

# Les inégalités de santé en

## Des approches géographiques

La géographie de la santé en Grande-Bretagne, comme en France, concerne l'étude de la variation dans l'espace des indicateurs de santé des populations, de l'accès aux services, de la consommation de soins et également des politiques sanitaires<sup>1</sup>. Ces études sont effectuées à plusieurs échelles (régionales, locales, à un niveau fin comme les quartiers, mais aussi au moyen de comparaisons internationales). Une question fondamentale concerne l'effet du milieu sur les processus socio-économiques et environnementaux qui produisent les inégalités de santé.

Les études en géographie de la santé sont souvent conçues pour aider les décisions de politique socio-sanitaire. En Grande-Bretagne, par exemple, les données géographiques sont utilisées pour l'allocation de ressources, la planification des services, ou pour étudier l'évolution des indicateurs de santé en fonction des objectifs nationaux d'amélioration de la santé. En France aussi, des recherches en géographie de la santé se préoccupent de questions d'allocation de ressources au niveau régional et d'accès aux soins. Cette recherche est alimentée par des théories et des méthodes diverses. Pour illustrer brièvement la diversité des approches, la discussion abordera quel-

ques exemples concernant : les études statistiques sur la mortalité et la morbidité et les études qualitatives sur l'effet du milieu sur la perception de la santé.

### **Les études statistiques sur la mortalité et la morbidité**

L'étude des inégalités de santé de la population selon les zones géographiques est très révélatrice des facteurs significatifs pour la santé publique. En Grande-Bretagne et en France les chercheurs s'appuient sur les données de mortalité et morbidité des populations des zones géographiques. Il est difficile de faire des comparaisons directes des résultats des études britanniques et françaises à cause, par exemple, du fait que les indices comparatifs de mortalité sont calculés différemment et qu'il y a des différences de méthodes pour classer les groupes sociaux et les zones géographiques<sup>2</sup>.

Néanmoins, les grandes lignes de variabilité témoignent d'effets parallèles dans les deux pays. En Grande-Bretagne, au niveau régional, la zone au nord-ouest du pays est défavorisée pour les indices comparatifs de mortalité. À une échelle plus fine, les données de mortalité sont

disponibles pour les chercheurs à plusieurs niveaux et beaucoup d'études sont effectuées à l'échelle des circonscriptions électorales (population d'environ 5 000 personnes en moyenne). Les indices comparatifs de mortalité les plus élevés se trouvent dans les zones urbaines démunies avec une forte concentration de populations pauvres. La plus faible mortalité se manifeste chez les populations des zones périurbaines et rurales où les conditions de vie sont confortables. Il semble que dans des zones rurales très isolées, la mortalité est plus élevée que dans les zones périurbaines privilégiées.

Des études diverses sont également faites sur la morbidité. Pour la plupart, ces données proviennent de l'enregistrement administratif des maladies, ou d'enquêtes auprès de la population. Depuis 1991, une question est posée sur l'existence de maladies chroniques dans le recensement de la population, et il est donc possible d'étudier la géographie de la morbidité pour tout le pays à une échelle fine. Les grandes lignes de la géographie de la morbidité déclarée de cette façon suivent celles de la mortalité, mais on constate quelques différences. Par exemple, les conditions socio-économiques défavorables sont associées plus fortement à

la propension à déclarer une maladie chronique qu'au risque de décès. Ceci souligne le fait que des indices divers apportent des perspectives complémentaires à l'étude des inégalités de santé.

Cette variabilité de mortalité et morbidité en Grande-Bretagne, de même qu'en France, témoigne de la complexité des facteurs explicatifs. L'environnement social et physique, les conditions de vie et le comportement des individus dans la population, comme le recours aux soins interviennent avec des poids divers. Une question qui se pose pour les géographes concerne l'importance relative pour la santé des inégalités socio-économiques au niveau individuel, par rapport à l'effet du milieu (qui concerne toute la population d'une zone géographique). La recherche s'appuyant sur le 'multi-level modelling' (l'analyse statistique multi échelle de la variabilité de la santé) nous laisse penser que les effets majeurs opèrent au niveau de la personne, mais que le milieu joue un rôle indépendant. Pour les personnes défavorisées par exemple, le risque pour la santé qui résulte de la situation précaire de l'individu est exacerbé par les conditions de pauvreté dans sa zone résidentielle.

L'évolution de l'état de santé des populations au

# Grande-Bretagne et en France

## diverses

cours du temps est le sujet d'études effectuées par les géographes en Grande-Bretagne comme en France. Ces études sont également effectuées à des échelles diverses. Les analyses internationales de l'évolution de la mortalité dans différents pays ont mis en cause le modèle classique de la transition épidémiologique. Ceci nous laisse penser que l'évolution de la santé des pays du monde est plus complexe que ce que l'on croyait auparavant. Les différents pays suivent des voies diverses dans l'évolution de santé de la population en fonction du développement socio-économique, et il est difficile de prédire cette évolution à partir d'un seul modèle.

La diffusion des maladies infectieuses est aussi un sujet de recherche géographique commun aux deux pays. Les études classiques concernent les épidémies des maladies telles que la grippe et la rougeole. Plus récemment, une analyse a porté sur l'évolution et la diffusion de l'infection par HIV et du sida. Un élément significatif qui ressort de ces études est l'effet de la hiérarchie urbaine et des axes principaux de transport. Les maladies infectieuses se propagent rapidement entre les grandes villes, même celles qui se trouvent éloignées, à cause des migrations interurbaines et de la

facilité des transports modernes. Ceci est une bonne illustration de l'effet sur la santé de l'organisation sociale de l'espace.

### Les études qualitatives de la géographie de la santé

Les méthodes qualitatives sont aussi appliquées à la recherche géographique. L'objet des telles études est d'améliorer la compréhension de la perception de la santé et de l'accès aux soins des personnes ainsi que l'effet du milieu sur la santé vécue. La recherche qualitative se fait, typiquement, par entretiens ou interviews, avec des effectifs peu nombreux. L'étude peut porter soit sur le point de vue des patients, soit sur celui des personnels des services. Les médecins, les infirmières et les planificateurs ont parfois une connaissance partielle des conditions de vie dans un quartier, comme des besoins de la population. L'intérêt est une connaissance approfondie des perceptions et du comportement, ce qui est nécessaire pour expliquer les inégalités de santé. Par exemple, l'efficacité et l'accessibilité des services ne sont pas perçues de la même façon par les personnes appartenant aux différentes couches sociales ou communautés culturelles<sup>3</sup>. La connais-

sance des risques pour la santé posés par l'environnement et les interventions en santé publique qui sont nécessaires est aussi variable. De telles informations sont très utiles pour assurer une participation active de la population dans les interventions en santé publique.

### L'intérêt de la collaboration franco-britannique

La discussion ci-dessus s'appuie davantage sur la recherche britannique, mais plusieurs exemples de recherches françaises en géographie de la santé sont présentées dans d'autres chapitres de cette publication, ce qui témoigne de préoccupations similaires en France. La question des inégalités de santé et de l'allocation de ressources pour les services sanitaires, par exemple, fait l'objet de travaux et de débats pour les géographes des deux pays. Les systèmes d'information disponibles en Grande-Bretagne ont développé les analyses à une échelle plus fine qu'en France. Cette recherche a amélioré notre connaissance des différences intra-urbaines de santé de la population. La question concernant la morbidité qui figure maintenant dans le recensement de la population britannique ouvre le champ aux études géogra-

phiques sur les maladies chroniques, et non plus seulement sur la mortalité comme cela était le cas auparavant.

L'intérêt de la collaboration franco-britannique paraît considérable pour élargir le champ de la recherche et pour promouvoir l'échange d'expertise aussi bien sur les théories que sur les méthodes dans le domaine de la géographie de la santé.

Sarah Curtis

### Références

1. Par exemple :
  - S. Curtis, A. Taket. *Health and Societies : Changing Perspectives*. Londres : Arnold, 1996
  - V. Carstairs, R. Morris. *Deprivation and Health in Scotland*. Aberdeen : Aberdeen University Press, 1991
  - K. Jones, G. Moon. *Health, disease and society*. Londres : Routledge, 1987
  - A. Joseph, D. Phillips. *Accessibility and Utilization : Perspectives on Health Care Delivery*. Londres : Harper and Row, 1984
  - M. Smallman-Raynor, A. Cliff, P. Haggett. *London International Atlas of AIDS*. Oxford : Oxford University Press, 1992
  - J. Cornwell. *Hard earned lives : accounts of health and illness from East London*. Londres : Tavistock, 1984
  - J. Donovan. *We don't buy sickness, it just comes*. Aldershot : Gower, 1986
2. P. Aiach, R. Carr-Hill, S. Curtis, R. Illsley. *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*. Paris : Inserm, La Documentation Française, 1988
3. par exemple :
  - J. Cornwell. *Hard earned lives : accounts of health and illness from East London*. Londres : Tavistock, 1984
  - J. Donovan. *We don't buy sickness, it just comes*. Aldershot : Gower, 1986
  - J. Eyles. *The Geography of the National Health*. Londres : Croom Helm, 1987