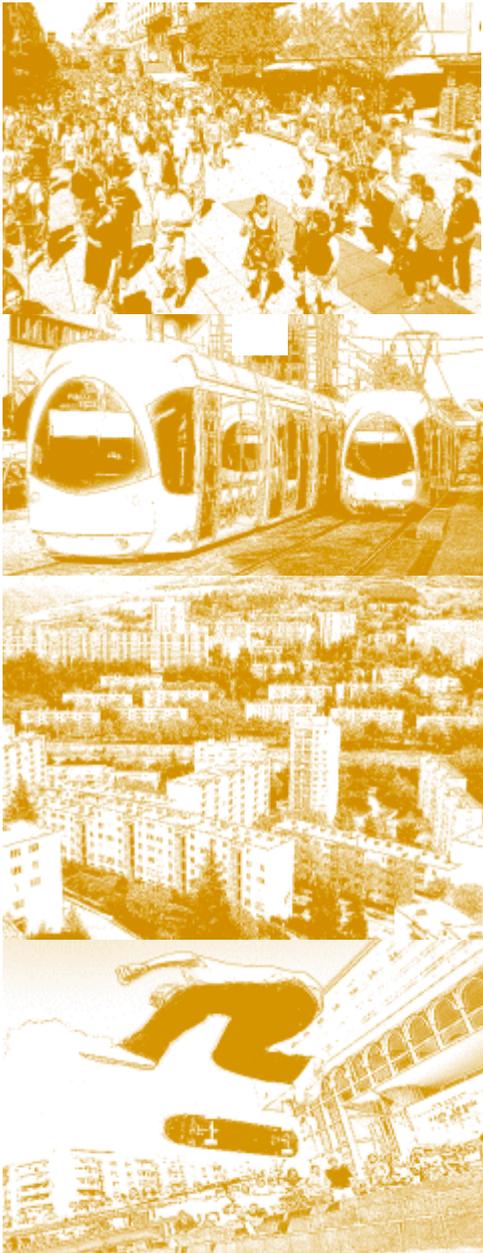


# Santé et politique de la ville

Agir ensemble, pour et avec les habitants

Journée régionale  
6 novembre 2014



# Les inégalités sociales et territoriales de santé et leurs déterminants : de la mesure à l'action

Zoé Vaillant,

Equipe des géographes de la santé  
Stéphane Rican, Audrey Bochaton, Gérard Salem

<http://www.espace-sante-territoires.fr>

université  
Paris Ovest  
Nanterre La Défense



Journée régionale 6 novembre 2014

# Définition de la santé

- OMS : Etat de complet bien-être physique, mental, social (Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1946)

Renvoie à un spectre large de déterminants :



# Approche holistique des déterminants de la santé



x





## Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

---

- Pour penser les liens entre inégalités sociales et santé 5 entrées sont classiquement adoptées, centrées sur :
  1. les états de santé
  2. le recours aux soins (piste privilégiée par les politiques publiques)
  3. la qualité des soins
  4. l'organisation du système de soins
  5. Les comportements individuels

Pour l'essentiel le questionnement porte sur les classes sociales, le genre et l'origine culturelle.



# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

---

- 1. Les états de santé

Constat d'états de santé différenciés selon les classes sociales fait consensus en épidémiologie démographique, sciences sociales en générales.

→ Constat ancien 17<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> siècle :

Louis René Villermé en 1840 publie une topographie médicale de Paris montre que les inégalités devant la mort ne dépend ni de la proximité de la Seine, ni de la densité démographique mais de l'inégale répartition des richesses...

# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

→ Constat qui perdure sur fond d'amélioration des espérances de vie

- 1980, Rapport Black (National Health and social security service, GB) : malgré l'existence depuis 30 ans d'un service national de santé assurant la gratuité des soins pour tous, les inégalités entre classes sociales persistent
- France, pays d'Europe occidentale où les écarts sont les plus importants : un ouvrier sur 4 et une ouvrière sur 10 meurent avant 65 ans(=pas de retraite mais a cotisé !) contre 1 cadre sur 8 et une cadre sur 15 (Leclerc A. et. al. *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, p. 151)
- 2008, « Inégaux face à la santé » ( Leclerc A., Kaminski M., Lang T.,) :
  - les inégalités ne se distribuent pas seulement de part et d'autre ligne de partage entre les plus pauvres et les autres, mais elles traversent l'ensemble de la société en suivant un gradient. Il n'y a pas de trappes de pauvreté qu'il s'agirait de régler.
  - Paradoxalement, les « progrès de la médecine » et le développe des démarches de prévention créent également des inégalités.





# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

---

## 2. Le recours aux soins

1990-2000's : question la + explorée

Enquêtes sous l'angle économique, consommation de soins, conditions de vie des ménages, enquête décennale santé et soins médicaux menées par le CREDES (IRDES) et l'INSEE (Mormiche) :

- À âge et sexe comparable, ce sont les employés et professions intermédiaires qui consomment le plus de soins devant les cadres : le gradient social n'est donc pas superposable à celui qui sépare les états de santé.
- Le recours à soi seul n'explique pas les ISS et n'épuise pas la question du rôle des soins dans la permanence des ISS.



# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

## 3. La qualité des soins

- A nombre de consultations égales on est + ou - bien soigné selon sa classe sociale et son pays de naissance.
- Les malades d'un cancer sont moins bien informés par leur médecin quand ils sont de classe populaire. (Fainzang S., La relation médecins-malades : information et mensonge Paris, PUF, 2006).
- Après un infarctus du myocarde la prise en charge hospitalière ne diffère pas selon la classe sociale mais la mortalité avant l'entrée à l'hôpital et dans les 28 jours après la sortie est + forte parmi les malades des classes populaires et ces derniers ont moins d'exams médicaux spécialisés avant l'infarctus (test d'effort, coronarographie) (registre Monica, Leclerc a. 2008, p198).
- Les temps de consultations moyens sont + longs dans les quartiers bourgeois que dans les quartiers populaires (28 minute contre 22 ; Ventelou 2011)



# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

---

## 4. L'organisation du système de soins

échelle d'analyse plus macro, mais qui a des effets directs sur la relation de soins

- La tarification médicale (ou paiement à l'acte),
- le régime libéral de la médecine prédominant en France, qui s'appuie certes sur un conventionnement, mais laisse une partie des médecins libres de déterminer leurs honoraires (ceux qui font le choix du secteur 2),

→ ont des effets sur :

- l'accès aux soins en terme d'effets de clientèle et de tri social
- sur la qualité des soins elle-même - en termes de temps de consultation, mais aussi d'équipements.

# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

## 5. Les comportements

- Les comportements identifiés comme à risque (tabac, alcool, sédentarité) sont inégalement répartis. Touchent davantage les CSP -  
Et même, dans les façons de boire ou de fumer (qualité des produits), le risque est plus élevé pour les CSP -
- Les campagnes de prévention globales destinées à modifier les comportements à risque ont un meilleur impact dans les classes sociales ++, plus à même d'entendre, de comprendre et d'agir selon les recommandations.





# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

---

→ Des approches globalement centrées sur le soin

Alors que le système de soin ne contribuerait qu'à 20% du gain d'espérance de vie aux Etats-Unis pendant le 20<sup>ème</sup> siècle (Bunker 1995) et à 16% en France

→ Des approches où les filtres d'analyses sont axés sur la classe sociale, le genre, l'origine culturelle.

→ Ces approches classiques qui interrogent les classes sociales, le genre, l'origine culturelle, sont complétées par des approches sur les effets de contexte, de voisinage, sur l'importance du territoire dans les mécanismes de production des inégalités.

# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

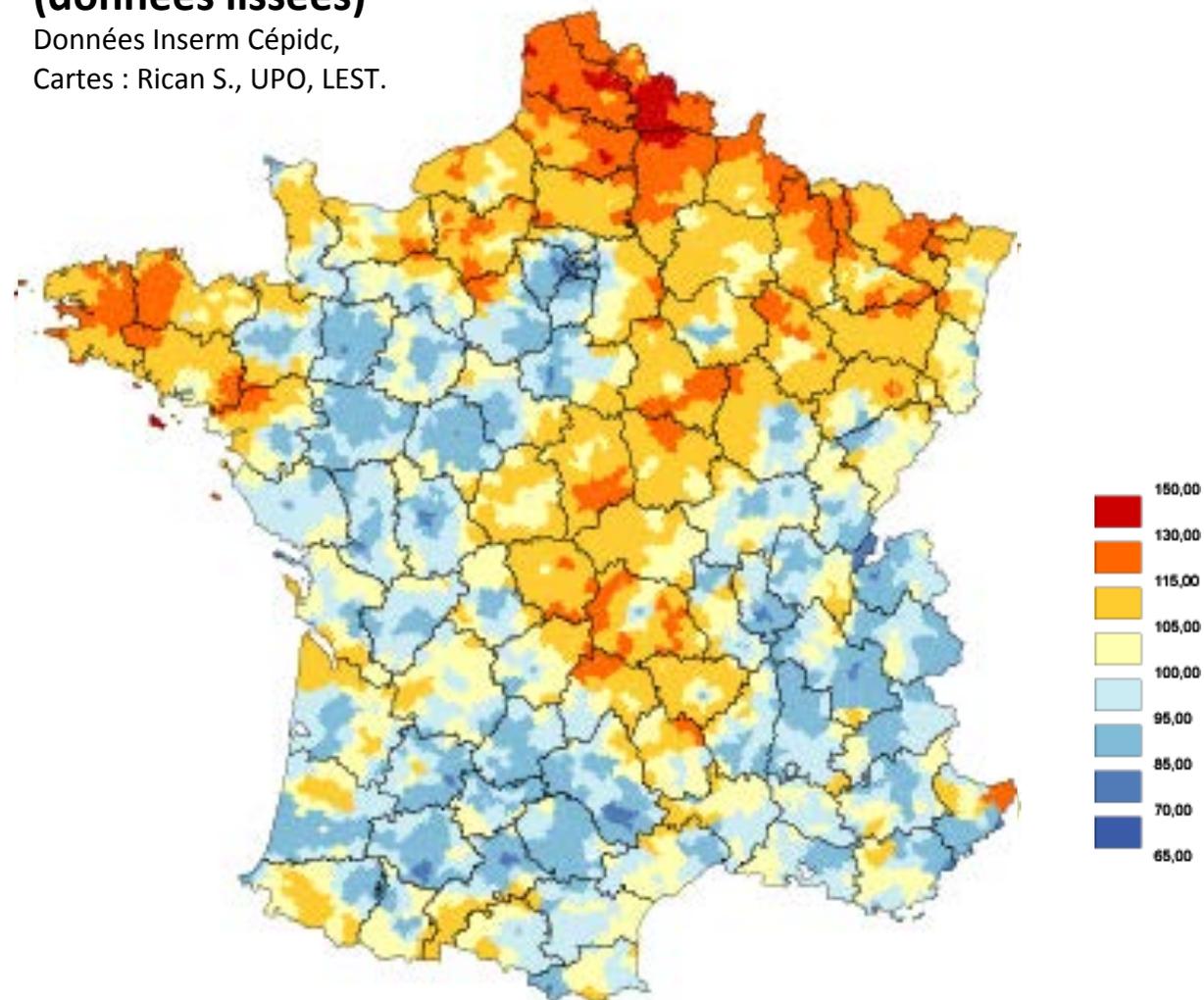
Ratio standardisé (sur l'âge) de mortalité par canton en France.

Evolution 1973-2008 2004-2008

(données lissées)

Données Inserm Cépidc,

Cartes : Rican S., UPO, LEST.



# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

Ratio standardisé (sur l'âge) de mortalité par canton en France.

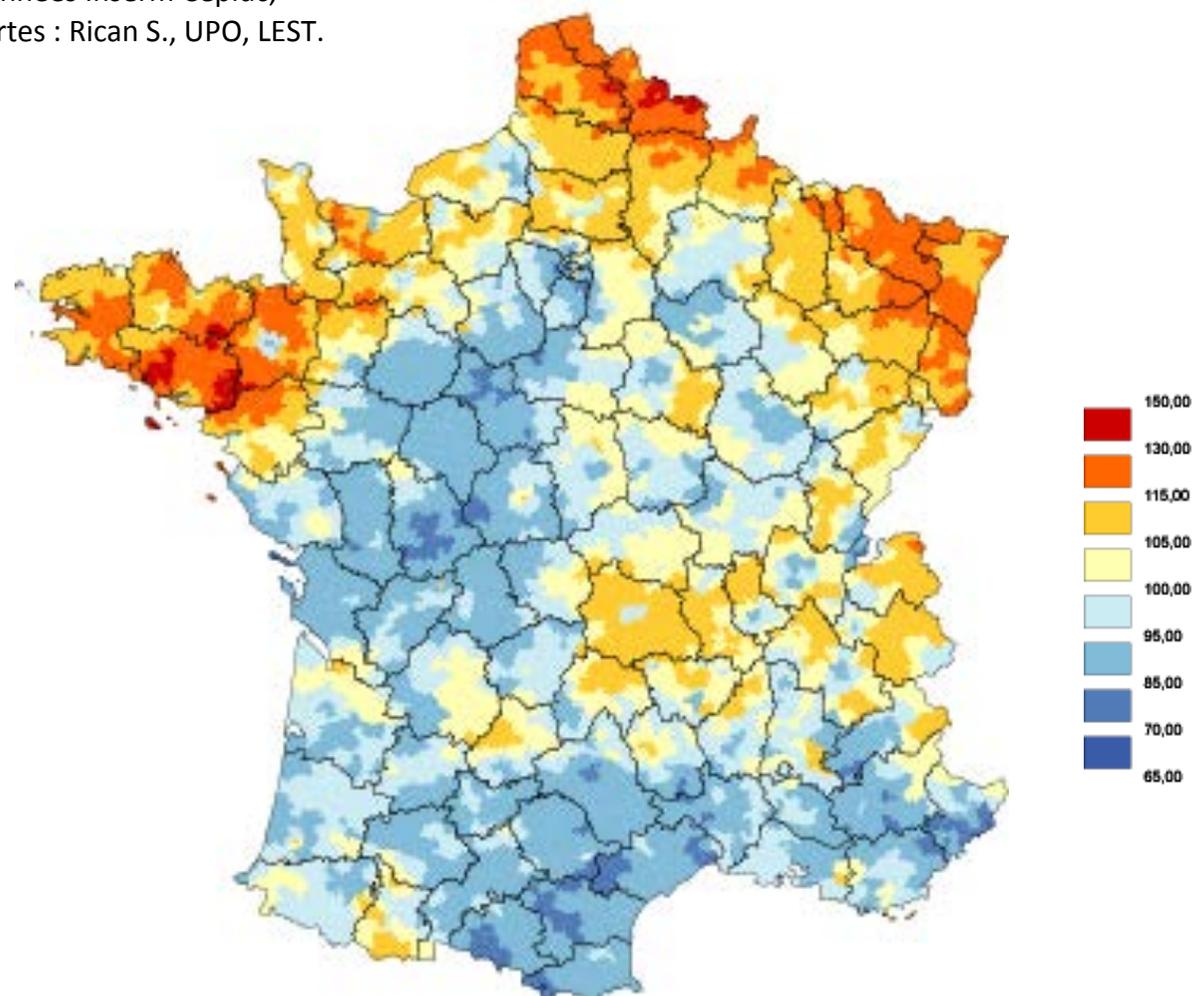
Evolution 1973-2008

(données lissées)

Données Inserm Cépidc,

Cartes : Rican S., UPO, LEST.

1973-1977





# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

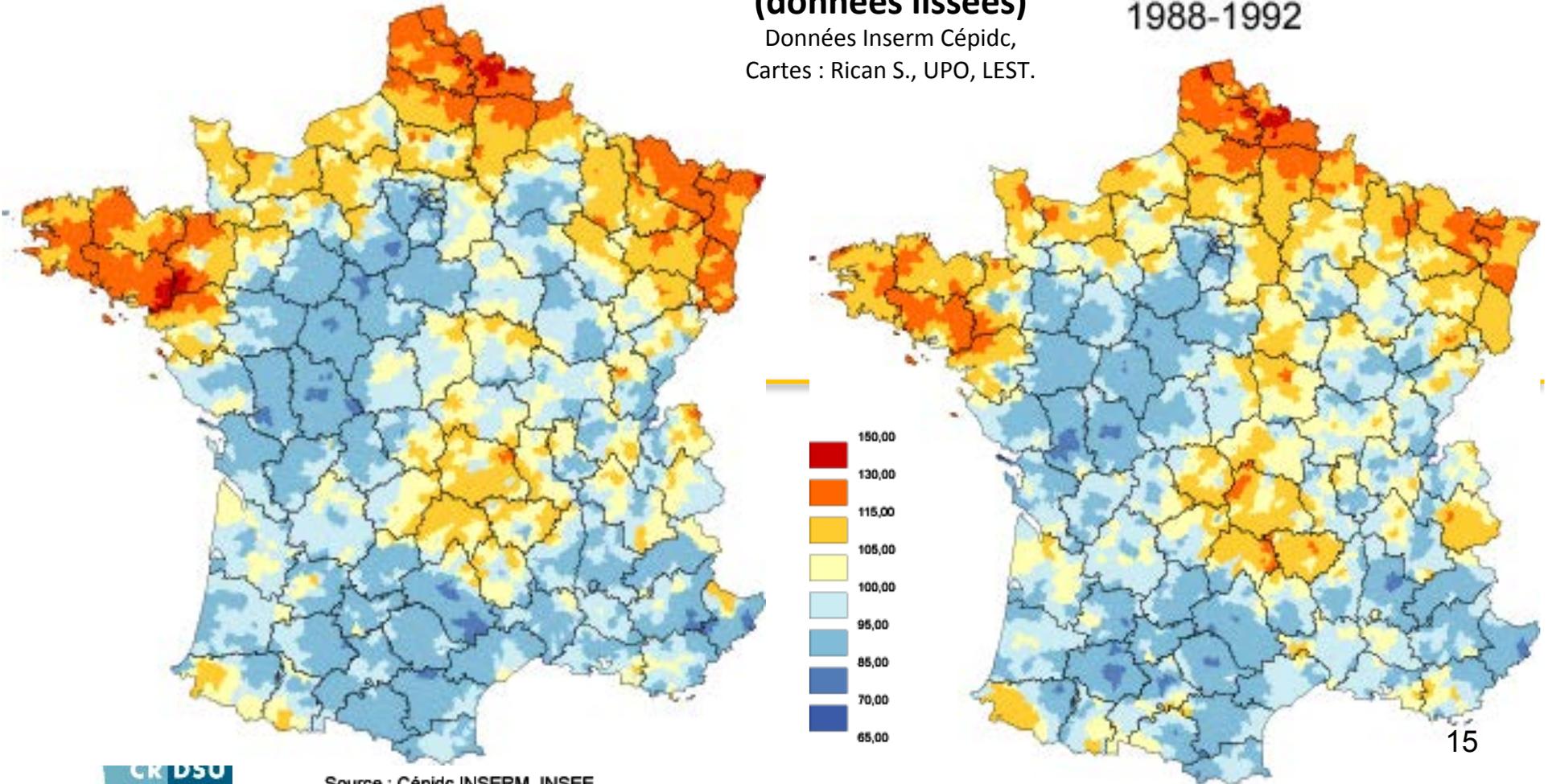
Ratio standardisé (sur l'âge) de mortalité

1980-1984 par canton en France. Evolution 1973-2008

(données lissées)

Données Inserm Cépidc,  
Cartes : Rican S., UPO, LEST.

1988-1992



# Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

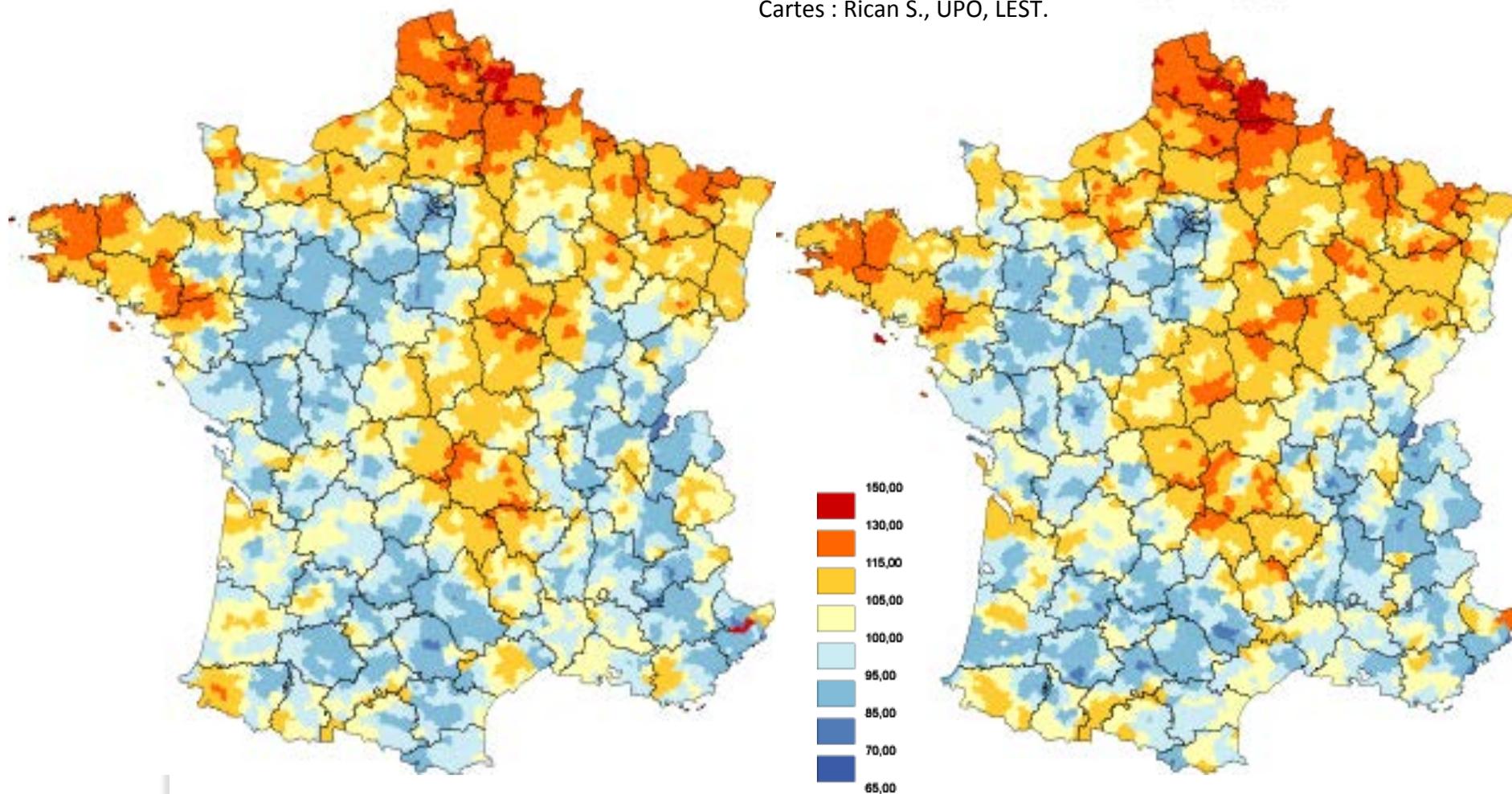
Ratio standardisé (sur l'âge) de mortalité par canton en France. Evolution 1973-2008

(données lissées)

Données Inserm Cépidc,  
Cartes : Rican S., UPO, LEST.

1997-2001

2004-2008





## Tentative d'état des lieux des différentes approches en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé

---

Il n'y a pas de déterminisme géographique !

La santé résulte bien de combinaisons localisées de multiples déterminants qu'il faut décrire.

La santé localisée renvoie aux politiques menées à différents échelons = puissant déterminant des variations sanitaires observées entre villes, quartiers, îlots etc.

La spatialisation de l'observation de la santé  
Mais de quoi parle-t-on à propos de territoire ?

# Clarifier les termes : Espace / Territoire / Lieu

## 1) Espace

Etendue présentant des caractères physiques, sociaux, culturels.

Support, produit, enjeux des rapports sociaux.

L'analyse spatiale et la cartographie permettent de :

- **décrire des disparités de santé** (à différentes échelles) : analyse de couverture par un service (flux, aire d'attraction), taux d'incidence, de prévalence spatialisées
- **d'analyser les compositions de variables en un lieu**, de comprendre les effets de continuités spatiales, de discontinuités, de réseaux etc. : distance physique, sociale, économique, culturelle (accessibilité, transports, fractures urbaines, composition socio-économique et culturelle es espaces etc.)

→ **Mise en évidence de configurations spatiales**



# Clarifier les termes : Espace / Territoire / Lieu

- 2) **Territoire** : un processus, des maillages, des acteurs
- En géographie, pas seulement un périmètre donné d'avance pour (périmètre d'action d'un service) mais...
- un construit résultant de la manière dont les acteurs, les habitants, les décideurs **façonnent, gèrent s'approprient, défendent contrôlent leur espace physique ET social** et la manière dont en retour ils en sont investis.
- Les jeux d'acteurs présents et passés (politiques menées, territorialisation de l'action) produisent et transforment les territoires et les inégalités de santé qu'ils génèrent, amplifient ou qu'ils corrigent.
- **→ Et c'est bien cette dynamique mue par des rapports de force et de sens (culture) qui dessine les territoires**



# Clarifier les termes : Espace / Territoire / Lieu

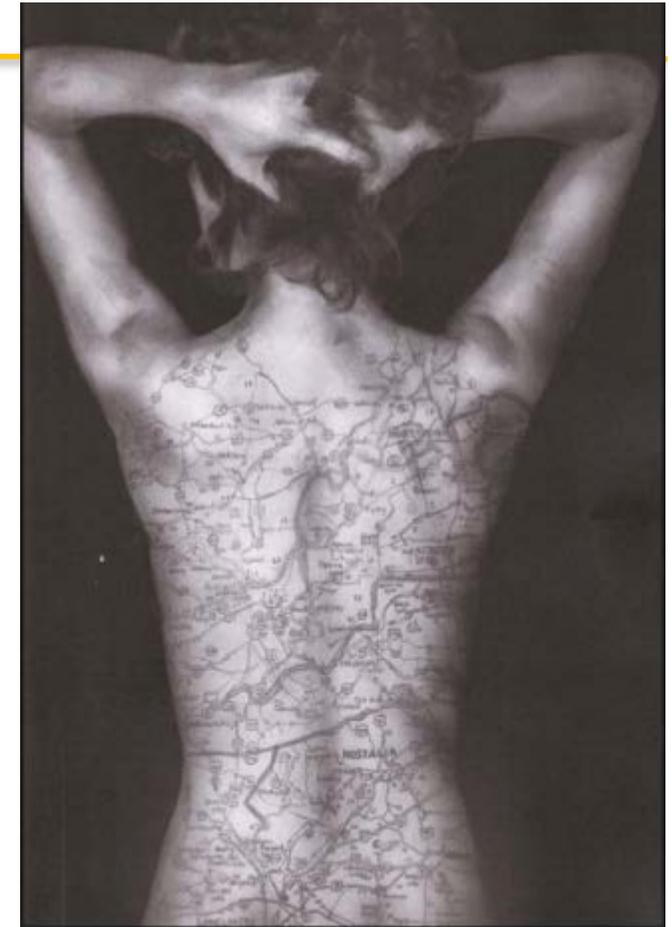
## 3) Lieu = in-CORPS-poration

Élément essentiel des constructions identitaires,

lieu où l'on a grandi , où l'on vit, on s'enracine

où chacun « infuse » pour adopter des normes locales qui contribuent à façonner la santé, (lien social, entre-soi, alimentation, alcool, prévention, soins, rapport à l'autorité etc.)

Défini à une échelle plus locale, (proximité, quotidienneté) rapport affectif, émotionnel, intime aux lieux



*« Les quartiers sont les produits involontaires de la multitude des grands et petits gestes de vie quotidienne. Les individus doivent ce qu'ils sont pour une part aux espaces où ils ont vécu et où ils vivent ».* [Pinçon M., Pinçon-Charlot M., 1997 : voyage

grande bourgeoisie, Paris PUF Quadrige] [Journal Régional, 6 novembre 2014](#)



# Vers l'action

- Les territoires, les lieux ne sont pas des variables exogènes : ils participent des et aux inégalités

Ceci ouvre sur l'action ciblée, intégrée sur des lieux et positionne les élus locaux comme des acteurs clé dans la lutte pour la réduction des inégalités de santé.



# L'action publique par le « territoire »

- Emergence d'un nouveau paradigme dans l'action publique : la notion de **territoire mise en rapport avec les inégalités de santé**
- Loi Hôpital Patients Santé Territoire (2009) : Lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé
- Niveau local pertinent pour approche intégrée ciblée localisée sur l'ensemble des déterminants de la santé
  - Ateliers Santé Ville (politique de la ville)
  - Contrats Locaux de Santé (contractualisation ville / Etat)





---

- **MERCI !**

# Bibliographie

- Mormiche P., 1993 : Les disparités de recours aux soins en 1991. *Economie et statistique* 1993, 265 : 45-52
- Fainzang S., **La relation médecins-malades : information et mensonge** Paris, PUF, 2006
- Leclerc A. et. al., 2000 : *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.
- Leclerc A., Kaminski M., Lang T., 2008 : « Inégaux face à la santé », La Découverte Inserm

