosités scientifiques jusqu'à ce que la planification sanitaire impose de mettre cartes sur table. Cette dernière a suscité la réalisation de l'*Atlas de la santé en France* (1999) qui a largement mis en lumière l'iniquité territoriale de la mortalité. On en maîtrise encore mal les explications, mais il ne s'agit pas que d'une question scientifique, c'est aussi une question de société, fondamentale.

1. Changements et permanences dans les configurations spatiales de la mortalité

1.1. L'ampleur des écarts entre échelons géographiques

Plusieurs régions se disputent depuis une vingtaine le record de la plus longue durée moyenne de vie : Poitou-Charente, Midi-Pyrénées, Rhône Alpes et Île-de-France. Par contre, c'est toujours la même région, le Nord-Pas-de-Calais, qui se détache pour la plus courte durée moyenne de vie, aussi bien en ce qui concerne le sexe féminin que le sexe masculin. En 1999, les hommes vivaient dans le département de Paris 2,2 ans de plus qu'en moyenne en France, et dans le département du Pas-de-Calais 3,5 ans de moins. Les écarts s'amplifient à mesure que l'on descend dans la hiérarchie territoriale. Ainsi, aux 78,3 ans de l'arrondissement de Gex (Ain), s'opposaient les 69,7 ans de celui de Lens (Pas-de-calais), soit la même différence qu'entre l'Islande et la Roumanie ou la France et la Biélorussie. L'évolution va-t-elle dans le sens d'un resserrement autour de la moyenne nationale ? La réponse serait plutôt positive si on ne considérait que les données encadrant les deux derniers recensements, mais plus réservée pour de plus longues durées. On est passé d'un écart maximal de 6,6 ans pour l'espérance de vie masculine par zones d'emploi en 1975, à 10,3 ans en 1990, puis 8,8 ans en 1999.

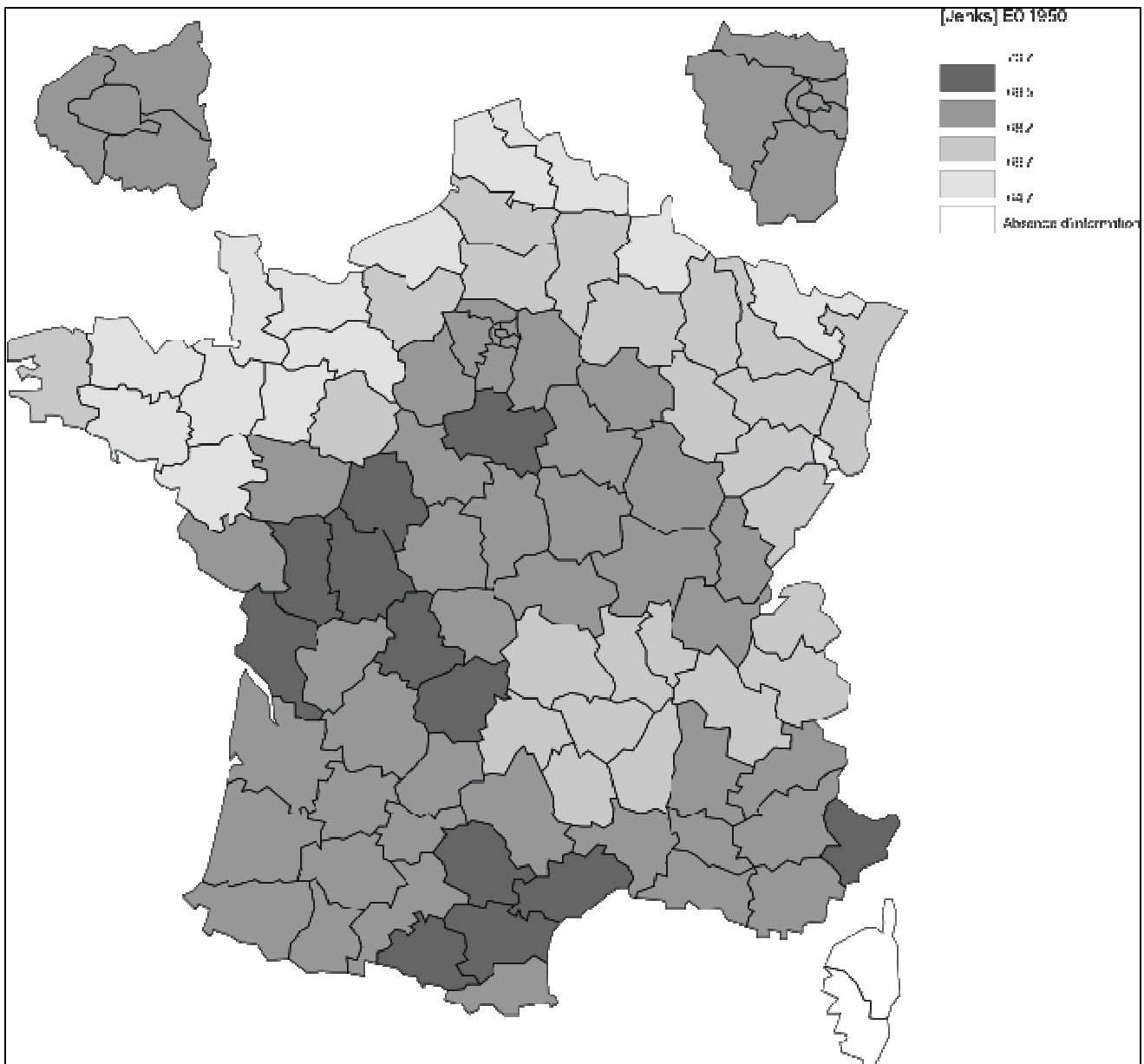
Les résultats sont moins tributaires des découpages territoriaux qu'on ne pourrait penser, car ils diffèrent peu selon qu'on se réfère aux arrondissements, aux aires urbaines de plus de 50 000 hab. ou aux zones d'emploi. Les agrégats statistiques en fonction de la taille des

communes ont perdu leur pertinence avec le changement récent des contenus sociaux des types de peuplement : il y a moins d'un an d'écart entre les espérances de vie des deux sexes de l'ensemble des communes rurales, de l'ensemble des agglomérations de moins de 50 000 hab. et de l'ensemble des agglomérations de 50 000 hab. ou plus. Globalement l'opposition entre villes-centres et banlieues n'a guère davantage de sens, d'autant plus que dans beaucoup d'aires urbaines les distributions entre populations plus ou moins favorisées ne répondent pas à des catégorisations urbaines aussi élémentaires.

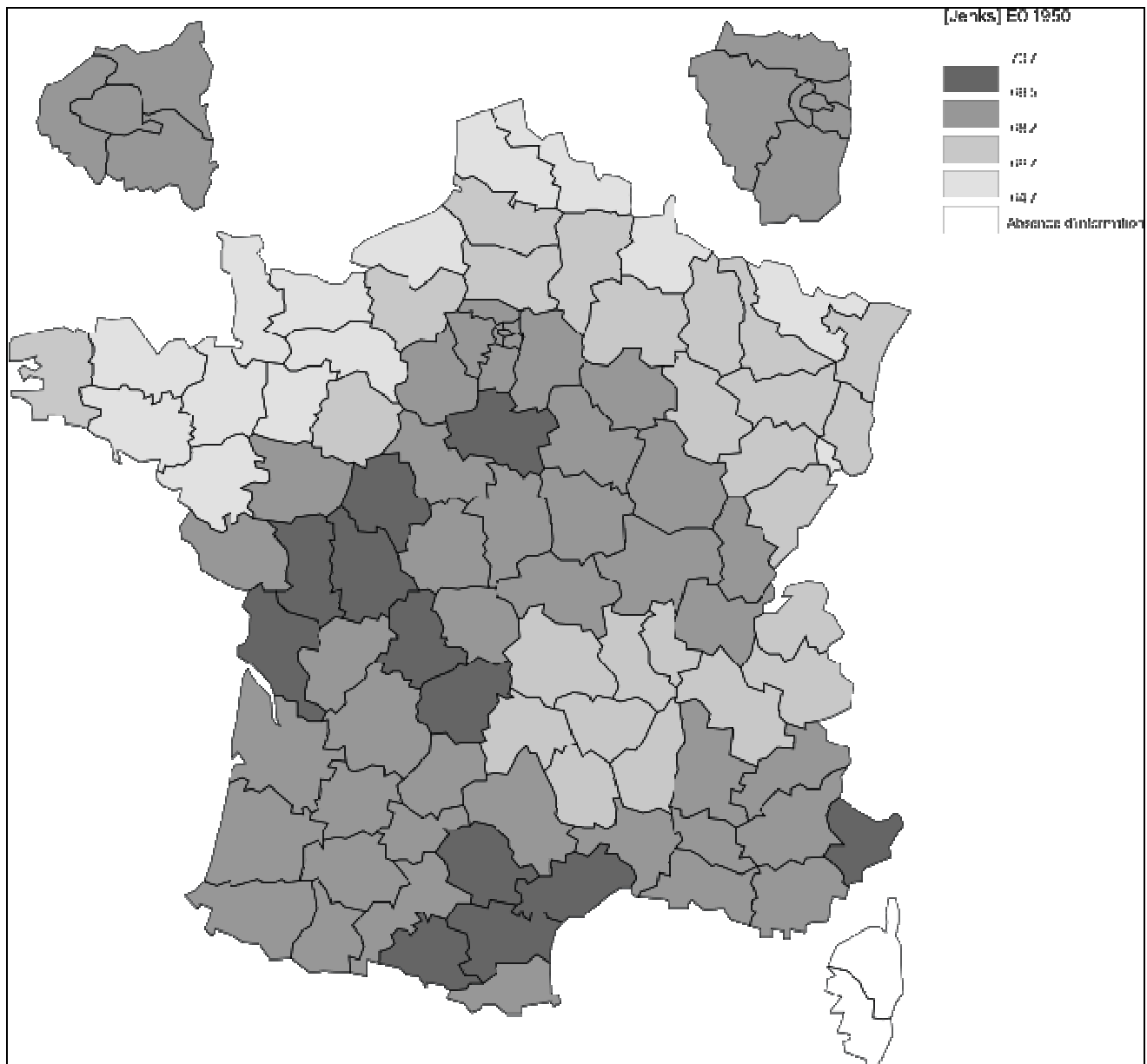
Les grandes agglomérations se différencient davantage entre elles qu'elles ne se distinguent de leur environnement régional. Il y a rarement de différences importantes entre les villes d'une même région et entre les centres-urbains et leurs périphéries, dans les zones à courte espérance de vie moins encore que dans les zones à longue espérance de vie. Ces agrégations sur base régionale ont été peu remises en cause par la croissance globale de l'espérance de vie.

1.2. La carte de l'espérance de vie

DURÉE MOYENNE DE VIE, LES DEUX SEXES, 1953-1955



DURÉE MOYENNE DE VIE, LES DEUX SEXES, 1967-1969

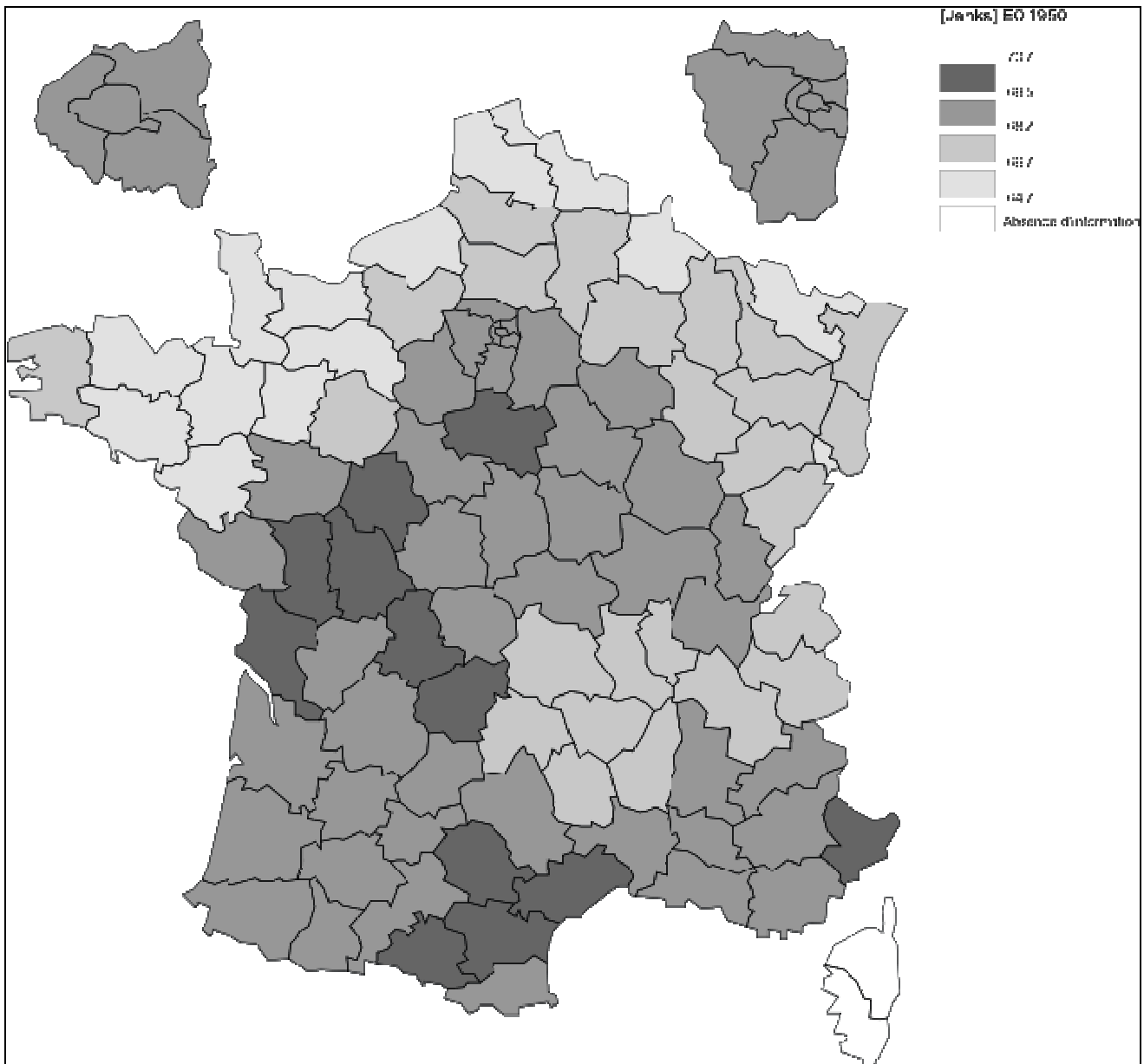


Sur les cartes départementales de l'espérance de vie à la naissance de 1999, une sorte de T — correspondant aux zones de plus courte espérance de vie à la naissance, c'est-à-dire le croissant septentrional, étiré de la Bretagne à l'Alsace, complété par un axe méridien des Ardennes à l'Auvergne — s'emboîte dans un sorte de U, correspondant aux zones de plus longue espérance de vie, allant de l'Île-de-France aux Pyrénées et de la Méditerranée la Côte D'or. Les cartes par zones d'emploi n'introduisent que des délimitations plus fines des zones de surmortalité. L'Île-de-France, qui apparaît comme un puissant coin de faible mortalité enfoncé dans la France septentrionale des plus fortes mortalités, n'est pas monolithique, ses flancs nord et est s'apparentent à la Picardie ou à la Champagne voisines, tandis que le reste de la région détient des espérances de vie parmi les plus élevées de France. Les différenciations spécifiques selon le sexe et l'âge sont mineures, la mortalité aux grands âges pesant lourdement sur les différences d'espérance de vie à la naissance.

Dès 1968, où la France paraissait plus nettement coupée entre son tiers nord et son deux-tiers centre et sud, un croissant septentrional de zones à espérance de vie plus brève, courant de la Basse Loire à l'Alsace, s'opposait vigoureusement au reste de la France. À ce dispositif, qui commençait à se prolonger vers le massif Central en 1982, s'était adjoint en 1999 une sorte de

dorsale de surmortalité, étendue de l'Ouest de la Champagne et de la Bourgogne jusqu'au sud de l'Auvergne et la Lozère. Elle correspond à la zone de profonde ruralité et de dépeuplement souvent qualifiée de « diagonale du vide ». Cette dorsale, renforcée depuis, est flanquée — à l'ouest d'une zone traditionnellement de faible mortalité (Centre-Ouest avec un épïcêtre sur Tours et Sud-Ouest avec un épïcêtre entre Auch et Tarbes), qui a conservé pour l'essentiel ses positions — à l'est d'une zone dont les espérances de vie, naguère de niveau intermédiaire, figurent aujourd'hui parmi les plus élevées de France : Centre-Est avec un épïcêtre sur Dijon et Sud-Est avec un épïcêtre sur les Alpes de Provence. L'agglomération parisienne, longtemps plutôt proche de la moyenne française, est venue perturber le classement quelque peu mouvant entre ces zones, en se plaçant aux premiers rangs.

DURÉE MOYENNE DE VIE, LES DEUX SEXES, 1998-2000



C'est cette émergence qui a produit le changement sans doute le plus décisif des deux dernières périodes intercensitaires. Ce qui a par contre le moins changé, c'est le positionnement des zones de surmortalité la plus grave. La Bretagne et la Basse Loire ne sont plus les régions ayant les plus brèves durées moyennes de vie, bien que ce soient les seules qui aient figuré deux siècles durant parmi les zones les moins favorisées. Haute-Normandie, Champagne-Ardenne et Lorraine se sont quelque peu rapprochées de la moyenne nationale. Le Nord-Pas-

de-Calais s'en est trouvé plus isolé en dernière position, et paraît du même coup plus que jamais en décrochage avec le reste du pays.

1.3. Les différences par âge et par cause

Les disparités spatiales de mortalité de la population âgée de 45 ans ou plus se calquent en toute logique sur celles de la mortalité générale, puisque cette classe d'âge supporte plus des quatre cinquièmes des décès. Aux très jeunes âges, on ne retrouve pas par contre la disposition en T des zones de surmortalité (Bassin parisien, agglomération de Paris exclue, et quelques départements ruraux du Sud-Ouest). Entre 15 et 24 ans non plus. La mortalité à cet âge, essentiellement accidentelle, est fonction du degré de ruralité des départements et d'usage de véhicules motorisés : la France du Sud est beaucoup plus concernée que celle du Nord. Entre 25 et 44 ans, la surmortalité relative est autant méditerranéenne (effet du sida) que nordiste (pour les mêmes causes que les classes plus âgées) et surtout une affaire bretonne (suicide).

La synthèse des causes de décès en 1990 (profils de mortalité) que propose l'Atlas de la santé en France, montrait que les deux grandes articulations en U et en T ne sont pas monolithiques. Dans les types masculins de sous-mortalité, le midi et l'agglomération parisienne (à mortalité minimale pour les tumeurs et les maladies associées à l'alcoolisme, mais à surmortalité par maladies infectieuses et sida) se distinguait du Centre-Ouest et du Centre-Est (sous-mortalité quasiment pour toutes causes sauf le suicide). Dans les types masculins de surmortalité, les différences étaient plus marquées. De la Champagne à l'Auvergne, les taux de mortalité étaient égaux ou légèrement supérieurs à la moyenne française pour toutes causes. De la Bretagne au Sud de la Picardie, la surmortalité était plus accusée pour les tumeurs et les cardiopathies, dans un contexte où alcool et suicide jouaient un grand rôle. De la Somme à l'Alsace, en gros dans les régions d'industrialisation ancienne qui s'allongent le long des frontières belges et allemandes, la surmortalité était encore plus accusée, pour quasiment toutes les causes, et particulièrement pour les maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire : alcoolisme associé au tabagisme, environnement industriel. Elle atteignait un maximum dans l'ancien bassin minier du Nord-Pas-de-Calais.

2. Interrogations sur l'origine des inégalités spatiales de mortalité

Depuis, la situation relative de ce dernier, et plus généralement de tout le Nord-Pas-de-Calais ne s'est guère améliorée. La jeunesse de cette région (20% de moins de 20 ans et 18,7% de 60 ans ou plus contre respectivement 24,8% et 21% en moyenne en France) aurait du contribuer à y minimiser le nombre de décès. Au contraire, dans le Nord-Pas-de-Calais, qui regroupe 6,6% de la population française, on a enregistré pour la période 1997-2002 : 9,7% des décès nationaux par maladies de l'appareil respiratoire, 9,1% des décès par maladie de l'appareil digestif, 7,1% des décès par tumeur. L'indicateur comparatif de mortalité par causes de décès s'élève pour les deux sexes à 181 pour les cancers des voies digestives supérieures (204 pour les hommes), à 150 pour les maladies cardio-vasculaires, à 132 pour les cancers du sein, à 125 pour les suicides, à 122 pour les cancers du poumon, etc. Les écarts se creusent pour l'incidence des tumeurs de l'appareil respiratoire, des voies digestives supérieures et du cancer du sein.

Des différences existent à l'intérieur de la région, mais l'homogénéité est plus grande que n'importe quelle autre région. Le caractère privilégié de l'Artois et de la Flandre intérieure et de l'agglomération de Lille n'est que relatif, avec les indicateurs comparatifs de mortalité les plus bas du Nord-Pas-de-Calais mais néanmoins supérieurs de 17% à 24% à la moyenne nationale dans les zones d'emploi de Lille et de Roubaix-Tourcoing. Dans les autres zones, on se situe bien au-delà : avec des records de 52% au-dessus de la moyenne nationale pour les hommes et 42% pour les femmes dans la zone d'emploi du Valenciennois et de 65 et 43% dans celle de Lens.

2.1. Environnement industriel et santé

Que cette surmortalité extrême soit à mettre en rapport avec le caractère industriel ancien du Nord-Pas-de-Calais ne saurait être contesté, mais celui-ci a une incidence beaucoup moins directe qu'on ne le pense a priori. Presque tous les anciens mineurs atteints de silicose sont décédés et les maladies professionnelles reconnues (9 à 10% des cas français) ne sont responsables que d'une cinquantaine de décès par an. Elles n'expliquent donc en rien la surmortalité masculine et encore moins celle des femmes, même si elles sont un facteur aggravant de nombreuses autres affections.

Faut-il plutôt incriminer la combinaison de la pollution d'origine industrielle à la pollution urbaine et par les transports, dans une région à urbanisation dense et très étalée, point de passage obligé vers le Tunnel sous la Manche et les grands ports d'Anvers et Rotterdam ? 13,5% des sites pollués répertoriés au niveau français sont situés ici, sur 2,2% du territoire métropolitain. 26,5% de ces sites sont encore en activité dans le Nord, principalement dans les agglomérations de Lille et de Dunkerque, et 45% dans le Pas-de-Calais principalement sur l'ancien bassin minier et Calais (96 établissements classés Seveso dont 47 en seuil haut). La plupart des sites abandonnés demeurent dangereux : terrils encore actifs, déchets mal éliminés, épandages de produits chimiques au cours de décennies, infiltration dans les sols et les eaux, retombées pérennes de poussières et de substances chimiques accumulées dans l'atmosphère longtemps des années encore après la fin de l'activité minière ou industrielle. Les rejets industriels (dioxyde de soufre, oxydes d'azote, monoxyde de carbone, composés organiques volatils non méthaniques...) sont encore très significatifs sur certains sites (Dunkerque, Lille, Lens, Douai et Valenciennes) mais, à l'échelle de la région, la pollution atmosphérique d'origine industrielle vient derrière la pollution plus banale liée aux transports. Le tabagisme masculin, trop répandu dans la région, aggrave sans aucun doute la vulnérabilité à la pollution atmosphérique. Mais pourquoi y-a-t-il surmortalité des hommes et femmes par maladies de l'appareil respiratoire et sous-mortalité significative des femmes de la région par rapport à la France entière par tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée.

2.2. Les différences de composition socioprofessionnelle et de revenu

La dimension sociale de la spécificité industrielle du Nord-Pas-de-Calais (qui n'était pas aussi réduite qu'aujourd'hui lorsque les classes âgées très exposées à la mortalité étaient en activité) serait-elle plus fondamentale que la pollution ? Les probabilités de mourir d'un cancer du poumon ou des voies respiratoires sont en moyenne en France 5 fois plus élevées pour un ouvrier que pour un cadre, celles de mourir d'alcoolisme 10 fois. Or, on compte encore au recensement de 1999 7,1% de cadres et professions libérales dans le Nord-Pas-de-Calais contre 9,6% en moyenne en France, 3,7% d'artisans et commerçants contre 5%, 13,3% de professions intermédiaires contre 14,1% et au contraire 24,6% d'ouvriers contre 19,4% en moyenne en France. L'occupation professionnelle antérieure de la population retraitée était beaucoup plus souvent ouvrière que celle des générations plus jeunes. Le niveau d'instruction, qui détermine en grande partie la durée moyenne de vie, s'en ressent : le taux d'instruction post-élémentaire des plus de 30 ans est le plus faible de France.

Mais c'est moins la composition socioprofessionnelle de la population que la précarisation d'une part importante de la population, depuis le laminage des emplois industriels, qui détermine la surmortalité. Le Nord-Pas-de-Calais fait partie (avec la Corse et le Languedoc-Roussillon) des régions où les revenus déclarés sont les plus faibles. 55% des foyers fiscaux (61% et 64% dans les arrondissements de Valenciennes et de Lens) n'y sont pas imposables. Le chômage (avec en permanence presque 4 points au-dessus de la France entière) associé à la fréquence des familles nombreuses (16% de familles de 3 enfants ou plus contre 11% en moyenne en France) ont rendu dépendante de l'aide sociale une proportion de population plus importante qu'ailleurs : 2 fois plus de bénéficiaires de l'allocation parent isolé

et une fois et demie du RMI et de la CM U (10,7% des habitants concernés) qu'en moyenne en France.

Sont associés à ces indicateurs tous les autres indicateurs de mauvaises conditions de vie comme la proportion de population vivant dans des logements anciens ou sans confort, l'intoxication par monoxyde de carbone, etc. Dans le budget des familles, très inférieur à la moyenne nationale, les dépenses de santé et d'alimentation (notamment de produits frais) sont compressées. Par contre celles d'alcool (+11% au dessus de la moyenne) et de tabac sont largement sur-représentées.

2.3. Alcool et tabac

La carte de la mortalité par alcoolisme (avec des écarts de taux allant de 1 à 7 entre zones d'emploi) se calque suffisamment bien avec celle de la mortalité générale pour établir la corrélation entre les sous et surmortalités régionales et la consommation d'alcool. Elle traduit aussi des différences régionales d'attitude face aux vins, bières, apéritifs et spiritueux. Mais il n'existe pas en France de statistiques décrivant la consommation de boissons alcoolisées, sujet tabou par excellence compte-tenu de l'importance économique de la production et de la consommation de ces boissons. Ainsi, d'après les enquêtes, déjà anciennes, on constate que moins des deux tiers de la population adulte du Nord – Pas-de-Calais consomme des boissons alcoolisées (c'est-à-dire bien moins que la moyenne française et surtout des régions Aquitaine ou Midi-Pyrénées) et le nombre moyen de verres d'alcool consommés y est, lui aussi, inférieur à la moyenne. Par contre la quantité d'alcool consommée par personne dépasse de 53% la moyenne nationale, ce qui vient confirmer l'arrière plan socioculturel de la consommation d'alcool. Dans une population régionale où globalement les abstinentes sont plus nombreux qu'en France, surtout chez les jeunes, certains groupes sont de très grands consommateurs d'alcool. La mortalité régionale par pathologies liées à l'alcoolisme est supérieure de 72% à la moyenne nationale pour les hommes et 116% pour les femmes. Ce sont les zones les plus touchées par le chômage, et notamment le chômage des jeunes adultes, les plus dépendantes des aides sociales, qui sont les plus frappées par la mortalité d'origine alcoolique (+200% dans les agglomérations de Valenciennes et de Douai-Lens) et celles où elle se manifeste la plus précocement. Elle est la cause principale de la mortalité prématurée, puisque les pics de mortalité alcoolique se situent entre 40 et 55 ans. Enfin, si globalement la consommation d'alcool tend à se réduire, elle le fait moins rapidement dans la région qu'en moyenne en France.

Il est encore plus difficile d'apprécier les différences géographiques de la consommation de tabac que celle de la consommation d'alcool, sinon par la mortalité qui en découle. L'ICM¹ par tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée de la région Nord – Pas-de-Calais montre une surmortalité significative de près de 40% par rapport à la France entière pour les hommes et de plus de 20% pour les femmes. Tous les arrondissements miniers (Béthune, Lens, Douai, Valenciennes) connaissent des chiffres supérieurs à l'ICM régional en ce qui concerne la mortalité masculine tous âges, celui de Lens connaît une surmortalité prématurée des hommes particulièrement importante. Il s'y produit plus qu'une combinaison aggravante des facteurs de surmortalité. Cette rétroaction entre tabagisme, alcoolisme,

¹ ICM (Indice Comparatif de Mortalité avant 65 ans): Cet indicateur, calculé par la méthode de la standardisation indirecte, permet de comparer les niveaux de mortalité en éliminant les biais introduits par les différences de structure par âge. Il s'agit du rapport (multiplié par 100) entre le nombre de décès observés pour chaque sexe au sein des zones géographiques à comparer et le nombre de décès que l'on obtiendrait en appliquant à la population de chacune de ces zones les taux de mortalité par âge d'une population de référence, la France Métropolitaine ou l'Union Européenne par exemple. Ces ratios sont calculés indépendamment. Un indice de 100 indique que la mortalité de la zone géographique est de même intensité que celle de la population de référence, un indice de 130 signifie une mortalité supérieure de 30%, un indice de 90, une mortalité inférieure de 10%.

pollution industrielle, bas niveau socioculturel et crise économique et sociale démontre l'existence de systèmes territoriaux de santé et par là de mortalité. Dans le cas du Nord-Pas-de-Calais et de ses périphéries picardes et ardennaises, il est relativement facile à mettre en évidence un tel système régional qui ne se décline localement qu'en quelques variantes proches les unes des autres. Il n'est pas possible dans une aussi courte communication de décrire les différents systèmes de santé de l'espace national. Celui du Sud-Ouest, qui génère une longue espérance de vie est, par exemple, aussi typé que celui du Nord-Pas-de-Calais.

2.4. L'enfoncement dans la surmortalité

Ces systèmes ne sont pas figés. Le classement du Nord-Pas-de-Calais en queue des régions les moins favorisées pour la durée moyenne de vie ne remonte pas du tout à la révolution industrielle, bien cette région fut la seule de France où elle revêtit les mêmes formes qu'en Angleterre ou en Allemagne. Après avoir payé la rançon de l'urbanisation et de l'industrialisation, précoce, elle bénéficia au contraire dès la seconde moitié du XIX^{ème} siècle de leurs bienfaits relatifs, notamment d'un début de protection sociale et de surveillance médicale. De 1861 à 1891, les taux de mortalité des départements du Nord et du Pas-de-Calais se sont alignés sur la moyenne nationale pour les classes âgées de moins de 15 ans ou de plus de 60 ans, et lui furent inférieurs pour les classes d'âge intermédiaires. Cette situation plutôt favorable persista jusque dans les années 1930 malgré la dévastation de la région par la Première guerre mondiale. La région a ensuite accusé un retard dans la régression de la mortalité infantile et juvénile, puis perdu sa sous-mortalité relative aux âges adultes. Au début des années 1950, à presque tous les âges et pour chacun des deux sexes, les taux de mortalité des départements du Nord et du Pas-de-Calais s'étaient alignés sur la moyenne nationale. 20 ans plus tard, tous les arrondissements, toutes les unités urbaines, toutes les zones d'emploi de la région avaient glissé aux tout derniers rangs nationaux. Contrairement aux idées reçues, la surmortalité nordiste, qui n'existait pas lorsque l'industrie fournissait plus de 60% des emplois régionaux et que la région était le fer de lance de l'expansion économique nationale, est donc apparue avec la disparition de la spécificité industrielle (et paradoxalement avec la réduction corrélative des nuisances). Elle a été une des plus dramatique conséquence de la brutale perte de sens de milieux géographiques et humains très particuliers qui s'étaient constitués au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles autour de formes d'industrialisation, peu fréquentes ailleurs en France à une telle échelle.

Lorsque, après la Guerre de 14-18, la région, jugée stratégiquement trop vulnérable, ne fut plus entraînée par la spirale de l'expansion et de l'innovation, les handicaps qui pesaient sur sa structure socio-géographique interne ont immédiatement bloqué ou ralenti les évolutions. La société régionale s'est figée insensiblement sur ses traditions et ses systèmes de valeurs, sans réaliser qu'ils relevaient d'un autre temps et qu'ils devenaient causes de retard. La perte quasi totale de l'attraction sur les populations des autres régions françaises, qui avait toujours été faible même à l'époque de la grande expansion industrielle ou des reconstructions, a accentué les tendances régionales au repli sur soi et la région est passée en grande partie à côté des progrès de l'éducation et de l'accès aux soins.

Les écarts se sont creusés entre une partie de la société régionale, toutes classes confondues, qui n'était pas concernée par la mutation (comme celles de la fonction publique par exemple) ou qui a bénéficié du renouveau économique, et celle qui en a subi les contre-coups. La masse des laissés pour compte, fragilisés et paupérisés, a été particulièrement nombreuse ici, notamment dans les zones où la crise a été la plus profonde et semble devoir durer interminablement (le Centre de l'ancien bassin minier, les agglomérations portuaires de Boulogne et Calais). Trop de jeunes désœuvrés et sans espoir s'y sont réfugiés dans une consommation de tabac et de bière, dont découle la mortalité prématurée par alcoolisme, cancers des voies respiratoires, suicide...

2.5. La rétroaction entre comportements et système de soin

Les mêmes causes ayant les mêmes effets, peut-on expliquer la spécificité des comportements démographiques du Nord-Pas-de-Calais par les mentalités et les habitudes de vie, les systèmes collectifs de valeurs, qu'on qualifie d'identité régionale ? Il est certain que le repli de la société du Nord-Pas-de-Calais sur elle-même (avant même l'émergence de la crise industrielle de la seconde moitié du XX^{ème} s.), et la puissance des traditions familiales, qui ont créé des formes chaleureuses de sociabilité, sont devenus peu à peu des facteurs d'archaïsme ou de paralysie, qui ont longtemps assuré le maintien d'une surfécondité et d'une surnuptialité et plus durablement encore d'une surmortalité. Il est à l'origine de faits culturels, d'attitudes face à la santé et aux soins, qui ont perduré lorsque l'économie et la composition sociale de la population ont changé.

On en retiendra quelques exemples. Un nordiste sur deux ne consulte pas un médecin lorsqu'il se sent malade et se soigne seul. Les dépenses de santé des habitants du Nord-Pas-de-Calais sont du même coup inférieures de plus de 20% à la moyenne française. Mais de nombreuses maladies sont ainsi diagnostiquées trop tard et les urgences hospitalières débouchent donc plus souvent sur une hospitalisation immédiate (+22%). L'étude de l'ORS Nord-Pas-de-Calais de 1996 sur le recours aux soins indique : « Lorsqu'un besoin de recourir aux soins existe, les comportements de la population ne sont ni adaptés ni pertinents (en raison de sa méconnaissance du système de soins, par exemple) ou ce sont les réponses apportées par le système de soins régional qui ne le sont pas. Les effets s'en ressentent dès l'enfance et un phénomène de cumul avec l'âge alourdit la mortalité prématurée ».

Car le système régional de soins n'est toujours pas devenu performant par rapport au niveau national. Certes, une partie du déficit historique de la région sur le plan des équipements de santé a été comblée, tant en capacité d'accueil des établissements (et notamment des hôpitaux publics) qu'en proportion de médecins par habitant. Mais la dotation par habitant des hôpitaux publics demeure la plus faible de France alors que la proportion de malades graves est la plus élevée. Le déficit en médecins spécialistes et en infirmiers persiste. Consulter un spécialiste relève de plus en plus du parcours du combattant, et exclut l'urgence. Tout ceci peut facilement se transposer en termes de fréquence et de qualité des consultations, de disponibilité des médecins et de suivi des patients, et surtout en termes de renforcement de la discrimination sociale en matière de santé, due simplement à la capacité très variable de la population à utiliser un système de soins en relative surcharge. Mais toute la France du T de surmortalité est plus ou moins concernée par ces mêmes problèmes. Sur les cartes de la « mortalité évitable » liée au système de soins l'*Atlas de la santé en France*, les taux sont inversement corrélés aux espérances de vie à la naissance. Ces cartes témoignent d'une iniquité territoriale d'autant plus choquante qu'elle résulte en grande partie d'une répartition partielle de moyens publics.

Conclusion

Certes, il a toujours existé et il existera toujours des différences géographiques de mortalité et on ne peut attendre de la planification hospitalière, destinée à abaisser le coût des soins, qu'elle corrige les inégalités territoriales. Elle est trop dépendante d'un système de sécurité sociale fondé sur le remboursement des soins et non sur les besoins. Par effet mécanique la sécurité sociale attribue plus de ressources là où la consommation médicale est proportionnellement importante que là où la consommation est moindre. La réduction des différences de mortalité relève donc d'un domaine plus hautement politique qui suppose un traitement des territoires suffisamment inégalitaire pour assurer le rattrapage, non seulement en termes de système de soins mais aussi d'utilisation de ce système. L'exemple de l'éducation montre qu'il est possible de réduire ce type d'inégalités territoriales lorsque l'attente des populations l'impose, mais la prise conscience des inégalités de santé est encore trop faible dans les régions les moins favorisées pour peser sur le politique.