

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

densités de population : les communes qui précisément s'urbanisent. L'Insee a appelé « rurbanisation » le phénomène qui fait que des communes anciennement rurales, situées à proximité d'une grande ville, deviennent urbaines dans leur composition de population.

Notons enfin que le terme « la ville » est aussi porteur de valeurs positives (la ville lumière, la cité radieuse) ou négatives (la cité d'urgence, le bidonville, la ville dortoir). Jean-Paul Sartre a résumé cette ambivalence : « les cités ouvrières ne seront jamais de vraies villes ». Les espaces ruraux ont également un mélange de valeurs positives (écologie, vie naturelle, tranquillité) et négatives (monotonie, manque de modernité et de culture). C'est d'ailleurs en référence à ces valeurs qui concernent la qualité de la vie que l'on sollicite les indicateurs de santé. Ces indicateurs sont de

T. C. Ricketts, L. A. Savitz, W. M. Gesler, D. N. Osborne. *Geographic methods for Health services research. A focus on the Rural-Urban Continuum*. University Press of America, 1994

V. Lucas, F. Tonnellier. *Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités*. Données sociales 1996, Insee

deux ordres, les indicateurs d'accès aux soins et les indicateurs de santé (plus précisément de mortalité).

Dans les zones urbaines : les généralistes sont concentrés au centre des villes

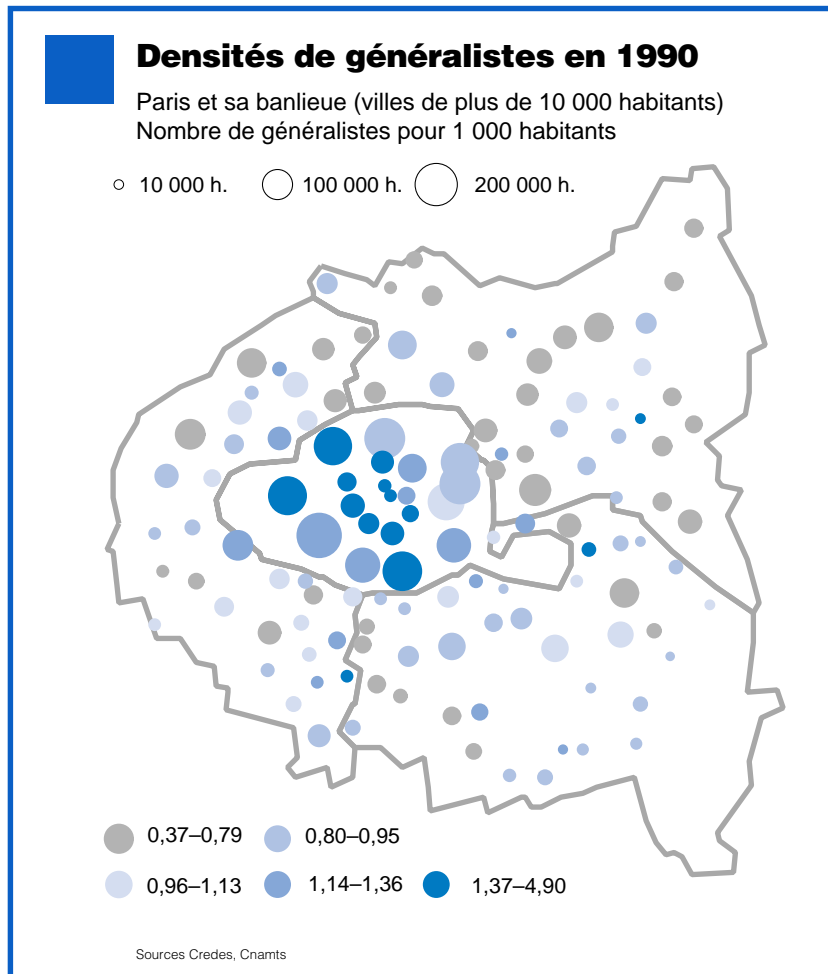
Les généralistes sont beaucoup plus nombreux au centre des villes (proportionnellement à la population) alors qu'ils représentent l'accès de premier recours qui devrait être le plus égalitaire (voir la carte). Ceci contredit une idée reçue selon laquelle les généralistes seraient équitablement répartis dans l'espace. On peut objecter que cette répartition est fonctionnelle : les généralistes sont installés dans les zones de chalandise (comme beaucoup de services et grands magasins) où les migrations quotidiennes sont nombreuses. Mais on constate de plus que l'activité moyenne par généraliste est plus forte en banlieue qu'au centre (relation inverse avec la densité). On observe aussi que la production est en moyenne plus élevée dans les banlieues où il y a une forte proportion d'ouvriers. Le fait que l'activité soit nettement plus élevée dans les banlieues montre qu'il y a un manque de médecins dans la périphérie des grandes villes, en particulier dans les banlieues ouvrières.

Tout ceci conduit à la conclusion que les inégalités urbaines se manifestent aussi dans le domaine de la santé, pour des indicateurs particulièrement simples. En outre, dans les zones très urbanisées, les inégalités sont aussi importantes qu'au niveau national entre le Nord et le Sud. On y rencontre les situations les plus favorisées comme les plus défavorisées (ceci est également vrai pour les indicateurs de mortalité).

Des distances d'accès élevées dans les zones rurales traditionnelles

L'Insee a défini comme communes rurales « traditionnelles » les communes rurales situées en dehors de l'attraction de grandes villes. Ces communes sont caractérisées par de basses densités de population, une activité à dominante agricole, un déclin démographique qui est le signe de l'exode rural. Pour ces communes, les

suite page XX



suite de la page XVII

distances d'accès aux soins (généralistes comme hôpitaux) sont élevées, alors que la population comporte une proportion forte de personnes âgées. Ceci pose une question classique à l'aménagement du territoire qui doit essayer de combattre ce processus de désertification. Mais pour la santé comme pour les autres services, les solutions sont loin d'être simples.

Inégalités d'accès et inégalités de santé : disponibilité des soins et recours aux soins

Dans l'accès aux soins, il est nécessaire de distinguer entre la disponibilité (présence du service), l'accès effectif et l'accès efficace (utilisation de soins appropriés). Tout ce qui précède concerne la disponibilité géographique des soins — avec l'idée implicite que la distance représente un frein ou un obstacle à une utilisation efficace du système de soins.

Mais la distance n'a pas le même effet dissuasif pour tout le monde : la possession d'un véhicule diminue le temps d'accès. La distance d'accès réellement parcourue varie fortement selon le niveau d'instruction : 33 km pour les hospitalisés ayant un niveau d'instruction supérieur au bac contre 23 km en moyenne. Ces différences existent quel que soit le degré d'urbanisation, ce qui est particulièrement remarquable dans les grandes villes où toutes les disciplines sont disponibles et où l'éloignement n'est plus une difficulté.

Cette différence de comportement peut signifier une recherche de qualité des soins : les catégories sociales de statut élevé rechercheraient les services les plus spécialisés, les plus adaptés ou les plus renommés sans tenir compte du déplacement. À l'opposé, les autres catégories sociales utiliseraient les hôpitaux les plus proches (mais peut-être pas la filière la plus efficace).

Mais ces disparités sont peut-être sans relation avec l'état de santé et la recherche de spécialistes de haut niveau, et peuvent résulter simplement de pratiques spatiales différentes selon les groupes sociaux. Les cadres sont plus mobiles, et cette mobilité se retrouve dans le recours aux soins ce qui souligne le rôle des migrations et de la mobilité dans l'accès aux services. Les différences de pratique et d'usage

V. Lucas, F. Tonnellier.
Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités. Données sociales 1996, Insee

En utilisant le taux comparatif de mortalité, qui est une moyenne des taux de mortalité pour chaque tranche d'âge.

• M.-H. Bouvier-Colle.
La mortalité urbaine en France. Courrier du CNRS, n° 81, 1994.

• H. Picheral. *Géographie* dans l'ouvrage de G. Brucker et D. Fassin : *Santé publique*, Ellipses 1989

H. Picheral. *ibidem*

V. Lucas, F. Tonnellier.
ibidem.

de l'espace entre groupes sociaux posent les questions de l'efficacité et de l'évaluation du système de soins.

Espérance de vie et urbanisation, reflet de la composition sociale.

Il reste la question principale concernant le milieu urbain/rural : quelle influence sur la santé ? On ne dispose que d'indicateurs de mortalité pour répondre à cette question.

Depuis longtemps, de nombreux travaux montrent que la mortalité est, en France, plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. Plus précisément, la mortalité épouse la hiérarchie urbaine car elle diminue lorsque la taille des agglomérations augmente. On constate que le degré d'urbanisation augmente les inégalités de mortalité entre classes sociales : les différences de mortalité entre manœuvres et cadres supérieurs sont beaucoup plus marquées dans les grandes agglomérations que dans les communes rurales. Globalement, la moindre mortalité en milieu urbain apparaît en partie comme une conséquence de la composition sociale plus favorable des grandes agglomérations. Mais la composition sociale n'explique pas tout, deux villes au profil identique (Béziers et Cambrai par exemple) ont des taux de mortalité (à âge égal) élevés pour celle qui est au Nord, et bas pour la cité du Midi. Les comportements face à la santé, les modes de vie, l'alimentation, des différences culturelles sont des hypothèses qui expliquent en partie ces variations. Mais la recherche reste ouverte...

Pour les communes de plus de 20 000 habitants, on sait déjà que les écarts d'espérance de vie dans la première couronne de l'Île-de-France sont aussi importants que pour l'ensemble de la France. Un autre champ de recherche est aussi très prometteur : celui des inégalités *infra* urbaines, à l'échelle des quartiers. Aux États-Unis, pays où la ségrégation sociale de l'espace est très marquée, les différences d'espérance de vie entre quartiers sont considérables. C'est dans cette direction que devraient se développer maintenant les études, en même temps que l'analyse d'un nouveau découpage du territoire défini par l'Insee : le zonage en aires urbaines. Ce concept apporte une nouvelle approche de la ville et de son espace périurbain autour de la notion de pôle urbain.

Véronique Lucas, François Tonnellier