

## DOSSIER DOCUMENTAIRE = mortalité et inégalités dans le monde



- 1) **Quelle est l'évolution de la mortalité à l'échelle du monde ? pourquoi ?**
- 2) **Démontrez que les taux de mortalité à l'échelle du monde sont très inégaux et qu'ils reflètent des situations socio-économiques**
- 3) **Quelles sont les principales inégalités face à la mort ?**

### **Document 1 = Les progrès de la santé mondiale**

Le bond en avant de l'hygiène et de la médecine moderne a transformé l'approche de la santé humaine. Dans la plupart des pays, celle-ci a été reconnue comme un droit. L'intérêt qu'elle suscite a fait gagner en un siècle, au Nord comme au Sud, plus de trente années de vie. Mais les revers existent, et les succès profitent plus aux uns qu'aux autres. / par Adélaïde Robert-Géraudel

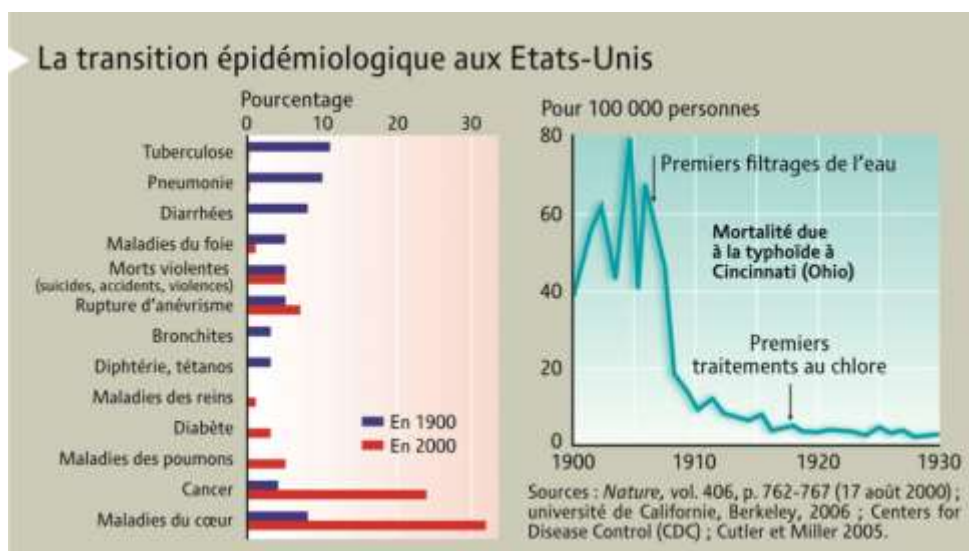
En France, une femme née en 1910 pouvait espérer vivre cinquante-trois ans. Quatre de plus qu'un homme – et, surtout, vingt de plus qu'une femme née la même année au Chili. La raison de ce phénomène n'est pas à chercher dans les avancées thérapeutiques. C'est le fruit du progrès social, économique et politique amorcé au XIXe siècle : recul de la malnutrition ; développement de l'instruction ; diminution du travail des enfants ; mise en place de programmes de santé publique, nationalement et internationalement.

Voilà qui n'a pas empêché les 50 millions de victimes de la grippe espagnole en 1918, un bilan plus lourd que celui de la Première Guerre mondiale. Mais des maladies infectieuses comme le choléra ou la fièvre typhoïde ont battu en retraite. Et, dans la France des années 1930, pour la première fois, on meurt davantage du cancer que de la tuberculose.

La généralisation de la vaccination par le BCG (bacille de Calmette et Guérin, nom donné au vaccin contre la tuberculose) et la découverte de la streptomycine accentuent la tendance. La révolution sanitaire prend de l'élan grâce à l'essor fulgurant de la médecine et de la pharmacologie. Ces changements bénéficient aux pays du Sud, notamment dans la lutte contre le paludisme et son vecteur, le moustique anophèle. En 1939,

en effet, les propriétés neurotoxiques du DDT sur les insectes sont vérifiées. Dès 1943, les Américains répandent ce DDT à Naples pour enrayer une épidémie de typhus. Deux ans plus tard, un programme d'éradication du paludisme à base de DDT et de chloroquine est lancé dans 48 pays. Les résultats sont spectaculaires. En 1948, la maladie ne cause pratiquement plus de morts à Ceylan, l'actuel Sri Lanka.

Dans l'immédiat après-guerre, l'Organisation des Nations unies commence à proposer de grands programmes sanitaires mondiaux, via une institution formellement créée en 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Une autre idée de la santé s'impose alors : celle d'un droit, comme le stipule la Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée la même année. La couverture sociale du risque de maladie se développe au Nord. Dans le Sud, le recul des maladies infectieuses et respiratoires doit beaucoup aux stratégies de vaccination de l'OMS.



Ces évolutions politiques favorisent la diffusion et le partage des progrès sanitaires. Exemple édifiant : à partir du moment où l'OMS décide, en 1978, de promouvoir le recours aux sels de réhydratation orale en cas de diarrhée, des millions de vies sont sauvées. L'efficacité de la réhydratation orale, considérée comme la découverte la plus importante du XXe siècle, était pourtant prouvée depuis plus de trente ans.

Au fil du temps, on se met à payer, dans le Nord, le tribut du tabagisme, de la sédentarité, d'une alimentation trop riche. Les maladies cardio-vasculaires et les cancers deviennent les principales sources de mortalité. Mais il s'agit de fossoyeurs tardifs. En 1950, les femmes, en France, vivent en moyenne jusqu'à 69 ans, les hommes jusqu'à 63 ans. Les derniers produits de la révolution thérapeutique, les anticoagulants, antihypertenseurs et anticancéreux, accroîtront encore l'espérance de vie.

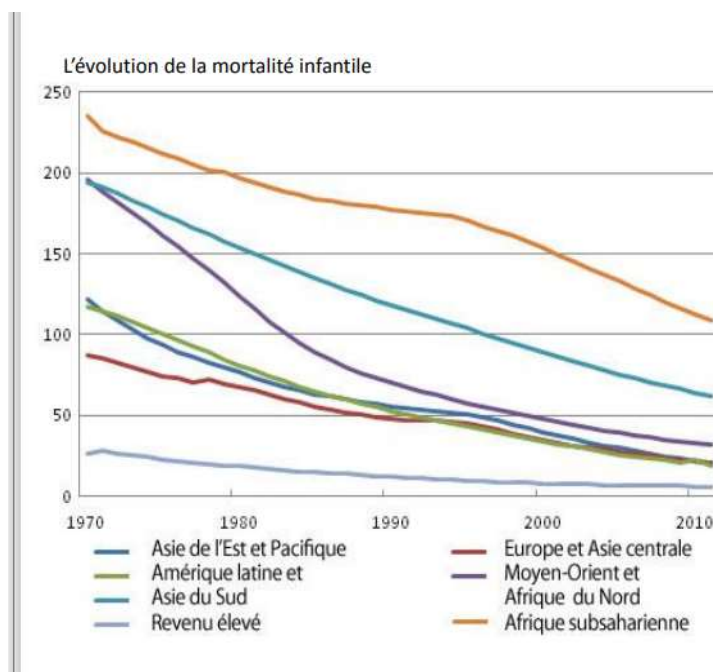
En parallèle, le corps humain se laisse dévoiler par l'imagerie, suppléer par la dialyse, opérer à cœur ouvert. Depuis 1958, la découverte du système HLA (antigènes des leucocytes humains) et des compatibilités immunitaires rend possible l'essor des greffes. Les progrès sont tels que l'espérance de vie apparaît comme un indicateur de santé insatisfaisant. Doivent être requis, pour affiner les conjonctures, les concepts d'espérance de vie en bonne santé ou d'années de vie ajustées sur l'incapacité

La fin du XXe siècle s'avère moins triomphale que son début. Certes, l'éradication de la variole, proclamée en 1979, marque une victoire pour l'OMS. Mais, vu l'émergence de nouvelles maladies, notamment le sida (syndrome d'immunodéficience acquise, provoqué par le virus d'immunodéficience humaine), l'optimisme a été de courte durée. Par ailleurs, l'OMS ayant prohibé le DDT en 1972 en raison de ses conséquences

écologiques désastreuses et les signes de résistance à la chloroquine s'intensifiant, les décès par paludisme, au Sud, sont repartis à la hausse dès les années 1990. Au Nord, en France particulièrement, ce qui s'accroît, c'est une autre résistance : celle aux antibiotiques. Quant à la thérapie génique, issue des progrès de la biologie moléculaire, présentée par les médias comme une panacée et objet d'importants investissements privés, ses résultats tangibles tardent à se manifester.

Le XXe siècle se clôt sur une espérance de vie qui a augmenté presque partout : 83 ans pour les Françaises, 78 ans pour les Chiliennes. Mais, dans un contexte d'individualisation de la santé, désormais proposée comme un produit, et de remise en question des systèmes collectifs de protection sociale, les acquis se révèlent fragiles.

**Document 2 = Près de 6 millions d'enfants de moins de 5 ans seront morts en 2015, contre 12,7 millions en 1990. Le Monde, septembre 2015 à 06h02 –**



La mortalité infantile dans le monde a été divisée par deux en un quart de siècle selon des chiffres des Nations unies (ONU) diffusés mercredi 9 septembre. Toutefois, seuls 62 pays sur 195 ont atteint les objectifs fixés par l'ONU dans ce domaine, à en croire l'étude publiée dans la revue médicale britannique The Lancet.

Au niveau mondial, la mortalité des enfants de moins de cinq ans a chuté de 12,7 millions en 1990 à 5,9 millions en 2015, soit une réduction de 53 %. La tendance est particulièrement « encourageante » dans l'est et le sud du continent africain, notent les auteurs de l'étude, soulignant que si la mortalité infantile était restée au niveau de l'année 2000, 48 millions d'enfants supplémentaires seraient morts ces quinze dernières années. Ils sont encore un sur douze à ne pas atteindre l'âge de 5 ans en Afrique subsaharienne, la région qui affiche les taux les plus élevés au monde.

On estime que seize mille enfants de moins de 5 ans meurent encore chaque jour. Dans près de la moitié des cas (45 %) la mort intervient dans les 28 premiers jours de vie. La prématurité, les complications de l'accouchement, les diarrhées, les septicémies et le paludisme sont les principales causes directes de décès. Toutefois de manière globale « près de la moitié des décès est associée à la malnutrition », qui affaiblit la résistance des enfants aux maladies, souligne l'ONU.

Au total, 236,3 millions d'enfants de moins de cinq ans sont morts ces vingt-cinq dernières années. De nouveaux objectifs appelés « *objectifs de développement durable* » viennent d'être adoptés par l'ONU pour 2030 avec, pour la mortalité infantile, une cible à 25 décès pour 1 000 naissances contre 42,5 en 2015 au niveau mondial.

### **Document 3 = Mourir avant 15 ans, une tragédie très africaine Par Maryline Baumard le monde 2018 à**

Ce n'est pas un âge pour mourir. Pourtant en 2017, près d'un million d'enfants et d'adolescents de 5 à 15 ans sont morts dans le monde. Dans 55 % des cas, ces jeunes vivaient en Afrique subsaharienne, « *la zone qui concentre la plus grande surmortalité pour cette classe d'âge puisque plus de la moitié des décès y ont lieu, alors que seuls 21 % de la jeunesse du monde y grandit aujourd'hui* », rappelle le démographe Bruno Masquelier, auteur d'une étude publiée par l'Institut national d'études démographiques (INED), mercredi 17 octobre.

En ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, il ne fait toujours pas bon naître en Afrique subsaharienne, où, à 5 ans, lorsqu'il a traversé avec succès les premières années de sa vie et évité toutes les causes de mortalité infantile, un enfant a encore 20 fois plus de risques de mourir avant ses 15 ans que s'il vivait en Europe. Sur le « vieux continent » comme en Amérique du Nord, cette mortalité précoce est devenue très résiduelle. Au fil du XX<sup>e</sup> siècle, les adolescents européens ont vu décroître ce risque de ne pas arriver à l'âge adulte. Entre 1850 et 1950, il est tombé de 2,3 % par an, puis de 3,1 % entre 1950 et 2015.

Globalement, cette mortalité a diminué partout dans le monde. Elle est passée de 1,7 million par an en 1990 à 900 000 en 2017, mais le travail publié aujourd'hui dans le numéro 559 de *Population et sociétés*, la revue de l'INED, met en exergue qu'elle n'a pas diminué de façon uniforme. L'étude pointe surtout que le continent africain a été le grand oublié de cette amélioration globale, puisque sur les sept pays qui concentrent la moitié de cette mortalité, quatre sont africains – le Nigeria, la République démocratique du Congo (RDC), l'Éthiopie et le Niger – et que l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale concentrent un tiers du total des jeunes décédés avant leur seizième année.

Réalisé avec l'Unicef, le travail sur cette tranche d'âge – une première mondiale – vient éclairer dix années d'enfance et d'adolescence sur laquelle les démographes faisaient jusqu'alors l'impasse. « *La mortalité infantile avant 5 ans a été largement étudiée car sa diminution fait partie des objectifs du millénaire* », rappelle Bruno Masquelier. Les plus petits partaient de plus loin et ont encore du chemin à faire, puisque 5,4 millions d'enfants de moins de 5 ans sont encore décédés en 2017. Pour les plus grands, la réduction des disparitions dans les pays dits développés a peut-être masqué une part du problème.

Ainsi, « *aujourd'hui en France, mais aussi plus largement en Europe de l'Ouest, le taux de mortalité des 5-15 ans est tombé à 1 pour 1 000. Des décès dus, par ordre décroissant, à des accidents de la route, des noyades, des chutes et parfois aussi des cancers, notamment des leucémies* », rappelle Bruno Masquelier. En Afrique subsaharienne, en revanche, le risque qu'un enfant de 5 ans décède avant d'atteindre son 15<sup>ème</sup> anniversaire est de 18 pour mille, et les causes accidentelles sont moins fréquentes, mais elles figurent toujours dans la liste des causes principales. Sur ces terres, « *les diarrhées, les infections respiratoires, la rougeole et la méningite sont responsables de 28 % des décès à ces âges, le paludisme et les autres maladies tropicales de 11 %, la tuberculose et le sida de 9 %* », insiste le chercheur.

Le travail de Bruno Masquelier rappelle qu'une bonne partie de ces décès prématurés pourrait être d'autant plus aisément évitée que la plupart de ces jeunes passent par un même lieu, idéal pour la prévention : l'école. « *La lutte contre les vers parasites intestinaux, la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'éducation à un mode de vie sain ou encore les programmes de vaccination et de*

nutrition sont quelques exemples des interventions sanitaires à mener en milieu scolaire », plaide la revue de l'INED.



**Document 4 = En Afrique, les maladies plombent le budget des ménages et l'économie des pays** Par Anne Prigent Publié le 02 octobre 2019 à 18h00

Trente millions d'années... C'est le nombre d'années de vie en bonne santé perdues par les 1,2 milliard d'Africains à cause des maladies qui sévissent sur le continent. Dans son rapport « A Heavy Burden, The Indirect Cost of Illness in Africa » (une lourde charge, le coût indirect de la maladie en Afrique) publié en avril, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'intéresse aussi aux pertes en productivité et pointe les 2 400 milliards de dollars par an (données 2015) de manque à gagner dus à l'état de santé des populations. Des coûts qui affectent les revenus des ménages comme les PIB.

« S'il est manifeste que la facture économique d'un Africain en mauvaise santé est lourde pour le continent, comparer le poids économique des maladies ne peut se faire que pays par pays, car les niveaux de la charge globale de la maladie et du revenu par habitant sont très hétérogènes », observe Jacky Mathonnat, professeur d'économie à l'université Clermont-Auvergne et senior fellow à la Fondation pour les études et recherches sur le développement international (Ferd), qui pointe le manque d'études fiables sur le sujet. En fait, comme le fait remarquer Martine Audibert, directrice de recherche au CNRS, seules les études micro-économiques permettraient d'avoir des données fiables, mais ces dernières sont d'autant moins prioritaires qu'elles sont onéreuses.

En fait, pour évaluer le coût d'une maladie, plusieurs paramètres sont à prendre en considération. Il y a tout d'abord le coût financier, directement lié à la prise en charge de la maladie, que ce soit par l'Etat ou les familles – sur lesquelles pèsent la moitié des dépenses de santé. Puis le coût économique, qui englobe la perte de revenu due à la perte de productivité des personnes malades, dans des pays où l'économie informelle reste prédominante. Ainsi, l'OMS a calculé que dans un pays, 37 % de la perte en productivité était imputable aux maladies non transmissibles comme le diabète et 27 % aux maladies infectieuses.

Prenons le paludisme. La Banque mondiale estime qu'il affecte la croissance des pays touchés jusqu'à 1,3 % de PIB. « Or le paludisme est surtout grave chez les enfants, qui peuvent en mourir. Mais les adultes n'en meurent pas, sauf exception, et lorsqu'ils ont des crises, leur invalidité et donc leur absence au travail dure quelques jours, pas plus. De plus, en zone rurale, là où le paludisme sévit le plus, cette absence est compensée par les solidarités familiales. Donc aujourd'hui, le paludisme n'est pas un réel problème économique. En revanche, il entraîne des coûts financiers qui pourraient être évités », souligne M<sup>me</sup> Audibert.

Pour autant, dans des zones fortement impaludées, les conséquences à long terme de la maladie peuvent avoir un impact économique sur les populations touchées. « *Un certain nombre de travaux récents en économie ont montré qu'il existait des effets statistiquement significatifs entre l'exposition au paludisme dans l'enfance, le niveau d'éducation et le revenu à l'âge adulte* », explique Bénédicte Apouey, chercheuse à l'École d'économie de Paris. Un pays comme le Nigeria, qui à lui seul représente un quart des cas de paludisme dans le monde, est donc sans doute beaucoup plus touché économiquement par cette affection que nombre d'autres pays d'Afrique subsaharienne.

Autre exemple emblématique : le sida. Actuellement, 26 millions de personnes vivent avec le VIH sur en Afrique. « *Si la maladie a eu un impact économique très fort dans des pays comme l'Afrique du Sud, le Botswana ou le Zimbabwe, où le pourcentage de la population affectée dépassait les 15 %, c'est beaucoup moins vrai pour des pays comme le Mali, où le taux de prévalence avoisine les 1 %* », expose M<sup>me</sup> Audibert. Et aujourd'hui, même pour les pays les plus touchés, le poids économique de la maladie, désormais contenue par les traitements, est beaucoup moins important.

Ce qui fait dire à M. Mathonnat que « *l'aide consacrée à la lutte contre le VIH est disproportionnée. Elle représente à elle seule environ un quart de l'aide à la santé, alors qu'une partie de ces fonds devrait être dirigée vers la lutte contre les maladies non transmissibles et vers le renforcement des systèmes de santé, fondamental pour améliorer l'accès à des soins de qualité et qui pourtant ne bénéficie que d'environ 10 % de l'aide à la santé* ».

Aujourd'hui, aux côtés des maladies infectieuses et des épidémies, les pays d'Afrique doivent en effet faire face à l'explosion de maladies chroniques qui frappent des populations adultes actives. Les montants nécessaires par la prise en charge du diabète pourraient ainsi tripler d'ici à 2030, pour atteindre 52 milliards d'euros, soit 1,8 % du PIB du continent, selon un rapport publié par la revue médicale britannique *The Lancet Diabetes & Endocrinology*.

« *Or dans quatre familles sur dix avec une personne diabétique, plus de 56 % du revenu passe dans les traitements* », affirme Stéphane Besançon, directeur de l'ONG Santé Diabète. En l'absence de couverture santé universelle, ce sont en effet les familles qui vont devoir payer les soins et les traitements. Avec le risque de basculer sous le seuil de pauvreté ou de devoir se résoudre à des arbitrages pouvant obérer l'avenir. « *Des études ont montré que les ménages confrontés au diabète ont tendance à limiter les dépenses pour l'éducation des enfants* », précise M. Mathonnat. Preuve que le coût caché des maladies se niche vraiment partout.

## **Document 5 Le taux de mortalité aux Etats-Unis en hausse pour la première fois depuis dix ans le Monde / juin 2016**

Pour la première fois depuis dix ans, le taux de mortalité a augmenté aux Etats-Unis. Le nombre de décès est passé de 723,2 pour 100 000 habitants en 2014 à 729,5 l'an dernier, selon les statistiques provisoires publiées, mercredi 1<sup>er</sup> juin, par le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), une agence gouvernementale chargée de la protection de la santé publique.

La hausse du taux de mortalité est un phénomène qui a été rarement observé sur les vingt-cinq dernières années. Un tel rebond des décès s'était produit en 2005 en raison d'une forte épidémie de grippe et en 1993, une fois encore à cause de la grippe à laquelle s'est ajoutée une importante mortalité liée au sida. Cette fois, les causes sont beaucoup plus diversifiées. Les statisticiens citent pêle-mêle les armes à feu, les overdoses liées à la drogue, les suicides, la maladie d'Alzheimer, les accidents vasculaires cérébraux et l'hypertension. En revanche, le taux de décès dus au cancer est en recul.

Ces nouvelles statistiques viennent corroborer les résultats d'une étude publiée en novembre 2015, qui montrait que le taux de mortalité de la population blanche américaine la moins éduquée, âgée de 45 à 54 ans, avait augmenté de façon inédite au cours de la dernière décennie. Deux économistes de Princeton (New Jersey), Angus Deaton, qui a reçu en 2015 le « prix Nobel d'économie », et Anne Case avaient mis en lumière qu'une augmentation des suicides et des pathologies liées à la drogue et à l'alcool avait contribué à cette hausse. En revanche, au sein de la population hispanique et noire, le taux de mortalité a continué à baisser au cours des dix dernières années.

Parmi les explications avancées par les deux chercheurs, le facteur économique tient une place centrale : le fameux « rêve américain » serait de plus en plus difficile à réaliser pour cette population blanche peu éduquée. D'abord, ils constatent que les revenus des ménages où le chef de famille n'a pas poursuivi d'études au-delà du lycée ont chuté de 19 % entre 1999 et 2013. « *Bien que l'épidémie de suicides, d'overdoses ait commencé avant la crise financière, il est possible d'établir un lien avec l'insécurité économique* », avancent les auteurs. « *Après le ralentissement de la productivité dans les années 1970, et avec le creusement des inégalités de revenus, beaucoup de gens au sein de la génération du baby-boom ont été les premiers à constater que, vers la quarantaine, leur vie n'allait pas être meilleure que celle de leurs parents* », ajoutent-ils.

De son côté, le CDC note que, ces dernières années, une bonne partie de la baisse de la mortalité trouvait son origine dans le recul des maladies cardio-vasculaires, l'une des principales causes de décès aux Etats-Unis. Or pour la première fois depuis longtemps, le taux de mortalité dans cette catégorie a stagné en 2015.

Dans le même temps, le taux d'overdoses est passé en un an de 14 pour 100 000 au début de 2014 à 15,2 l'an dernier. La tendance est identique pour les suicides (12,7 contre 13,1) ou la maladie d'Alzheimer (25,4 contre 29,2). Même si les statistiques ne prennent pas encore en compte le dernier trimestre de 2015, qui n'est pas encore disponible, ces chiffres montrent une franche inversion de tendance, qui est qualifiée par les spécialistes d'« inhabituelle ». Alors que le taux de mortalité aux Etats-Unis a été divisé par deux depuis 1950, il faudra toutefois attendre les données de 2016 pour savoir s'il s'agit juste d'un accident de parcours ou d'un phénomène plus profond.

#### **Document 5 = Espérance de vie en France : treize ans d'écart entre les hommes plus pauvres et les plus aisés le Monde le 06 février 2018**

Treize ans d'espérance de vie en plus ou en moins. C'est l'abîme qui sépare, en France, les 5 % d'hommes les plus riches des 5 % les plus pauvres, d'après la dernière enquête de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), publiée mardi 6 février. Pour un niveau de vie moyen de 5 800 euros par mois, un homme peut espérer s'éteindre à 84 ans et quelques. Un seuil qui tombe à moins de 72 ans dès 470 euros par mois. Aux alentours de 1 000 euros, 100 euros supplémentaires représentent un gain de 0,9 an.

L'écart est moins important pour les femmes, mais ne disparaît pas pour autant. L'espérance de vie des plus modestes s'élève à 80 ans, contre un peu plus de 88 ans pour les mieux loties. Il est toutefois intéressant de noter qu'à partir de 1 300 euros mensuels, les femmes dépassent les hommes, même les plus aisés. Cela tient, selon l'Insee, à « *des comportements plus favorables à une bonne santé* », « *un meilleur suivi médical, en particulier pendant la vie féconde* », et « *une durée de travail plus faible* ».

En moyenne, les disparités entre les sexes tendent néanmoins à se réduire. Dans son bilan démographique annuel sorti le 16 janvier, l'Insee faisait remarquer que l'espérance de vie des hommes s'était remise à



progresser depuis 2016, alors que celles des femmes accusait une légère baisse. « *Elles ont adopté les comportements à risque masculins, le tabagisme en particulier* », soulignait alors le géographe Laurent Chalard. Mais les données annuelles peuvent varier sensiblement selon la virulence des épidémies.

Le diplôme jouerait peu sur ces écarts, quels que soient les sexes. « *Le niveau de vie en lui-même, en facilitant la prévention et l'accès aux soins, peut être la cause directe d'une bonne santé* », note l'Insee. D'après une enquête de 2014, un adulte sur dix, parmi les 20 % les plus pauvres, avait renoncé à consulter un médecin pour des raisons financières. Mais causes et conséquences s'entremêlent souvent : une mauvaise santé peut aussi entraîner un faible niveau de vie en pesant sur les études et l'emploi.

Pour finir, l'espérance de vie varie assez nettement d'une région à l'autre. Toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en tenant compte du sexe, de l'âge, du niveau de vie et de la catégorie sociale, l'Occitanie et les Pays de la Loire se situent en tête du classement. Ce sont les Hauts-de-France qui finissent en queue de peloton.

Selon l'Insee, ces écarts pourraient s'expliquer par des différences culturelles, comportementales et environnementales (consommation d'alcool, habitudes alimentaires, pollution, etc.), ou encore être liés à l'offre de soins plus ou moins importante selon les régions françaises.

Elise Barthet et Jérémie Baruch

## **Document 6 = L'espérance de vie en panne** Le Monde 19 février 2019

**Editorial du « Monde ».** Depuis plus d'un siècle, l'augmentation quasi ininterrompue de l'espérance de vie a constitué dans les sociétés occidentales un indicateur essentiel de l'amélioration de l'existence. Malgré les guerres, les crises économiques, les épidémies, les doutes sur l'évolution de l'humanité, la perspective de vivre de plus en plus longtemps donnait le sentiment d'un continuum rassurant. Demain serait forcément meilleur puisque la mort était progressivement repoussée.

Cette perspective a permis à certains progressistes invétérés de relativiser tous les fléaux, de la pollution chimique au réchauffement climatique, en passant par le creusement des inégalités. Quelle que soit la nature des menaces, chaque trimestre gagné était vécu comme une petite victoire de l'homme sur son destin.

Pourtant, après avoir augmenté de trente ans depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, l'espérance de vie plafonne en France depuis quatre ans. Selon l'Insee, celle des hommes s'établit à 79,4 ans, contre 85,3 ans pour les femmes. Même l'indicateur d'« espérance de vie en bonne santé » fait du surplace depuis dix ans.

On peut se rassurer en constatant que le phénomène, bien qu'inédit, n'est pas propre à la France. En Allemagne, aux Pays-Bas, en Australie, en Grande-Bretagne, partout au sein du monde développé l'inflexion est sensible. Aux Etats-Unis, on observe même depuis trois ans un recul inquiétant de l'espérance de vie, notamment du fait d'une explosion des overdoses médicamenteuses, des suicides et des maladies chroniques provoquées par l'obésité.



Le constat interroge d'autant plus en France que ces fléaux ont frappé dans des proportions moindres. L'une des hypothèses consiste à mettre en cause la convergence des modes de vie entre les hommes et les femmes. Ces dernières travaillent de plus en plus, dans des métiers de plus en plus stressants, tout en conservant une charge ménagère plus importante que les hommes, fument désormais presque autant, et voient finalement leur traditionnel avantage diminuer.

Autre piste à ne pas négliger : le creusement des inégalités qui taraude les sociétés occidentales. Même si celui-ci reste moins marqué en France, l'Insee constate qu'un individu qui appartient à la catégorie des 5 % les plus pauvres a une espérance de vie inférieure de treize ans à un autre faisant partie des 5 % les plus riches. On imagine sans mal que le déclin des classes moyennes observé un peu partout ne peut que tirer l'ensemble vers le bas en termes d'espérance de vie.

L'indicateur ne doit pas être interprété comme une anticipation du monde de demain, mais bien comme une photographie de la société d'aujourd'hui. Et celle-ci n'est pas très rassurante. Après la panne de l'ascenseur social, vivrait-on une « panne » de l'espérance de vie ? S'agit-il d'un simple passage à vide ou d'une crise plus profonde, maladie de civilisation faite de creusement des inégalités sociales, de crise environnementale, de ralentissement de la diffusion du progrès médical au plus grand nombre ? Est-ce carrément le signe que l'on s'approche des limites de la longévité humaine et que, sauf à se jeter dans les bras des apprentis sorciers post-humanistes, il faudra en prendre son parti ?

Il est encore trop tôt pour le dire. Mais le temps où la croissance inexorable de l'espérance de vie permettait de tout justifier, ou du moins de nous rassurer collectivement, est derrière nous. Cela doit nous inviter à réfléchir différemment sur l'évolution du monde fini dans lequel nous vivons.

## **Document 7**

Dans le cadre de ses travaux sur les villes productrices de santé, La Fabrique de la Cité a invité la chercheuse Zoé Vaillant, géographe au Laboratoire Dynamiques Sociales et Recomposition des Espaces (LADYSS) et maître de conférences à l'Université Paris Nanterre, à débattre des liens entre dynamiques sanitaires et territoires. Spécialiste des inégalités socio-spatiales de santé en France, Zoé Vaillant nous a présenté les résultats de ses recherches portant sur les processus de production des inégalités sociales de santé liées à l'aménagement des territoires urbains.

### **LF DLC : En tant que chercheuse en géographie de la santé, vous avez été amenée à travailler plus particulièrement sur les villes : y a-t-il une raison particulière à cela ?**

L'urbanisation est un fait planétaire, universel. Depuis 2007, le nombre d'habitants vivant en zones urbaines a dépassé celui des habitants de zones rurales dans le monde. En 2050, il y aura 9 milliards de personnes sur Terre ; cette croissance démographique s'accompagne d'une urbanisation conjointe des territoires et des populations, qui se concentrent à présent majoritairement dans les villes.

**Même s'il est universel, le fait urbain est toutefois un phénomène disparate, différencié.** Malgré des caractéristiques communes à ses différentes déclinaisons, comme la densité (concentration des hommes, des activités et des richesses sur un espace relativement restreint) ou encore la diversité, **les disparités sont nombreuses entre chaque ville et à l'intérieur d'une même ville.** On trouve ainsi des zones pauvres dans des villes riches et inversement. Il y a une vaste marqueterie de situations possibles.

### **LF DLC : Peut-on dès lors associer des faits sanitaires au fait urbain ? Existe-t-il une santé proprement urbaine ?**

Une manière de répondre à cette question est de regarder les écarts d'espérance de vie entre les différents types de communes en France, classées selon leur population. Dans nos recherches, nous avons considéré l'espérance de vie comme un indicateur clé car il reflète l'ensemble de l'exposition d'une population à des risques tout au long de la vie des individus.

Nos résultats indiquent une absence **de variations significatives de l'espérance de vie selon la taille de la ville** ; on observe tout au plus des différences entre les extrêmes, l'espérance de vie étant en moyenne plus élevée de deux ans dans les communes appartenant à l'aire urbaine de Paris (81,66 ans) que dans les communes appartenant à une aire urbaine de moins de 15 000 habitants (79,58).

Néanmoins, ces moyennes statistiques cachent des différences qu'il convient d'étudier en les spatialisant et en les cartographiant. **Nous avons ainsi observé que ce n'est pas tant la taille de la ville qui importe mais plutôt la place hiérarchique qu'elle occupe dans le réseau urbain dans lequel elle s'inscrit.** Trois éléments viennent étayer cette analyse.

Tout d'abord, les grandes métropoles à la tête des réseaux urbains régionaux (Lyon, Nantes, Bordeaux...) présentent de manière générale des espérances de vie plus élevées. Ensuite, au sein même d'un réseau polarisé par une grande ville, il existe un écart important entre celle-ci et les petites communes périphériques ; les différences d'espérance de vie peuvent même aller jusqu'à dix ans dans des cas extrêmes. Enfin, les différences culturelles et historiques entre régions françaises se retrouvent dans les différences de niveaux de santé. Des spécificités existent, notamment dans le nord et le nord-est de la France, deux régions culturellement très marquées, où les espérances de vie se ressemblent : elles sont moins longues que dans le reste du pays, quelle que soit la taille de la commune considérée.

Nous avons également étudié les inégalités sanitaires infra-métropolitaines en observant les différences de ratio standardisé de mortalité[i]. Dans les marges du bassin parisien, ce ratio indique une surmortalité en comparaison avec celle de la région Île-de-France, alors que l'on observe une sous-mortalité dans l'hypercentre et l'ouest parisiens. **Les inégalités sanitaires recoupent donc les divisions socio-résidentielles.** Elles renvoient à un ensemble de choix politiques et d'aménagement au sein d'une aire urbaine et interrogent les politiques dans tous les secteurs. Il n'y a donc **pas de déterminisme urbain en soi : la forme et la taille de la ville n'influent pas directement sur la santé des populations.**

### **LFDLC : Il faut donc chercher ailleurs les déterminants spatiaux des inégalités sanitaires ?**

Les inégalités renvoient à un très large faisceau de déterminants produits et agencés localement. Ces déterminants suivent des trajectoires différenciées au sein de chaque espace urbain.

**La santé des individus et des groupes ne relève pas que du biomédical**, de l'exposition à un environnement physique pollué ou de caractéristiques individuelles intrinsèques (comme le patrimoine génétique ou l'héritage familial) **mais aussi d'un ancrage dans des sphères multiples** ; on peut se représenter des peaux d'oignons successives et solidaires, où chaque déterminant de santé (systèmes, milieux de vie, caractéristiques individuelles) agit dans l'espace et évolue dans le temps, tout au long de la vie. C'est la combinaison de ces différents facteurs qui nous intéresse afin de comprendre le processus différentiel d'exposition à des risques. **L'étude de l'agencement des territoires offre ainsi une clé de compréhension des déterminants des inégalités sanitaires.**

Si l'on observe plus d'inégalités dans les grandes villes, cela tient en fait aux processus d'agencement du territoire dans le temps, qui, dans ces grandes aires urbaines, influent davantage sur les inégalités sanitaires.

## **LFDLC : Auriez-vous des exemples concrets de production locale d'inégalités de santé ?**

**La ville de Trappes, située en grande banlieue parisienne, est un exemple intéressant de production locale des inégalités sanitaires.** Nous avons étudié cette cité ouvrière de 30 000 habitants, composée essentiellement de cheminots et d'immigrants ouvriers. Notre travail a porté sur le dépistage du cancer du sein : cette maladie est la première cause de mortalité féminine en France alors qu'elle peut se soigner ; il y a donc des enjeux importants concernant le dépistage. L'État a mis en place un dispositif qui, par courrier, invite les femmes à effectuer gratuitement une mammographie. En dressant un état des lieux du taux de participation au dépistage, nous avons observé des disparités spatiales, par quartiers, de participation au dépistage. L'observation des profils sociaux a montré que les deux quartiers les plus défavorisés ont des résultats diamétralement opposés : Jean Macé a un faible taux de participation, à l'inverse du quartier Les Merisiers. **Le profil socioéconomique n'explique donc pas à lui seul les disparités.**

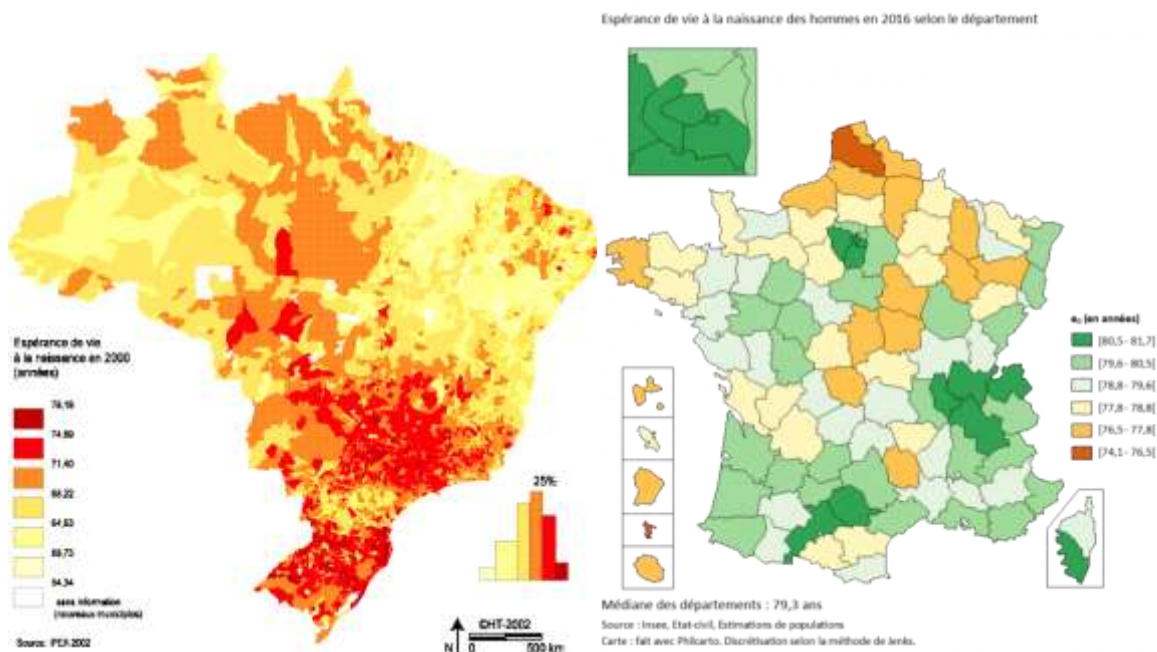
L'observation de la morphologie de la ville nous a appris que le quartier au taux de participation le plus bas, Jean Macé, est séparé du reste de la ville par la voie ferrée et la route nationale. Il est enserré à l'intérieur d'importantes coupures urbaines et n'est accessible qu'en traversant un tunnel sordide ou un petit pont : il y a un effet d'enclavement physique. Les Merisiers sont, quant à eux, situés à proximité du centre-ville.

La distance d'un quartier aux services de soins est apparue comme un déterminant : il n'y a qu'une pharmacie dans le quartier enclavé de Jean Macé. La proximité aux services de soins est également une question de ressenti des habitants. Jean Macé apparaît à leurs yeux comme moins accessible aux services de santé et programmes gouvernementaux venant de l'extérieur du fait du faible nombre d'associations et de relais habitants dans le quartier. Le programme de dépistage mammographique était plus efficace et rencontrait un meilleur écho aux Merisiers où la vitalité associative est plus grande. Le dialogue entre professionnels de la santé, associations et habitants y est plus important, ce qui constitue un réel avantage.

**La ville de Trappes est un exemple de cumul d'éléments localisés et de vulnérabilités sociales et sanitaires qui explique *in fine* un différentiel d'exposition au risque de cancer.** Le manque de réactivité à une politique de dépistage est dû à des déterminants sociaux mais aussi territoriaux. **C'est bien la construction de la ville, dans le temps, qui contribue à créer des combinaisons différenciées de déterminants de santé.**

Les inégalités sont toujours cumulatives. Lorsqu'une nouvelle campagne d'information est lancée, ce sont les personnes capables de se saisir des nouvelles informations ou des nouveaux outils qui sont les plus aptes à changer leur comportement. Ces individus proviennent des classes les plus favorisées. Une bonne intention, comme le lancement d'une campagne de prévention, peut entraîner un creusement des inégalités sanitaires. Un ménage maintenu à distance des soins l'est également des nouveaux services. Le creusement des inégalités se poursuit de cette manière. L'enclavement physique du quartier Jean Macé entraîne un isolement vis-à-vis des associations ayant un impact sur le taux de dépistage.

**Document 8 = inégalités d'espérance de vie dans quelques pays du monde**



## Aux Etats-Unis, le facteur géographique détermine considérablement l'espérance de vie des plus pauvres / le Monde / [Stéphane Lauer](#) Publié le 12 avril 2016

Les inégalités aux Etats-Unis ne se matérialisent pas seulement sur le plan financier, mais aussi en termes d'espérance de vie selon l'endroit où l'on habite. Ainsi, quand on est pauvre, la probabilité de vivre moins vieux est plus grande si l'on habite Detroit (Michigan) ou Cincinnati (Ohio) plutôt qu'à New York ou Los Angeles (Californie). C'est la conclusion à laquelle arrivent huit chercheurs dans [une étude](#) publiée lundi 11 avril, dans *The Journal of the American Medical Association*.

L'étude s'est appuyée sur l'examen de 1,4 milliard de déclarations d'impôts de personnes âgées de 40 à 76 ans sur une période qui s'étale de 1999 à 2014. Elle montre d'abord que les hommes faisant partie des 1 % les plus riches vivent en moyenne quinze ans de plus que ceux appartenant à la catégorie des 1 % les moins riches (pour les femmes l'écart est ramené à dix ans). Ensuite, si l'on élargit le segment de population aux 5 % les plus riches et aux 5 % les plus pauvres, les auteurs constatent que l'écart d'espérance de vie se creuse. Ainsi, quand les premiers ont gagné un peu plus de deux ans (trois ans pour les femmes) sur la période considérée, l'espérance de vie moyenne pour les seconds n'a pratiquement pas varié. [Une étude de la Brookings Institution](#) publiée en février avait déjà mis en lumière l'aggravation de l'écart d'espérance de vie en fonction des revenus.

La situation actuelle est telle qu'un Américain de 40 ans dont les revenus sont situés dans le centile le plus bas a une espérance de vie similaire à celle qu'on constate au Soudan ou au Pakistan. En revanche quand on appartient au centile le plus haut, l'espérance de vie aux États-Unis est l'une des plus élevées au monde.

Mais l'originalité de l'étude consiste à démontrer l'impact géographique sur l'espérance de vie. Si pour les plus riches celui-ci est quasiment nul, pour les plus pauvres, en revanche, les écarts sont significatifs. Ainsi, l'espérance de vie pour les hommes du quartile le plus pauvre atteint 79,5 ans à New York, 79 ans à Los Angeles ou 78,3 ans à Miami (Floride). Mais elle n'est que de 74,6 ans à Indianapolis (Indiana), 74,8 ans à Detroit ou 75,1 ans à Dayton (Ohio). En gros, dans cette catégorie de population on vit en moyenne quatre à cinq ans de plus dans les villes des côtes est et ouest des Etats-Unis que dans le Midwest industriel.

Le déclin économique et démographique de cette région n'est pas nécessairement à l'origine de l'écart d'espérance de vie, selon les auteurs. Le facteur déterminant est plutôt à chercher du côté des politiques locales (ou de leur absence) pour inciter à adopter une hygiène de vie plus saine comme les interdictions de fumer ou les programmes de lutte contre l'obésité. L'étude constate que c'est dans les villes où la proportion de diplômés de l'enseignement supérieur est la plus importante que ce type de mesures est le plus souvent adopté. New York où ont été menées des politiques volontaristes contre le tabac ou les graisses et le sucre dans les aliments est assez symptomatique.

En revanche, l'étude n'établit pas clairement de corrélation entre le taux de dépenses d'assurance-maladie en faveur des plus pauvres (Medicaid) ou la proportion de la population qui bénéficie de ces aides et l'espérance de vie des plus pauvres. Sans sous-estimer l'importance de ce type de politique, les auteurs de l'étude soulignent que les mesures qui agissent sur les comportements en termes d'hygiène de vie sont beaucoup plus déterminantes.

Ces résultats recourent ceux d'une autre étude publiée en novembre 2015 par deux économistes de l'université de Princeton (New Jersey), Angus Deaton et Anne Case, qui montre que le taux de mortalité de la population blanche américaine la moins éduquée, âgée de 45 à 54 ans, a augmenté de façon inédite au cours de la dernière décennie. À l'origine du phénomène, une augmentation des suicides et des pathologies liées à la drogue et à l'alcool au sein de cette catégorie

### **Document 10 La pollution de l'air tue 7 millions de personnes par an dans le monde, alerte l'OMS**

Par Stéphane Mandard Publié le 02 mai 2018 le Monde

La pollution de l'air ne fait pas seulement tousser. Elle tue. En masse. Chaque année, 7 millions de personnes meurent dans le monde parce qu'elles respirent un air trop chargé en particules fines. Tel est le dernier bilan macabre publié mercredi 2 mai par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui sonne l'alerte. C'est davantage que les morts cumulés du sida (1,1 million), de la tuberculose (1,4 million), du diabète (1,6 million) et des accidents de la route (1,3 million).

Aussi, l'OMS reconnaît désormais la pollution de l'air comme un « *facteur de risque majeur* » des maladies non transmissibles considérées comme étant à l'origine de 70 % des décès dans le monde. Selon les estimations de l'institution onusienne, ce risque serait, chez les adultes, en cause dans 29 % des morts par cancer du poumon, 25 % par accident vasculaire cérébral (AVC), 24 % par infarctus et 43 % des maladies pulmonaires chroniques obstructives (broncho-pneumopathies, asthme...).

Et ce risque s'accroît. L'estimation globale de 7 millions de morts est en légère hausse. Le dernier bilan, de 2016, faisait état de 6,5 millions de décès. Cette augmentation s'explique par une explosion de la mortalité due à la pollution de l'air extérieur (4,2 millions contre 3 millions en 2016). Les décès imputables à la pollution de l'air intérieur, eux, régressent de 4,3 millions à 3,8 millions.

Les régions les plus affectées sont l'Asie du Sud-Est (dont l'Inde) et le Pacifique occidental (incluant la Chine) avec plus de 2 millions de décès chacune

Un autre chiffre, tout aussi impressionnant, donne la mesure du péril. Selon les dernières données compilées par l'OMS, neuf personnes sur dix (91 % de la population mondiale) sont exposées quotidiennement à un air contenant de « *hauts niveaux de polluants* ». L'organisation recommande la limite annuelle de 10 µg/m<sup>3</sup> en particules fines PM<sub>2,5</sub> (de diamètre inférieur à 2,5 micromètres).

« A l’instar de New Delhi, Pékin, Shanghai, Lima ou Mexico, de nombreuses mégapoles du monde entier dépassent plus de cinq fois ce seuil, alerte Maria Neira, la directrice du département de santé publique de l’OMS. Cela représente un risque majeur pour la santé des populations. »

Ce risque est inégalement réparti. Les régions les plus affectées sont l’Asie du Sud-Est (dont l’Inde) et le Pacifique occidental (incluant la Chine), avec plus de 2 millions de décès chacune. L’Afrique totalise près de 1 million de victimes. Les pays de l’arc méditerranéen oriental concentrent autant de morts que l’ensemble du continent européen : environ 500 000. Les Amériques s’en sortent le moins mal, avec tout de même plus de 300 000 morts par an.

Dans ce panorama aussi alarmant que détaillé, l’OMS note que les premières victimes sont sans surprise les enfants. La pneumonie est la principale cause de mortalité chez les moins de 5 ans. L’institution insiste aussi sur la vulnérabilité des femmes qui, dans les pays en développement, cuisinent encore avec des équipements d’un autre âge, comme des fours à charbon.

« La pollution de l’air menace chacun d’entre nous mais ce sont les plus pauvres et les plus marginalisés qui paient le plus lourd tribut, déclare le directeur général de l’OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus. Il est inacceptable que plus de 3 milliards de personnes – la plupart sont des femmes et des enfants – continuent à respirer des fumées mortelles tous les jours en utilisant des poêles et des combustibles polluants dans leurs maisons. » Pour le patron de l’organisation, « si nous ne prenons pas des mesures urgentes contre la pollution de l’air, nous ne parviendrons jamais à atteindre le développement durable ».

Figure 1 CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS

