



HAL
open science

I comme Inégalités territoriales de santé

Julie Vallée

► **To cite this version:**

Julie Vallée. I comme Inégalités territoriales de santé. Fleuret S., Gasquet-Blanchard C., Hoyez A.C. (dir). Abécédaire de la géographie de la santé. Dimension territoriale de la santé, Éditions Matériologiques, pp.81-91, 2019, 978-2-37361-220-2. halshs-02379391

HAL Id: halshs-02379391

<https://shs.hal.science/halshs-02379391>

Submitted on 25 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

I Comme...

Inégalités territoriales de santé

Julie Vallée

Lorsqu'on s'intéresse aux inégalités territoriales de santé, on commence souvent par réaliser des cartes pour mettre en évidence les écarts de mortalité, de morbidité ou d'accès aux soins entre les quartiers d'une ville, les régions d'un pays, les pays d'une aire géographique. En France, on peut ainsi mentionner les différents volumes de l'atlas de la santé (par exemple Salem et al., 2006) ou l'atlas des pratiques médicales (Le Bail & Or, 2016). La réalisation de ces atlas nécessite de disposer de données localisées et collectées de façon exhaustive ou du moins représentative de l'ensemble de la zone étudiée : inventaire de l'offre de soins, registres de mortalité ou de morbidité avec les lieux de résidence des patients, relevés des consommations de soins avec les lieux de résidence et/ou de soins des patients etc. [Voir aussi « O comme Observatoire »]. Les cartes ne se suffisent cependant pas à elles-mêmes : l'identification des territoires où se concentrent les problèmes ('hotspots') peut être ardue « à l'œil nu » et les choix sémiologiques adoptés (méthode de discrétisation, jeux de couleurs) peuvent artificiellement amplifier les écarts entre les territoires. En complément des cartes, des méthodes (géo)statistiques telles que des mesures d'autocorrélation spatiale ou des analyses de variance s'avèrent alors utiles. Enfin, même si les cartes apparaissent comme un passage obligé avec la diffusion croissante des outils cartographiques et des données localisées, elles ne constituent qu'un outil parmi d'autres pour donner à voir les inégalités territoriales de santé. Les méthodologies qualitatives, comme par exemple l'analyse des discours, représentations et récits d'expériences des patients, des soignants et des acteurs de l'action publique sont également des sources précieuses d'information pour identifier les territoires au sein desquels les besoins de santé et de soins sont les plus criants.

Une seconde étape de la connaissance des inégalités territoriales de santé consiste à discuter des mécanismes impliqués dans l'émergence ou la reproduction de ces inégalités : un *état* des lieux, aussi précis soit-il, ne dit rien des *effets* des lieux. Pour identifier les facteurs à l'origine des inégalités de santé entre les territoires, une approche souvent développée consiste à distinguer ce qui tient (i) à la

concentration dans l'espace des populations à risque (les effets de composition) et (ii) aux caractéristiques même des territoires (nommés effets de contexte, de quartier ou de lieu) [voir aussi « F comme Facteurs de risque » et « V comme Voisinage »]. Si on analyse par exemple les inégalités territoriales dans les recours aux soins, on peut ainsi vouloir explorer dans quelle mesure ces inégalités résultent de la concentration dans certains territoires de populations avec des *besoins* importants de soins - comme les populations âgées (effet de composition) et de la répartition spatiale de l'*offre* de soins (effet de contexte). Pourtant, cette distinction entre effets de composition et de contexte - qui s'est généralisée avec l'utilisation des modèles de régressions multiniveaux - conduit souvent à penser le territoire et l'individu de façon indépendante, alors même qu'ils sont en constante interaction. Les individus ne restent pas passifs face à leur environnement : ils peuvent par leurs pratiques en modifier la structure. De plus, la structuration des territoires résulte de processus politiques, sociaux et économiques qui se situent aussi à des niveaux supérieurs (régionaux, nationaux, voire mondiaux). En ce sens, l'approche relationnelle permettant de dépasser la simple quantification des effets de composition et de contexte et de mieux saisir les relations réciproques et récursives qui relient les populations aux territoires se révèle particulièrement pertinente lorsqu'on cherche à analyser les inégalités territoriales de santé et les logiques territoriales sous-jacentes (Cummins et al., 2007).

Réfléchir aux inégalités territoriales de santé conduit également à discuter des modes d'actions choisis par les pouvoirs publics pour lutter contre ces inégalités [voir aussi « J comme Justice spatiale »]. Un nombre croissant d'actions (comme par exemple certaines campagnes de prévention ou bien les mesures incitatives pour l'installation de médecins) se concentrent actuellement dans des territoires définis comme prioritaires. Cet attrait envers les actions territorialisées (les '*area-based interventions*' comme on les nomme en anglais) procède d'une série d'arguments plus ou moins discutables : (i) Intervenir dans un nombre limité de territoires serait une stratégie *rentable*, notamment lorsque les problèmes sont spatialement concentrés et cumulatifs ; (ii) Modifier un territoire et ses attributs (offre de soins, de transports, de logements) constituerait un objectif *réalisable*, contrairement à celui qui consiste à vouloir intervenir directement auprès des individus ; (iii) Cibler des territoires serait politiquement plus *acceptable* que de cibler des populations en fonction de leur profil ethnique ou racial, notamment en France où l'universalisme est de mise (Hancock et al., 2016) ; (iv) Développer des actions dans des territoires spécifiques permettrait de proposer une réponse qui soit *conforme* aux attentes des citoyens d'une plus grande démocratie locale. Ces arguments (rentabilité, faisabilité, acceptabilité et conformité) se retrouvent plus ou moins explicitement dans les discours des chercheurs et des acteurs qui privilégient la territorialisation de l'action publique. Se pose pourtant la question de l'efficacité de ces actions territorialisées, notamment lorsqu'elles se fixent à la fois comme objectif d'atteindre les *populations prioritaires* et de modifier les caractéristiques 'contextuelles' des *territoires prioritaires*. En voulant ainsi faire une pierre deux coups, on procède souvent à des approximations qui peuvent conduire à se tromper de cible.

Une première série d'approximations concerne les échelles spatiales. Lorsqu'il s'agit d'identifier les lieux où se concentrent les populations prioritaires (par exemple les populations souffrant d'une pathologie bien précise et auprès desquelles des actions veulent être menées), il est logique en l'absence de données individuelles de mobiliser des données agrégées en recherchant l'échelle la plus fine possible. Privilégier l'échelle la plus fine possible se justifie également lorsqu'on cherche à enrichir une base de données individuelles avec des données agrégées considérées comme de bons

« proxy » des données qui font défaut au niveau des individus. On peut ici citer les travaux sur les bases de données françaises de l'assurance maladie (SNIRAM) ou des hôpitaux (PMSI) qui cherchent à estimer le revenu des patients à partir de données agrégées de leur zone de résidence au niveau le plus fin (eg. revenu médian de la population de l'IRIS - Ilot Regroupé pour l'Information Statistique). En dehors de ces deux cas de figure, l'engouement que l'on observe actuellement dans les sphères académiques ou politiques envers le « toujours plus petit » est bien plus discutable. Il peut conduire les chercheurs à concevoir le contexte auquel les populations sont exposées comme une zone forcément très petite et les acteurs à considérer que les solutions se situent uniquement au niveau de petits territoires bien circonscrits (Vallée, 2017a). En procédant ainsi, on prend le risque d'estimer de façon erronée les effets de contexte et de ne s'attaquer qu'aux lieux les plus symptomatiques. Cette pathologisation de l'espace – aussi appelé localisme ou spatialisme – est révélatrice des politiques urbaines libérales qui ne traitent les problèmes que là où ils sont les plus visibles. Si on reprend l'exemple de l'accès aux soins, l'enjeu des actions territorialisées est d'améliorer l'accès aux soins des populations en croisant les échelles du quartier, de la ville et de la région. En plus d'être peu efficaces si elles ne sont pas pensées de façon multiscalaire, notons que ces actions concentrées dans de petits territoires - parfois assimilés à des ghettos urbains - peuvent renforcer la discrimination et la stigmatisation des espaces et des populations résidentes (Hancock et al., 2016) [Voir aussi « D comme Discrimination »].

Au-delà de ces approximations sur les échelles spatiales à considérer, une seconde série d'approximations concerne les échelles temporelles. Les actions territorialisées peuvent s'avérer inefficaces lorsque les choix des territoires prioritaires émanent d'une approche par les seules populations *résidentes* en négligeant la mobilité entrante ou sortante des populations. Des interventions (par exemple des campagnes de promotion de la santé) destinées à des populations à risque peuvent s'avérer peu efficaces si elles sont mises en place le jour dans des territoires que les populations à risque délaissent durant la journée même si elles y habitent la nuit. A l'inverse, d'autres territoires gagneraient à être la cible de ces actions car un grand nombre des populations à risque les fréquentent durant la journée sans pour autant y résider. On peut ici faire le lien avec l'expression anglaise - difficilement traduisible en français - de '*critical representation*' qui renvoie à la représentativité des territoires prioritaires par rapport à la localisation des populations prioritaires (van Gent et al., 2009). Lorsque ce seuil a été mesuré (notamment en Angleterre, Tunstall & Lupton, 2003), il renvoie au nombre de personnes prioritaires qui résident dans les territoires prioritaires comparé au nombre total de personnes prioritaires dans l'ensemble du pays (indice d'exhaustivité) ou au nombre de personnes prioritaires qui résident dans les territoires prioritaires comparé au nombre total de personnes qui résident dans les territoires prioritaires (indice d'efficacité). Pourtant, en se rapportant aux seuls lieux de résidence, ces deux indices ignorent la mobilité quotidienne des populations et ne permettent pas de voir dans quelle mesure les actions territorialisées parviennent effectivement à atteindre les publics plus ou moins mobiles qu'elles ciblent (Vallée, 2017b).

Deux autres approximations temporelles émergent quand on déduit le niveau de priorité des territoires à partir d'informations contextuelles collectées à un seul moment de la journée. En procédant de cette manière, le premier danger est de postuler qu'un territoire reste figé dans le temps, sans par exemple tenir compte de la modification de sa composition sociale au cours des 24 heures de la journée (Le Roux et al., 2017) ou des horaires d'ouverture et de fermeture des services et équipements qui y sont implantés. Le deuxième danger est d'ignorer la mobilité quotidienne des populations alors que celle-ci peut modifier les contextes auxquels les populations sont exposées au

cours de la journée, en dehors de leur quartier de résidence (Perchoux et al., 2013 ; Shareck et al., 2014). La prise en compte de la multi-exposition des populations est intéressante quelle que soit la variable contextuelle étudiée. Si on reprend l'exemple de l'accès aux soins, il serait erroné de penser que tous les territoires qui connaissent un déficit d'offre de soins sont nécessairement prioritaires : ils le deviennent s'ils concentrent des populations peu mobiles qui n'ont pas l'opportunité d'accéder à des soins en dehors de leur quartier de résidence (Vallée et al., 2010). Ignorer la mobilité des populations peut ainsi fausser les diagnostics en donnant à tort le statut de territoires prioritaires à certains territoires (des « faux positifs ») et à l'inverse en excluant de la liste des territoires prioritaires certains territoires qui devraient y figurer (des « faux négatifs »). Lors de la mise en place d'actions territorialisées, il serait bénéfique de prendre en considération à la fois la multi-exposition des populations et les changements dans les attributs des territoires au cours des 24 heures de la journée. Une telle approche, inspirée de la '*time-geography*' permettrait de faire correspondre les temporalités des populations, des territoires et des actions à mener et permettrait d'augmenter l'efficacité des actions territorialisées visant à réduire les inégalités de santé (Vallée, 2017b).

A l'heure où le territoire est mis en avant par les pouvoirs publics avec la mise en application de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » et des agences régionales de santé (ARS), ce texte défend l'intérêt d'adopter une lecture relationnelle, multiscale et temporelle des territoires non seulement pour comprendre les *logiques territoriales* impliquées dans les inégalités de santé mais aussi pour accroître l'efficacité des *actions territorialisées*.

Références bibliographiques

- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A.V., & Macintyre, S., 2007, Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine*, 65, 1825-1838.
- Hancock, C., Lelévrier, C., Ripoll, F., & Weber, S., 2016, *Discriminations territoriales. Entre interpellation politique et sentiment d'injustice des habitants*. Marne-la-Vallée, France.
- Le Bail, M., & Or, Z., 2016, *Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales*. Paris, France: IRDES.
- Le Roux, G., Vallée, J., & Commenges, H., 2017, Social segregation around the clock in the Paris region. *Journal of Transport Geography*, 59, 134-145.
- Perchoux, C., Chaix, B., Cummins, S., & Kestens, Y., 2013, Conceptualization and measurement of environmental exposure in epidemiology: Accounting for activity space related to daily mobility. *Health & Place*, 21, 86-93.
- Salem, G., Rican, S., & Kurzinger, M.-L., 2006, *Atlas de la santé en France. Volume 2, Comportements et maladies*. Paris, France: John Libbey.
- Shareck, M., Frohlich, K. L. & Kestens, Y., 2014, Considering daily mobility for a more comprehensive understanding of contextual effects on social inequalities in health: a conceptual proposal, *Health & Place*, 29, p. 154 - 60.
- Tunstall, R., & Lupton, R., 2003, Is targeting deprived areas an effective means to reach poor people? In Centre for Analysis of Social Exclusion (Ed.), CASEpaper. London, UK: London School of Economics and Political Science.
- Vallée, J., 2017a, Challenges in targeting areas for public health action. Target areas at the right place and at the right time. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 71(10), 945-946.
- Vallée, J., 2017b, The daycourse of place. *Social Science & Medicine*. 194, 177-181.

Vallée J. (2019). « I comme Inégalités territoriales de santé ». *Abécédaire de la géographie de la santé* (sous la direction de S. Fleuret, C. Gasquet-Blanchard et A.C. Hoyez). Éditions Matériologiques, pp 81-91. (ISBN - 978-2-37361-220-2).

Vallée, J., Cadot, E., Grillo, F., Parizot, I., & Chauvin, P., 2010, The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). *Health & Place*, 16, 838-852.

van Gent, W.P.C., Musterd, S., & Ostendorf, W., 2009, Disentangling neighbourhood problems: area-based interventions in Western European cities. *Urban Research & Practice*, 2, 53-67.