

« Dis-moi là où tu vis et je te dirai dans quelle santé tu es » : à y regarder de plus près, les choses ne sont pas si simples, comme le démontrent les recherches scientifiques.

# Les relations entre la santé et le territoire en épidémiologie sociale

**Pierre Chauvin,**  
médecin et épidémiologiste,  
directeur de recherche à l'Inserm,  
Équipe de recherche en épidémiologie  
sociale (Éres),  
Institut Pierre Louis d'épidémiologie  
et de santé publique  
(UMR-S 1136, Inserm & Sorbonne  
Universités UPMC), Paris.

On assiste en France, depuis quelques années, 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 en 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.

## Pourquoi observer à l'échelle du territoire ?

Pour la recherche en épidémiologie sociale, qui travaille à estimer l'impact de « facteurs de risque » sociaux sur les états de santé des individus à partir d'enquêtes statistiques populationnelles, la prise en compte du territoire de vie s'est imposée, à cause de deux constats principaux.

Le premier – l'observation d'indicateurs de santé différents d'un territoire à l'autre – n'est pas nouveau. Il remonte au moins aux grandes épidémies de peste en Europe occidentale. On cite souvent la célèbre publication de Villermé en 1830 qui, le premier en France, constate et tente d'expliquer les inégalités sociales infra-urbaines de mor-

talité à Paris [1]. Plus récemment, le regain d'intérêt pour l'analyse des disparités territoriales de santé à une échelle locale est la conséquence de la disponibilité croissante des données et des outils statistiques et informatiques pour les traiter et les analyser.

Le second constat est un peu plus récent dans le champ de l'épidémiologie : c'est la démonstration qu'envisager tous les facteurs de risque comme des attributs individuels – biologiques ou comportementaux – trouvait ses limites dans les champs de l'épidémiologie environnementale et de l'épidémiologie sociale, des champs qui nécessitent de prendre également en compte les environnements sociaux, physiques et géographiques des personnes.

## Trois écueils à éviter

Encore faut-il souligner que cette tendance n'apparaît valide en épidémiologie qu'à condition de se prémunir de trois travers réducteurs ou dangereux pour la connaissance ou pour l'efficacité de l'action publique : celui du « spatialisme », qui consiste à ne formuler les problèmes qu'en fonction des lieux où ils se manifestent sans tenir compte de la diversité des personnes qui y résident (ou les traversent) ; celui du risque – extrêmement fréquent – d'erreur écologique (qui consiste à transférer à l'ensemble des individus les conclusions observées à un niveau agrégé, un transfert qui n'est pas toujours vérifié) ; enfin celui de ne pas pouvoir distinguer ce qui relève d'un effet de composition (lié à la concentration d'individus semblables sur un même territoire, par exemple des chômeurs, des personnes âgées, des immigrés, etc.) et ce qui relève d'un effet authentiquement contextuel (lié

## L'ESSENTIEL

- **La santé d'une population ne dépend qu'en partie des caractéristiques du territoire qu'elle occupe.**
- **Le territoire n'en reste pas moins un « déterminant » important de l'état de santé de ses habitants.**
- **Ainsi par exemple, des lieux publics dégradés ont une influence délétère sur la santé mentale. De nombreuses autres corrélations ont été établies par les scientifiques.**

à l'exposition collective à un autre facteur, une caractéristique de l'environnement qui est préjudiciable pour tout ou partie des habitants : par exemple une pollution chimique, un environnement dégradé, un désert médical) [2].

## Le territoire fait écosystème

L'épidémiologiste se pose enfin une question supplémentaire (que ne se posent peut-être pas, ou pas en ces termes, le géographe ou le sociologue) : comment ce facteur contextuel peut-il, *in fine*, « entrer sous la peau », comme l'écrivent les auteurs anglo-saxons [3] ? Autrement dit, quelle est la chaîne de causalité (souvent indirecte) qui lie cette caractéristique du territoire dans lequel vit un individu à son état de santé ? Quelles hypothèses comportementales ou biologiques doit-on mobiliser au bout de cette chaîne, au plus proche de l'individu ? À qui s'appliquent-elles et à quelles conditions ?

## Le lien entre territoire et santé...

Depuis plus d'une quinzaine d'années, de nombreuses études épidémiolo-



logiques se sont accumulées pour mesurer les effets des caractéristiques du quartier de résidence sur différents indicateurs de santé de leurs habitants. Souvent initiées en Amérique du Nord, dans un contexte où les processus de ségrégation socio-spatiale sont sans commune mesure – dans leurs causes et leurs conséquences – avec ceux observés dans d'autres pays développés [4], de telles recherches ont ensuite été conduites en Europe du Nord puis, plus récemment, en France.

Pour schématiser, différents types de relations entre territoire et santé ont pu être mis en évidence [5], qui s'expliquent par des effets différents. Il peut s'agir :

- d'effets de composition, comme nous l'avons cité plus haut : par exemple, certains quartiers urbains particulièrement dotés en logements locatifs anciens et de prix accessible régis par la loi de 1948 peuvent avoir des indicateurs de santé qui ne s'expliquent que par l'âge moyen élevé de leurs habitants et par rien d'autre ;

- d'effets d'expositions physiques : on citera notamment le bruit, la pollution atmosphérique, mais aussi l'habitat indigne, la pollution des sols ou de l'eau, etc. et toute une série de maladies environnementales (dans le sens le plus classique du terme) : saturnisme, troubles du sommeil, asthme, etc. ;

- d'effets d'expositions à des environnements psycho-socio-économiques : en fonction de l'intensité des

conduites de socialisation prévalant sur le territoire, la concentration de populations particulières (riches ou pauvres, nationaux ou immigrés, personnes très éduquées ou habitants au faible capital social, etc.), et l'entre soi qui en découle, peuvent influencer les normes collectives et individuelles en matière de santé, de bien-être et de comportements en lien avec la santé. De tels effets ont été observés pour les habitudes alimentaires, la santé mentale, la consommation de tabac ou d'alcool, ou encore le recours à la prévention médicalisée. On a pu également estimer des liens entre l'insécurité ou la dégradation des lieux publics et la santé mentale ou somatique (maladies cardiovasculaires, apparition de certains cancers), qui s'expliqueraient par l'exposition chronique au stress et/ou le repli sur soi et l'isolement social consécutifs ;

- d'effets d'expositions à des environnements matériels : il peut s'agir de l'environnement construit et de l'urbanisme – notamment le type de logement (par exemple pavillonnaire ou grands ensembles), le mode d'occupation des sols et la densité d'espaces verts, les moyens de communication (plus ou moins favorables aux déplacements en général et à la « mobilité douce » en particulier) – ou de l'offre d'équipements et de services (installations et/ou associations sportives, offre alimentaire, etc.), et en particulier de l'offre de soins de santé (curatifs, préventifs, ambulatoires, hospitaliers,

primaires ou spécialisés, de secteur I ou de secteur II, etc.). De tels effets ont été estimés sur l'activité physique, l'obésité, les accidents de la circulation, etc. ; mais aussi sur toute une série de recours aux soins primaires ou spécialisés, ainsi que sur des indicateurs de mortalité pour certaines maladies.

### **...Mais le territoire ne fait pas tout**

Ces différents effets peuvent s'additionner, se potentialiser ou – au contraire – s'annuler entre eux. Par exemple, on observe fréquemment qu'un même contexte n'a pas le même effet pour tous les habitants. Dans un quartier donné, certains habitants peuvent être particulièrement sensibles aux effets des caractéristiques de leur environnement résidentiel (les moins mobiles ou les plus défavorisés par exemple [6]), tandis que d'autres ne le sont pas du tout, soit parce qu'ils fréquentent au moins autant d'autres lieux que leur quartier de résidence, soit parce que d'autres caractéristiques les protègent de cette influence délétère.

### **Le territoire : pour observer, pour comprendre ou pour agir ?**

Pensé comme un lieu de vie et d'opportunités en matière de liens sociaux, de diffusion de normes ou de mise en œuvre de pratiques différenciées, le territoire ne peut être défini de façon unique, ni d'un individu à

l'autre (chaque habitant se le représente et y vit différemment), ni d'un environnement à l'autre (l'étendue moyenne des espaces d'activité est probablement différente dans les hyper-centres urbains, les zones périurbaines ou les espaces ruraux par exemple). Idéalement, les pratiques spatiales des individus doivent être connues et prises en compte, notamment l'étendue de leur espace d'activité quotidien.

Ainsi par exemple, les déplacements quotidiens sont largement déterminés à la fois par les habitudes de vie (liées aux obligations professionnelles ou familiales, aux ressources économiques, à l'étendue du réseau social et amical, aux habitudes de loisirs, etc.) et par la structure de l'environnement proche (en termes d'opportunités d'emploi, de densité de services, d'agrément du cadre de vie, d'offre de transport par exemple). Or ce sont ces déplacements quotidiens qui déterminent à leur tour l'étendue des espaces géographiques traversés (et plus ou moins investis) et, en leur sein, la diversité des contacts sociaux, des expositions physiques ou la proximité des services auxquels sont « exposés » les individus dans leur vie quotidienne.

L'échelle à laquelle agissent les effets contextuels n'est pas univoque non plus. Si on comprend aisément que, par exemple, l'exposition au bruit ou l'accessibilité à l'offre de soins ne s'étudient pas à la même échelle, celle la plus pertinente pour étudier les effets de la ségrégation socio-spatiale sur la santé est beaucoup moins évidente (et bien entendu pas identique dans tout l'hexagone). Par ailleurs, la répartition spatiale des maladies varie considérablement d'une pathologie à une autre. Il en est de même pour les comportements en lien avec la santé, sans que l'ensemble des déterminants et des mécanismes en soient encore connus. Pour toutes ces raisons, s'il est fréquent et, de fait, souvent plus « fructueux » de choisir une échelle fine, rien ne permet *a priori* de justifier que ce choix soit systématique.

### A quelle échelle territoriale agir ?

Enfin, pour l'action publique – et notamment s'il s'agit d'œuvrer pour la réduction des inégalités sociales de santé – il faut bien distinguer le territoire du constat et de l'observation,

celui des processus sociaux en jeu et celui de l'action. En tant qu'épidémiologistes, nous avons parlé jusqu'alors des deux premiers (déjà bien complexes à appréhender), sans préjuger du troisième. En fonction des caractéristiques contextuelles à l'œuvre, de leurs modes de régulation, ou encore des leviers qu'il est possible de mobiliser pour les transformer ou modifier leurs effets, le territoire de l'action peut être plus large ou plus resserré que le territoire de l'analyse des effets. Par exemple, quand bien même ils sont le mieux caractérisés à une échelle fine, les effets d'une source de pollution (sonore ou atmosphérique) pourront être maîtrisés au mieux par des actions structurantes à une échelle départementale ou régionale. À l'inverse, des actions visant à modifier certains comportements de santé ou certaines pratiques de soins seront probablement plus efficacement implémentées à un niveau extrêmement local – dans les quartiers ou les lieux de travail par exemple – même si certains de leur déterminants sont davantage macro sociaux et dépassent le cadre local. ■

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Villerme L.-R. *Les causes de la mortalité dans les divers quartiers de Paris*. Paris : La Fabrique éditions, 2008, 125 p. [1<sup>ère</sup> éd., BnF, 1830. En ligne : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k81421x/f1.image>].
- [2] Chauvin P., Parizot I. dir. *Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social*. Paris : Inserm/Vuibert, coll. Questions en santé publique, 2005 : 292 p.
- [3] Diez Roux A.V. Integrating social and biologic factors in health research: a systems view. *Annals of Epidemiology*, 2007, vol. 17, n° 7 : p. 569-574.
- [4] Wacquant L. *Parias urbains. Ghetto, banlieues, État*. Paris : La Découverte, coll. La Découverte Poche, 2007 : 336 p.
- [5] Kawachi I., Berkman L.F. dir. *Neighborhoods and health*. New York : Oxford University Press, 2003 : 352 p.
- [6] Chauvin P., Parizot I., Vallée J. Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : enseignements de la cohorte SIRS. *Actualité et dossier en santé publique*, 2013, n° 82 : p. 29-32.

## LA RÉNOVATION URBAINE S'ACCOMPAGNE-T-ELLE D'UNE AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES HABITANTS ?

On sait – depuis certaines expériences américaines d'aide au déménagement en dehors des ghettos urbains les plus défavorisés – que changer radicalement de quartier peut s'accompagner à long terme de gains de santé, notamment pour les maladies de surcharge (NDLR : obésité, diabète, etc.). Les effets de l'amélioration du cadre de vie sur la santé des habitants sont l'objet d'études presque systématiques aux États-Unis, ce qui est malheureusement loin d'être le cas en France. Elles montrent que les gains de santé peuvent être substantiels, mais à certaines conditions. Il s'agit notamment d'obtenir une participation large et réelle des habitants à toutes les étapes et d'accompagner la rénovation d'actions de promotion de la santé s'inscrivant sur le long terme.

En résumé, les actions sur l'environnement construit sont souvent nécessaires et susceptibles d'avoir des effets sur de multiples dimensions de santé (diabète, maladies respiratoires, accidents de la vie courante, violences, santé mentale) mais pas suffisantes à elles seules. Par ailleurs, depuis les travaux initiés à l'université de Chicago dès les années 1940, les sociologues ont bien montré la manière dont un environnement dégradé pouvait avoir des conséquences sur la santé des habitants, par le biais de processus de décomposition des règles et des institutions sociales, du stigmatisme qui s'attache à certains espaces résidentiels (jusqu'à de véritables psychoses de relégation, décrites en psychologie sociale) ou encore des relations subjectives qui lient les habitants à leur quartier. En ce sens, la perception d'une dégradation au cours du temps serait encore plus péjorative que sa situation objective à un moment donné.

P. C.

Dossier

Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?