

Le CESE préconise d'en renforcer le volet prévention en l'axant sur des priorités et des stratégies plus concises, un « pilotage clair assorti des financements nécessaires » et un volet spécifique pour les jeunes.

Dans le même ordre d'idées, l'Assemblée nationale recommande de « fixer un nombre limité de priorités dans la nouvelle loi de santé publique », ce que propose également la Cour des comptes qui précise que leur mise en œuvre se ferait « dans le cadre d'un nombre restreint de plans structurés de santé publique disposant de moyens financiers propres ». Plans dont l'élaboration devrait suivre « les recommandations du guide méthodologique produit par la Direction générale de la santé ».

Le Parlement, pour l'Assemblée nationale, « débattra de l'orientation de ces priorités et de l'affectation de leurs moyens humains et financiers ».

Ainsi, si le rôle et la place des collectivités territoriales sont jugés comme importants dans le système de santé, ne serait-ce que pour leur proximité avec les besoins des populations, il convient de constater que les contours et les modalités de leur implication ne sont pas bien précisés, sauf dans le cadre de la politique de la ville que ce soit dans le champ de la gouvernance du système de santé ou dans celui du renforcement d'une politique de prévention. ✚

Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : enseignements de la cohorte SIRS

Depuis 2009 et la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), on assiste en France à une tendance forte à la territorialisation des politiques, des programmes et – en amont ou en aval – des observations et des diagnostics en santé. Les bénéfices espérés sont, entre autres, une meilleure adéquation des besoins des personnes et des populations aux ressources et services de santé, une meilleure efficacité de l'organisation des soins et une réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Pour la recherche en santé publique, il s'agit de mettre à l'épreuve les hypothèses implicites (aussi séduisantes soient-elles) qui sous-tendent cette mobilisation accrue du territoire, en intégrant d'une part les travaux de sciences sociales (notamment en géographie et en sociologie), qui soulignent la nécessité de prendre en compte la complexité multiscalaire de l'espace de même que l'importance des interactions entre les structures socio-spatiales et les pratiques des habitants et, d'autre part, ceux d'épidémiologie sociale qui s'attachent à distinguer l'impact des facteurs sociaux et des conditions de vie individuels (y compris dans leur dimension biographique) de celui des facteurs « authentiquement » contextuels.

Depuis plus d'une quinzaine d'années, de nombreuses études ont mesuré l'influence de l'espace, souvent appréhendé au niveau du quartier de résidence, sur différents indicateurs de santé des individus (comportements alimentaires, addictions, santé physique ou mentale, recours aux soins, etc.). Depuis plus longtemps encore, d'autres travaux ont démontré l'influence, pour la santé des personnes, de leur situation socio-économique, de leurs conditions de vie et de leurs « conditions néo-matérielles » d'existence (liées aux modes de

vie dans les sociétés postindustrielles : habitudes de loisirs, possession de certains biens de consommation, accès aux moyens de communication, etc.), de leur insertion sociale, de leurs expériences et représentations (personnelles ou familiales) liées à la santé, à la maladie et aux soins, etc. L'un des enjeux actuels est de parvenir à intégrer ces différents constats dans des modèles explicatifs qui soient les plus complets possibles, notamment pour guider – un tant soit peu – la décision en santé publique. Après avoir développé quelques exemples d'inégalités de santé et de recours aux soins dans l'agglomération parisienne qui vont dans ce sens, nous reviendrons sur certains enjeux méthodologiques et conceptuels qui sont, de notre point de vue, majeurs dans l'approche des liens entre territoires et santé.

Dans la cohorte SIRS, 50 quartiers (plus précisément 50 îlots regroupés pour l'information statistiques (IRIS), unités agréant les îlots de recensement en comptant environ 2300 habitants et s'étendant sur 0,25 km² en moyenne dans l'agglomération parisienne) ont été tirés au sort – une fois pour toutes en 2005 – parmi les 2595 IRIS de Paris et de la première couronne de départements (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne), en surreprésentant les quartiers défavorisés. Puis 60 logements ont été tirés au sort dans chacun de ces IRIS et un adulte a alors été tiré au sort par logement pour être interrogé en face-à-face à domicile. Une seconde vague d'enquête a été réalisée par téléphone en 2007 et une troisième vague, de nouveau en face à face comme lors de l'inclusion, en 2010. En 2010, 47 % des adultes inclus en 2005 ont pu être réinterrogés (2,6 % étaient décédés, 1,8 % trop

Pierre Chauvin
Médecin et épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm, UMRS 707, Inserm-UPMC, Paris, membre du HCSP

Isabelle Parizot
Sociologue, chercheuse au CNRS, centre Maurice Halbwachs, CNRS-EHESS-ENS, Paris

Julie Vallée
Géographe, chercheuse au CNRS, Géographie-Cités, CNRS, universités Paris 1 et Paris 7, Paris



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

malades pour participer, 13,9 % avaient déménagé en dehors des IRIS sélectionnés, 2,7 % étaient absents à la période de l'enquête, 18,4 % ont refusé de répondre et 13,4 % ont été « perdus de vue » sans nouvelles). Les personnes qui n'ont pas pu être réinterrogées ont été remplacées par d'autres, tirées au sort dans le même IRIS. Le taux de refus des nouveaux enquêtés était, en 2010 comme en 2005, de 29 %. L'échantillon final, qui comprend 3 000 adultes francophones, est redressé pour prendre en compte la stratégie d'échantillonnage, puis recalé par âge et sexe d'après le recensement général de la population.

Un des objectifs de la cohorte SIRS est d'étudier les inégalités socioterritoriales de santé en analysant *simultanément* – par des modèles statistiques spécifiques (hiérarchiques et/ou spatiaux) – les impacts respectifs (et éventuellement conjugués) de caractéristiques sociales individuelles et de caractéristiques territoriales (comme, par exemple, l'offre de services, et notamment de soins) sur la santé et le recours aux soins. De telles analyses permettent de distinguer ce qui, dans les inégalités de santé constatées, relève de la composition sociale et démographique des populations en lien avec les mécanismes de ségrégation résidentielle (« *les effets de composition* ») et/ou ce qui relève à proprement parler de l'influence des lieux (« *les effets contextuels* »).

Résultats et enseignements

En nous intéressant au recours au frottis du col de l'utérus (FCU) par exemple, à savoir un recours à un examen de dépistage médicalisé qui ne fait pas l'objet d'un programme organisé, nous avons montré que sa fréquence dépendait à la fois de caractéristiques « matérielles » (niveau de revenus, couverture maladie, mais aussi de caractéristiques psychosociales (niveau d'études, vie en couple) et démographiques (origines migratoires). On observe notamment un fort gradient entre les femmes françaises nées de parents français, les Françaises issues de l'immigration et les immigrées, qui persiste après avoir pris en compte les différences

socio-économiques et ce, y compris chez celles suivies régulièrement en médecine générale [34]. Nous avons également montré qu'après ajustement sur les caractéristiques socio-économiques et démographiques individuelles des femmes, le recours au FCU restait inégal en fonction des quartiers de résidence. Le niveau socio-économique du quartier, les habitudes « moyennes » de prévention observées dans le quartier et la densité médicale (en généralistes ou gynécologues libéraux) étaient tous les trois fortement associés au recours au FCU, mais uniquement pour les femmes dont la mobilité quotidienne était concentrée sur leur quartier de résidence. De par leurs espaces réduits d'activités, ces femmes se trouvaient en effet fortement dépendantes des opportunités et des contraintes de leur quartier de résidence [70]. Dans la mesure où les personnes ayant une mobilité spatialement réduite sont également souvent les plus défavorisées, ces résultats montrent de façon frappante de quelle manière l'accumulation des facteurs sociaux péjoratifs (individuels et territoriaux) peut exacerber l'ampleur des inégalités de santé et de recours aux soins.

Pour le dépistage du cancer du sein (organisé celui-là), les inégalités sociales étaient moins importantes et surtout, après ajustement sur les caractéristiques individuelles des femmes, nous ne retrouvions plus de différences significatives entre les quartiers de résidence. En d'autres termes, les inégalités territoriales observées étaient, pour ce dépistage, presque entièrement expliquées par l'effet de composition des quartiers – la répartition spatiale de l'offre de soins n'étant pas ici un facteur discriminant. C'était le cas également, pour prendre d'autres exemples, des recours aux soins dentaires ou encore du renoncement aux soins pour raisons financières [64], pour lesquels les facteurs individuels (socio-économiques ou psychosociaux, comme la qualité de la couverture maladie ou encore l'isolement social et l'origine migratoire) permettaient d'expliquer à eux seuls les fortes inégalités territoriales observées, sans qu'aucun facteur contextuel ne soit identifiable dans nos analyses.

La cohorte SIRS

La cohorte SIRS (Santé, inégalités et ruptures sociales) [18] suit depuis 2005 un échantillon représentatif de 3 000 adultes de l'agglomération parisienne dans le cadre d'un programme de recherche pluridisciplinaire. Il s'agit de la première cohorte représentative de la population générale constituée spécifiquement pour l'étude des déterminants sociaux et territoriaux de la santé et

du recours aux soins. De nombreuses caractéristiques sociales et sanitaires sont recueillies auprès des personnes enquêtées. Trois dimensions sont particulièrement étudiées et ont justifié la mise en place de cette cohorte : les effets des liens sociaux et de l'insertion dans les différentes sphères de sociabilité sur les comportements liés à la santé (incluant les recours aux soins curatifs et préventifs) ; la

santé des immigrés et des Français issus de l'immigration ; et, enfin, le rôle des espaces de vie des populations (appréhendés à l'aide d'un système d'information géographique dans lequel l'adresse de résidence des personnes interrogées ainsi que celle de certaines de leurs destinations quotidiennes sont intégrées).

C'est bien tout l'intérêt de ce type d'approches : elles fournissent une grille d'analyse, notamment aux décideurs et aux planificateurs de programmes ou de services de santé qui peuvent ainsi cibler soit des populations, soit des territoires, soit les deux, qui seraient susceptibles de bénéficier d'actions spécifiques en santé... ou de souffrir plus que d'autres d'une offre de services réduite. Ces quelques exemples montrent que si certains facteurs individuels sont très souvent associés à des difficultés en matière de recours aux soins, l'effet d'autres variables – en particulier contextuelles – n'est pas systématique et peu transposable d'un indicateur sanitaire à un autre.

Concernant l'état de santé des personnes, de même, on observe bien souvent des inégalités entre territoires, que ces dernières relèvent principalement de facteurs individuels (liés à leur vie passée et actuelle) et/ou qu'elles renvoient à des interactions entre les caractéristiques des personnes et celles de leurs environnements de vie (notamment résidentiels). Les données de la cohorte SIRS montrent par exemple une prévalence de l'obésité variant du simple au double entre les quartiers classés en zones urbaines sensibles (ZUS) et les quartiers les plus riches de l'agglomération. Ces inégalités étaient fortement liées au profil social et économique des habitants mais renvoyaient simultanément, toutes choses égales par ailleurs concernant les caractéristiques individuelles, à l'offre alimentaire et au type d'urbanisation des quartiers de résidence [15]. En étudiant les questions de santé mentale, en l'occurrence la dépression, nous avons également souligné combien les habitants des quartiers défavorisés s'avéraient plus que les autres affectés. Le risque de dépression au jour de l'enquête était lié à certains événements biographiques (dans l'enfance comme à l'âge adulte), à l'isolement social et à l'espace d'activité des individus, ainsi qu'aux caractéristiques sociales et économiques de leurs quartiers de résidence. Ainsi, si certains des mécanismes à l'origine des inégalités de santé sont concordants pour différentes pathologies, ce qui dans les parcours biographiques et dans les environnements de vie influence le plus l'état de santé des personnes (et par conséquent les caractéristiques des programmes à mettre en place) n'est évidemment pas extrapolable et transposable directement d'une maladie à une autre.

Quelques questions et enjeux de méthodes

Au cours des dernières années, l'accès croissant aux données agrégées à des échelles territoriales fines (au niveau communal ou infra-communal) et l'utilisation accrue des systèmes d'information géographiques ont donné lieu à de plus en plus d'analyses géographiques écologiques des inégalités sociales de santé, dans lesquelles les facteurs territoriaux sont souvent analysés seuls, faute (et à la place) de données socio-économiques individuelles disponibles. De telles approches présentent des avantages certains, notamment en termes de coût, de facilité d'analyse et de disponibilité des données.

Pour autant, cet engouement ne doit pas faire oublier le risque – classiquement dénoncé en épidémiologie – d'« erreur écologique », qui devrait interdire toute extrapolation, inférence ou « transfert » directs au niveau des individus de ce qui a été observé au niveau agrégé (même au niveau le plus fin soit-il : le gain espéré en homogénéité, notamment sociale, des populations à mesure que la maille spatiale rétrécit n'est non seulement pas toujours vérifié, mais n'est qu'un des paramètres qu'il faudrait prendre en compte pour modéliser et estimer statistiquement une telle inférence de façon rigoureuse). Pour chaque variable agrégée (par exemple, le taux de chômage de la ville ou du quartier), l'association éventuellement observée avec un événement de santé peut en effet résulter de la somme de deux phénomènes que les analyses écologiques sont incapables de distinguer : le fait que les chômeurs seraient en effet plus à risque (l'effet individuel du chômage) et le fait que vivre dans un quartier dont le taux de chômage est élevé constituerait un risque, quelle que soit sa propre situation (l'effet contextuel, ou environnemental, de résider dans un tel quartier). Pire, ces analyses écologiques peuvent également mettre en évidence une association alors que ni l'un ni l'autre de ces effets n'existent réellement. Pour distinguer et mesurer l'importance relative des facteurs individuels et contextuels, il convient de recueillir et de modéliser conjointement ces différentes caractéristiques. En ce sens, les méthodes de régression multiniveaux (mobilisées dans nos exemples précédents et qui sont de plus en plus utilisées dans les recherches actuelles) permettent de fournir des conclusions sur les corrélations entre les indicateurs de santé et les caractéristiques individuelles qui ne sont pas entachées de ce risque d'« erreur écologique ».

Pour autant, ces modélisations plus sophistiquées ont elles-mêmes leurs propres limites, que des recherches tentent actuellement de surmonter. L'une d'elles renvoie à l'absence de mesures complètes de l'exposition aux espaces réellement fréquentés par les personnes (notamment le lieu de travail ou d'autres destinations quotidiennes ou régulières). Les populations, en effet, ne sont pas captives de leur quartier de résidence et il convient d'intégrer leurs mobilités résidentielle et quotidienne et de prendre en compte leurs pratiques spatiales et leurs déterminants. En ce sens, les récents projets de recherche qui mesurent de façon objective la mobilité quotidienne des individus grâce aux technologies de géolocalisation en temps réel par GPS sont prometteurs, même si rares sont ceux menés à large échelle et dans des populations représentatives.

Un autre écueil concerne le « maillage » spatial considéré. Il est fréquent de choisir le découpage administratif le plus fin pour lequel les données sont disponibles, alors que rien pourtant ne permet *a priori* de justifier ce choix. À partir de l'enquête SIRS, nous avons ainsi montré que la relation entre la densité médicale à proximité du lieu de résidence et la fréquence des recours aux soins des populations variait selon la



maille spatiale considérée. En calculant des densités médicales à partir de sept découpages spatiaux différents (basés sur le découpage administratif – IRIS, groupe d'IRIS adjacents et communes – ou dérivant d'une grille de taille variable, entre 600 et 1 800 mètres de côté), il a été observé que l'influence de la densité médicale sur le recours au FCU était maximale lorsque des zones géographiques de 1 400 mètres de côté et les groupes d'IRIS adjacents étaient considérés, alors qu'aucune corrélation n'était observée avec les autres découpages (plus petits ou plus grands) [71]. Utiliser un découpage sans cesse plus fin lorsqu'on cherche à mettre en relation les caractéristiques d'un territoire avec un indicateur de santé n'est donc pas toujours pertinent. Réfléchir aux inégalités sociales et territoriales de santé conduit à s'interroger sur la définition même du « quartier ». Tantôt pensé comme un espace de proximité et d'opportunités, un lieu de vie, de création de lien social, de diffusion de normes ou un cadre d'action, celui-ci ne peut être défini de façon unique : chaque habitant se le représente différemment et chacun y vit différemment, notamment en fonction de ses caractéristiques sociales et de celles de son environnement. Dans l'analyse des effets de quartiers sur la santé, l'approche basée sur les individus et leurs représentations cognitives de l'espace reste cependant largement inexplorée alors qu'elle semble déterminante – comme d'ailleurs la dimension subjective, voire symbolique, des conditions de vie et des déterminants sociaux individuels de la santé.

Enfin, la territorialisation de la santé risque également de conduire au « spatialisme », cette approche très cri-

tiquée en sciences sociales qui consiste à ne formuler les problèmes qu'en fonction des lieux où ils se manifestent. Cette posture revient alors à confondre problèmes « dans la ville » et problèmes « de la ville » (pour citer J.-P. Garnier) et à ignorer que les structures spatiales résultent de processus politiques et économiques qui se situent souvent à des niveaux supérieurs (régionaux, nationaux, voire mondiaux) mais également à un niveau inférieur : celui des individus et de leurs capacités à mobiliser leur réseau social et les ressources de leur environnement.

Enseignements pour la santé publique

Pour construire, guider ou évaluer des stratégies et des politiques de santé publique territorialisées, les décideurs ont besoin d'une connaissance des situations sociales et sanitaires des populations à l'échelle qui les concerne. Au-delà de constats simplement descriptifs, les chercheurs doivent pouvoir leur fournir des explications sur les processus et les leviers d'action, aussi complexes soient-ils, et la décision devrait en retour, idéalement, en tenir compte. Intégrer les résultats d'une recherche « en mouvement » et, qui plus est, pluridisciplinaire n'est pas la moindre des difficultés, pour les uns comme pour les autres. Bien qu'encore limitées par la disponibilité des données (et des moyens qui y sont consacrés!), les approches qui mobilisent et modélisent des données sociales et sanitaires, objectives et subjectives, à la fois individuelles et agrégées sur différentes mailles territoriales (IRIS, communes, cantons, départements, etc.) connaissent aujourd'hui un certain essor en santé publique. Elles sont, de notre point de vue, particulièrement prometteuses pour répondre à ces besoins. ✚

Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins

**Véronique
Lucas-Gabrielli**

Directrice de
recherche, Irdes

Magali Coldefy

Maître de recherche,
Irdes

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (2009), a inscrit le « territoire » au cœur de son dispositif. La territorialisation de la santé n'est pourtant pas nouvelle : elle est le fruit d'un long processus dont le point de départ est souvent fixé à la création de la carte sanitaire en 1970, qui a pour objectif de réguler l'offre hospitalière en fixant des indices « de besoin » (en fait, des ratios d'équipements) par secteur et région sanitaires.

La territorialisation croissante de l'action publique en matière sanitaire, c'est-à-dire sa construction à partir des réalités spatiales, s'est imposée de plus en plus à la faveur de multiples facteurs – introduction du PMSI¹

en 1984, constat de disparités de santé réalisé par les observatoires régionaux de santé, implication des géographes dans l'analyse [4]. La territorialisation des politiques de santé, que ce soit à travers la régionalisation ou l'instauration de la carte sanitaire, correspond d'abord à une réponse à la différenciation sociale et territoriale de l'offre de soins et des problèmes de santé [61].

C'est ainsi que les schémas d'organisation des soins (Sros), mis en place en 1994, vont venir compléter la carte sanitaire en identifiant des priorités régionales de santé et en fixant des objectifs qualitatifs adaptés aux spécificités locales, et plus seulement quantitatifs.

dispositif, qui fait partie de la réforme du système de santé français visant la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé, permet de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur l'activité des établissements.

1. Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), qui existe depuis 1997, permet d'obtenir des données relatives à l'ensemble des hospitalisations, dans le secteur public ou privé. Ce

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 66.*