

## Santé, société, inégalités géographiques en France

Comme l'ont montrées les synthèses précédentes, les inégalités géographiques de la mortalité sont importantes, anciennes et relativement stables. À quoi attribuer ces écarts considérables ? D'abord à l'inégale répartition des causes médicales de décès. La plupart des grandes causes de décès offrent cependant des contours géographiques proches de la mortalité globale, notamment pour les principales (ce qui arithmétiquement est assez logique) et il faut donc se demander ce qui pourrait agir localement pour expliquer le niveau des états de santé au-delà des déterminants strictement médicaux.

Depuis une dizaine d'années on a cherché quelles pouvaient être ces raisons. Il n'est pas possible, sur la base de données d'observation comme des données géographiques, d'associer corrélation et causalité. Toutefois, un certain nombre de facteurs peuvent être discernés et suspectés pour leur rôle probable de déterminants des états de santé. Ce sont :

- l'offre de soins qui présente de très gran-

► D. Noin, Y. Chauviré. *La population de la France*. Paris : A. Colin, Masson, 1996

des inégalités régionales, quelque critère que l'on retienne et à quelque échelle qu'on se situe. Ainsi, à l'échelle départementale, les inégalités sont la règle et sont le plus souvent très corrélées : l'agglomération parisienne et le Midi sont « surmédicalisés », le Nord et le Nord-Est industriels mais aussi plusieurs départements ruraux du Centre et de l'Ouest apparaissent « sous-médicalisés ».

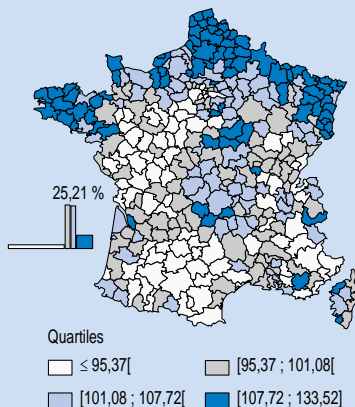
Il faut souligner que les inégalités départementales sont d'autant plus accusées que la spécialité est rare. Les médecins généralistes libéraux dont la densité pour 100 000 habitants varie pourtant entre 63 et 132 sont les moins mal répartis. En regard, la densité de spécialistes libéraux est comprise entre 50 et 380 médecins pour 100 000 habitants. Parmi eux les plus mal répartis sont les neuro-psychiatres (0 à 13), les psychiatres (1,5 à 45), les stomatologues (0 à 14). À l'inverse les moins mal répartis sont les ophtalmologistes, les gastro-entérologues, les ORL, les gynécologues-obstétriciens. Les professions paramédicales suivent le même schéma. Les dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes sont moins concentrés que les sages-femmes, les orthophonistes et les orthoptistes ou même que les infirmiers et les laboratoires d'analyse.

En matière d'offre hospitalière on note également d'importants écarts en dépit d'indices pourtant applicables partout.

- La consommation médicale qui varie dans une large proportion et qui est peut-être à re-

### Indice comparatif de mortalité

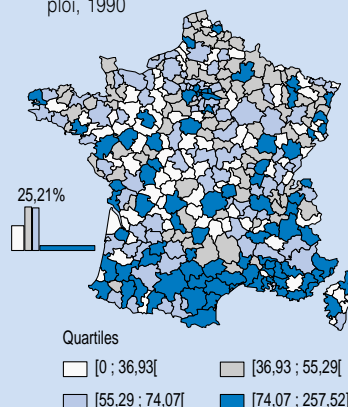
Les deux sexes, zones d'emploi, 1990



Source : Insee, Inserm, Geos/Credes

### Densités de médecins spécialisés libéraux

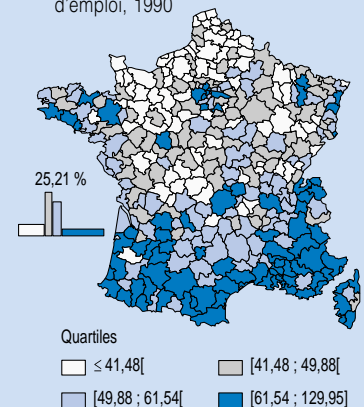
Nombre pour 100 000 habitants, zones d'emploi, 1990



Source : Credes, Cnamts

### Densités de chirurgiens-dentistes libéraux

Nombre pour 100 000 habitants, zones d'emploi, 1990



Source : Credes, Cnamts

lier à des différences sociales et culturelles autant qu'avec la morbidité, présente de manière fort originale des contours particuliers selon le type de consommation que l'on observe. La consommation de soins de ville est la plus élevée dans la région parisienne et dans le Midi, les soins de spécialistes apparaissent comme l'apanage des départements les plus urbanisés. À l'inverse les populations du Nord ont plus qu'ailleurs recours aux visites à domicile, consomment en moyenne plus de médicaments et ont plus largement recours à l'hospitalisation publique. Globalement cependant il est légitime, en raison de l'ampleur des écarts observés, d'opposer une France parisienne et méridionale qui consomme beaucoup à une France septentrionale.

- Parmi les déterminants non médicaux de l'état de santé le niveau social et, plus encore, le niveau d'études et de formation initiale apparaissent comme des facteurs essentiels et insuffisamment pris en compte par les politiques de santé. Les plus favorisés et les plus diplômés se déplacent plus volontiers chez le médecin, généraliste et spécialiste, ainsi que chez le dentiste. Les ouvriers appellent plutôt le médecin en visite, consomment davantage de soins infirmiers et vont plutôt à l'hôpital public. Ceci est notamment à relier à l'intensité de la protection complémentaire d'autant plus élevée que l'on est en moyenne plus favorisé, ce qui concerne aussi de plus en plus les personnes âgées. Plus généralement, quoique ceci soit plus

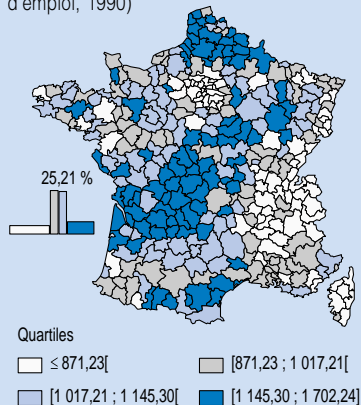
difficile à mesurer à l'échelle agrégée, le niveau d'études et de formation initiale semble déterminer une attitude vis-à-vis de sa propre santé d'autant plus bienfaisante qu'il est élevé. En témoignent, parmi les cadres, des consommations beaucoup plus élevées que la moyenne de soins dentaires et de psychiatrie.

- Les conditions de vie domestique et familiale enfin jouent évidemment dans le même sens que les conditions économiques et sociales à l'échelle des ménages. Mais au-delà, à catégorie sociale comparable, le milieu et les paysages géographiques où l'on vit méritent une attention particulière.

Le rôle de ces différents déterminants peut être globalement apprécié au travers des statistiques disponibles en provenance des services du ministère de la Santé, des organismes d'assurance-maladie et de l'Insee qui permettent de décrire ces domaines à l'aide de plusieurs centaines de critères. Mais on peut regretter l'absence de données *a priori* déterminantes comme les habitudes alimentaires par exemple.

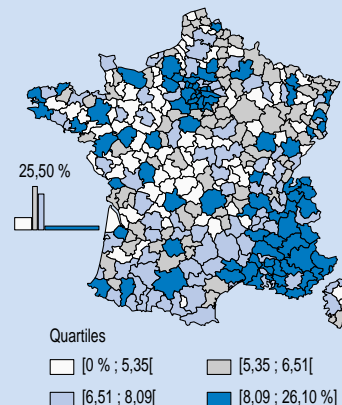
Les méthodes de l'analyse des données, analyse factorielle et classification automatique, sont bien adaptées à la reconnaissance globale de ces associations. Toutefois il faut souligner que ces techniques, fondées sur des comparaisons entre groupes (ici les populations départementales) ne peuvent déboucher directement sur la reconnaissance de facteurs de risque. Telle n'est pas leur prétention. En revanche, toujours dans une perspective médicale, ces

**Dépenses de prescriptions généralistes de pharmacie** (Francs par habitant et par an, zones d'emploi, 1990)



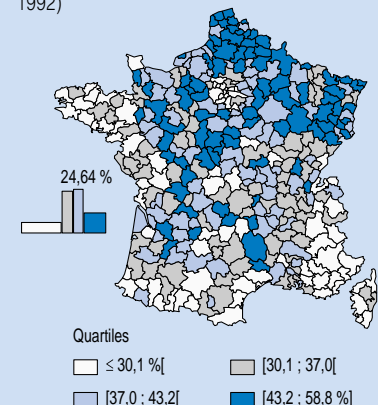
Source : Credes, Cnamts

**Proportion des « bac+2 » dans la population de 15 ans ou plus** (Zones d'emploi, 1990)



Source : Insee, Geos/Credes

**Part des demandeurs d'emploi non qualifiés dans les DEFM** (Zones d'emploi, 31 décembre 1992)



Source : Insee, Geos/Credes

études peuvent susciter des idées ou des hypothèses nouvelles : ainsi, l'étiologie des cancers doit beaucoup, à l'origine, à ce genre d'études que ce soit pour le cancer de l'oesophage (avec la consommation moyenne d'alcool par habitant) ou pour celui du poumon (avec la consommation moyenne de cigarettes par habitant).

Qui plus est, et cette fois dans une perspective de santé publique, il est utile de distinguer des zones où se retrouvent associés de mauvais indicateurs de santé et telles ou telles variables du contexte économique et social ; des zones qui se signalent par des besoins importants en tel ou tel domaine de l'offre de soins, des zones où tel problème de santé apparaît plus pressant qu'ailleurs : c'est ce que Henri Picheral a appelé des complexes socio-pathogènes. Il n'y a là aucune prétention de découverte étiologique mais plus simplement volonté de servir à l'aménagement sanitaire du territoire. On peut à ce titre estimer que les procédures régionalisées d'allocation des ressources devront, pour avoir quelque chance de réussir, prendre en compte ces complexes socio-pathogènes ou profils sanitaires régionaux.

Dans tous les cas, ces analyses statistiques d'association de caractères donnent des résultats qui n'ont de sens qu'en regard des données disponibles (or toutes ne le sont pas, loin de là, qui permettraient de couvrir la question), de l'échelle d'observation, de la métrique retenue pour mesurer les associations. Plus encore, il faut toujours rappeler que les résultats de ces études n'ont qu'un caractère probabiliste. Plaide cependant en faveur de ces études un certain nombre de faits : les types régionaux reconnus, formés d'association de caractères forment de grands ensembles régionaux contigus, les études réalisées à d'autres échelles — par région ou par canton — révèlent des contours comparables, ce qui est le signe de la solidité des associations observées, les analyses effectuées avec d'autres techniques mathématiques montrent des structures comparables, autre signe de la réalité des associations observées. Enfin, dans de nombreux cas, le niveau des corrélations traduit bien l'intensité des associations, positives ou négatives.

Quelles sont donc les associations de critères que l'analyse retrouve entre l'état de santé, les indicateurs d'offre et de consommation de soins et les données de contexte socio-économique ? Ces questions ne sont cependant pas nouvelles. Les études réalisées à différentes

- L. Lebart, S. Sandier, F. Tonnellier. *Aspects géographiques du système de soins médicaux. Analyse des données départementales.* Consommation, n° 4, 1974
- V. Lucas, F. Tonnellier, E. Vigneron. *Structures sociales, emploi et santé.* Credes/ GEOS, Univ. Montpellier III, 1997 (à paraître)

échelles — régions, départements, zones d'emploi, cantons — portent sur plus de 200 variables soit 20 000 corrélations estimées. De nombreuses associations peuvent être soulignées entre critères et déterminants possibles des états de santé.

### Les corrélations d'ensemble

À l'échelle nationale, l'espérance de vie féminine est d'autant plus élevée que les personnes âgées sont nombreuses, que les densités médicales sont fortes, particulièrement en matière de soins spécialisés et paramédicaux, comme notamment les soins dentaires, de même que la consommation de soins hospitaliers est élevée. On note aussi une forte association avec les proportions d'artisans-commerçants et agriculteurs et de forts niveaux de chômage féminin. On retrouve ces mêmes associations en ce qui concerne l'espérance de vie masculine, augmentées de corrélations significatives avec les actes de laboratoire et de chirurgie. À l'inverse l'espérance de vie est d'autant plus faible que les densités et la consommation médicales et paramédicales sont faibles, à l'exception des visites à domicile et du nombre d'actes généralistes. Au plan social on retrouve, associés à de faibles niveaux d'espérance de vie, l'importance relative des chômeurs masculins, des inactifs, des ouvriers et des personnes bénéficiaires des aides sociales ou de l'aide médicale gratuite, mais aussi des logements de cinq pièces et plus. On voit ainsi qu'il serait trop manichéen d'associer uniquement le monde ouvrier à la forte mortalité.

S'agissant de la mortalité infantile, on note peu d'associations significatives sinon avec les visites médicales à domicile, les actes généralistes, les prescriptions pharmaceutiques, les décès féminins liés à l'alcoolisme et les entrées en moyen séjour.

Parmi les grandes causes de décès, à partir des indicateurs retenus, les associations suivantes sont, par exemple, retrouvées :

- maladies liées à l'alcoolisme, chez les femmes : femmes et hommes jeunes, taux de natalité élevé, grands logements, revenu des généralistes, nombres d'actes, pas de voiture ou deux voitures et plus, ouvriers, logements très anciens ou très récents, aide sociale. Chez les hommes, mêmes associations augmentées d'une distance élevée au pneumologue.

- cancers du sein : natalité, logements locatifs petits, PIB par ménage élevé, cadres, densité de la population, secteur II, densités de spécialistes.

- cancers de la trachée, des bronches et du poumon : chez les femmes, employés, petits logements, cadres, locataires, sans voiture ou deux voitures et plus, densités élevées de spécialistes, PIB par ménage élevé. En revanche, les mêmes cancers chez les hommes ne sont significativement associés à aucune variable de contexte, signe d'un fléau véritablement national partagé partout...

### Les types régionaux

Au plan géographique, les associations de critères sont suffisamment fortes pour révéler des structures régionales distinctes. La carte ci-contre témoigne de ces types originaux — huit au total qui s'individualisent bien — par ordre de problèmes croissant :

- *type I, Paris*. Dans toutes les classifications réalisées, Paris est toujours à part, signe de la spécificité de la capitale par rapport au « désert français » : de très fortes densités médicales et hospitalières, un niveau social élevé mais pas de mortalité particulière s'agissant des grandes causes de décès.

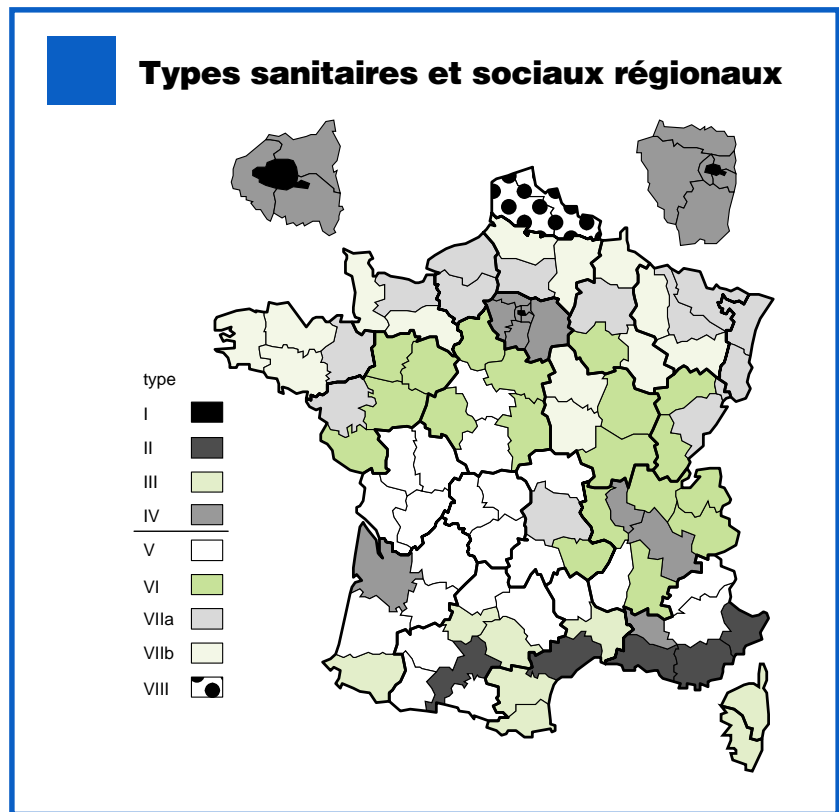
- *type II, le Midi urbanisé* : une forte consommation médicale et paramédicale, de fortes densités de spécialistes et de paramédicaux, peu d'ouvriers, peu de ruraux, des logements récents, pas de mortalité particulière.

- *type III, le Midi traditionnel et vieillissant* : une forte consommation médicale et infirmière, une population âgée, beaucoup de retraités, beaucoup d'artisans et de chômeurs masculins, pas de mortalité particulière.

- *type IV, la banlieue parisienne, « Bordeaux », « Lyon-Grenoble », « Avignon »* : beaucoup de cadres, de professions intermédiaires, d'employés, de locataires, un PIB par ménage relativement élevé, de fortes densités de spécialistes, une mortalité marquée par l'importance des cancers féminins du poumon et du sein.

- *type V, le monde rural des Centre et Sud-Ouest* : beaucoup de personnes âgées, un accès aux soins difficile et des durées moyennes de séjours élevées, plus d'hospitalisation en moyen et en long séjour mais aussi une espérance de vie masculine élevée.

➤ E. Vignerou. *Géographie et statistique*. Paris : Puf, collection *Que sais-je ?*, n° 3177, 1997



- *type VI, la France médiane* : une population moins typée, plus jeune en moyenne, plus composite, rurale ou ouvrière, avec une espérance de vie féminine mais aussi masculine élevée mais assez mal desservie médicalement.

- *type VII, la France septentrionale de la surmortalité, souvent hospitalisée, pour partie urbaine et ouvrière au sein d'un monde rural (sous-type VIIa), pour partie plus rurale et agricole assez mal desservie par l'offre médicale (sous-type VIIb)*

- *type VIII, plus encore que les deux sous-types précédents cette classe — celle du Nord et du Pas-de-Calais — est d'abord caractérisée par de mauvais niveaux de mortalité mais aussi d'inactivité, de chômage et d'aide sociale. On note également une forte proportion d'ouvriers. On retrouve là aussi des proportions plus élevées qu'ailleurs de grands logements et de ménages possédant deux voitures et plus, une préférence pour les visites à domicile, l'importance des actes de généralistes et des prescriptions pharmaceutiques.*

## Conclusions

La typologie obtenue met en évidence des « régions » sanitaires connaissant des problèmes spécifiques. Ces contours géographiques pourraient constituer la trame d'un découpage intermédiaire entre le local et le national aux problèmes identiques. Ce découpage dans la perspective affichée de promotion de la santé sur tout le territoire national aurait surtout pour avantage de créer des communautés d'intérêt sanitaire où se discuteraient des problèmes et s'échangeraient des expériences plus que ne pourraient se définir des politiques. La connaissance et la prise en compte de ces profils régionaux spécifiques dans le cours de l'irremplaçable relation médecin-malade serait également bénéfique à tous, dans l'esprit des « topographies médicales » jadis enseignées à la Faculté.

Il apparaît aussi clairement que les inégalités géographiques sont au moins pour une large part des inégalités sociales : de toute évidence c'est à la résorption de celles-ci qu'il convient de s'attaquer en ciblant auprès des populations concernées les actions de promotion et d'éducation pour la santé. Il apparaît également que l'intensité de l'offre de soins compte peut-être moins que la qualité de l'environnement comme le montre la situation des régions rurales du centre-ouest et des Midis.

Il reste toutefois que les inégalités départementales ici présentées sont probablement partielles car envisagées sous l'angle de quelques unes des seules grandes causes de décès seulement. De même, elles recouvrent d'autres inégalités géographiques plus fines et peut-être encore plus criantes qu'une allocation régionale des ressources ne peut négliger au profit d'une dangereuse conception globalisante de l'espace régional.

Emmanuel Vigneron

► V. Lucas, F. Tonnellier, E. Vigneron. *Structures sociales, emploi et santé*. Credes/ GEOS, Univ. Montpellier III, 1997 (à paraître)

## Les indicateurs de santé en milieux urbains et zones rurales aujourd'hui

Existe-t-il des différences d'état de santé et d'accès aux soins entre milieu urbain et zones rurales ? Avant de répondre à cette question, il est nécessaire de préciser quelles définitions recouvrent ces formulations.

### Le continuum urbain-rural

La distinction urbain/rural est une division très traditionnelle de la géographie. Elle peut sembler naturelle parce qu'elle oppose le vieux monde « agricole » à la « jungle » des villes. Cette séparation avait un sens dans une société où l'activité agricole était importante et où le périmètre des villes et de leurs banlieues était restreint en raison des moyens de communication. Aujourd'hui la rapidité des transports et le développement des infrastructures ont profondément changé le paysage. En suivant les mots d'un humoriste, les villes se sont développées à la campagne...

En France, comme dans d'autres pays, une commune rurale est par définition une commune qui compte moins de 2 000 habitants. Au-dessus de ce seuil, une commune appartient à une unité urbaine. En 1990, les unités urbaines représentaient 74 % de la population pour 15 % du territoire, et les communes rurales comptaient 26 % de la population pour 85 % de la surface du territoire, ce qui donne donc une première idée de la concentration urbaine à partir d'une définition assez simple de « l'urbain ». Notons que rural et agricole ne sont pas synonymes : la définition donnée plus haut pour les communes rurales ne fait aucune référence à l'activité : dans les communes rurales, l'activité dominante était, en 1990, l'industrie !

Un seuil de population (quel qu'il soit) fixe une limite arbitraire entre le milieu urbain et l'espace rural. En réalité, il n'y a pas de rupture franche mais un « continuum » avec des zones intermédiaires entre les grandes agglomérations urbaines et les communes à basses