

Santé et échelles territoriales

Julie Vallée,
chargée de recherche
en géographie,
CNRS - UMR
Géographie-Cités, Paris.

En ville, les approches territoriales de la santé se sont développées depuis une quinzaine d'années et font l'objet d'un intérêt accru auprès de la communauté scientifique et des décideurs politiques. Elles aident en effet à mettre en évidence les inégalités spatiales de santé, à progresser dans la compréhension de leurs déterminants et à lutter contre ces différences en ciblant les zones et les populations prioritaires. Face à cet intérêt nouveau porté au territoire dans le champ de la santé, on remarque cependant une certaine confusion dans les échelles territoriales à mobiliser, selon que l'on cherche à diagnostiquer, à comprendre ou à agir sur les inégalités de santé.

Le territoire : un outil de diagnostic

En France comme dans de très nombreux pays, il est maintenant courant de réaliser des diagnostics de santé qui mettent en évidence les écarts de mortalité et de morbidité entre les quartiers d'une même ville. Ces diagnostics territoriaux, réalisés à l'aide de cartes – souvent bien plus parlantes que des chiffres pour porter un plaidoyer –, permettent d'identifier les espaces où résident des populations pour lesquelles les besoins de santé en termes d'actions préventives ou curatives sont les plus criants.

Ces diagnostics, certes indispensables, ne constituent cependant qu'une première étape à la mise en place d'actions territorialisées pour améliorer la santé des citoyens. Pour pouvoir agir efficacement sur les inégalités de

santé entre groupes sociaux, culturels, générationnels..., il importe de ne pas s'en tenir à une cartographie, aussi fine soit-elle, des indicateurs de santé, mais de considérer les mécanismes à l'origine de ces inégalités.

Le territoire : une clé de compréhension

Que ce soit en épidémiologie, en géographie ou en sociologie de la santé, de nombreux travaux ont mesuré les effets de l'espace, souvent appréhendé au niveau du quartier de résidence, sur des indicateurs de santé, tels que les comportements alimentaires et addictifs, les états de santé physique et psychologique et les recours aux soins des populations [1].

Cinq déterminants majeurs ou éléments de contexte des quartiers – ce que les scientifiques appellent des « structures d'opportunités » – peuvent promouvoir la santé ou, au contraire, lui nuire :

- les caractéristiques physiques de l'environnement ;
- la salubrité et la sécurité des espaces ;
- les caractéristiques sociales de la population, reflétant l'histoire du quartier et son tissu social ;
- la réputation du quartier, telle qu'elle est perçue par les habitants et par les autres acteurs concernés : autorités publiques, promoteurs privés, etc. ;
- les configurations locales des équipements, comme les commerces, le réseau de transports, les écoles, les services de santé et les centres sportifs et de loisirs [2].

Pour ne donner que quelques exemples, des études ont souligné l'influence positive d'une forte densité des services de santé sur la fréquence

L'ESSENTIEL

▣ L'influence du quartier de résidence sur la santé des individus et leur accès aux soins fait aujourd'hui l'objet d'une reconnaissance croissante en géographie de la santé, en épidémiologie sociale et en santé publique.

▣ Toutefois, s'attaquer aux inégalités de santé exige d'aborder le territoire à une échelle plus large que le seul quartier de résidence.

des dépistages des cancers et l'influence de la densité et du type de commerces alimentaires sur les habitudes nutritionnelles. Au-delà des équipements disponibles, les interactions sociales, qui se nouent au sein des quartiers de résidence, façonnent des normes et des valeurs (relatives par exemple aux façons de se soigner, de manger ou de se déplacer) qui favorisent ou contrarient l'adoption de comportements favorables à la santé.

Bien qu'essentiel, le quartier de résidence n'est pas le seul territoire à considérer lorsque l'on cherche à progresser dans la compréhension des inégalités de santé et dans la mise en place d'actions de santé publique et d'aménagement territorial. Restreindre l'analyse au seul quartier de résidence revient à ignorer la mobilité quotidienne des populations – par exemple dans le cadre de leur travail –, qui conditionne pourtant leur façon d'interagir avec leur environnement social et d'accéder aux ressources réparties [3, 4]. De plus, réduire le champ des analyses et des actions au quartier

dans lequel les populations habitent revient à ignorer que la configuration sociale et urbaine des quartiers et leur ségrégation spatiale résultent de processus politiques et économiques à des niveaux supérieurs : municipal, régional, national, voire mondial. L'intérêt récent porté aux territoires ne doit donc pas conduire à commettre des « confusions territoriales » en n'agissant que dans les seuls espaces territoriaux où les besoins de santé sont les plus criants. On rejoint ici plus largement la position critique de certains chercheurs en sciences sociales, qui invitent à ne pas confondre problème *dans* la ville et problèmes *de* la ville [5].

Le territoire : un levier d'action

À l'heure de la territorialisation des politiques de santé (instaurées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 et traduites par l'installation des agences régionales de santé en 2010), une certaine prudence s'impose donc lorsque l'on cherche à concentrer les moyens et les actions dans des territoires spécifiques. Ces modalités d'approches de la santé n'auraient ainsi guère de sens si elles ne donnaient lieu qu'à des actions dans les espaces dits prioritaires, où résident des populations dont les besoins de santé sont les plus élevés.

Il importe ainsi que les acteurs publics se concertent et articulent leurs territoires respectifs d'action, afin que les besoins des différentes populations soient pris en compte, qu'elles habitent le territoire ou bien le fréquentent sans y résider. Si l'on cherche par exemple à améliorer l'accès aux équipements culturels ou de loisirs des populations les plus pauvres, il est nécessaire de mettre en place des mesures incitatives pour densifier l'offre d'équipements à proximité des lieux de résidence et d'activité des populations les plus pauvres et pour faciliter leurs déplacements vers les espaces bien pourvus en équipements [6]. Il y a donc tout intérêt à ce que les actions à mener pour lutter contre les inégalités intra-urbaines de santé s'inscrivent à différentes échelles territoriales : si l'approche locale permet de diagnostiquer efficacement les problèmes et d'analyser les interactions spécifiques, qui se nouent entre les populations et



© Alain Guillaume / TendenceFloue

leur quartier, elle ne permet pas – à elle seule du moins – de faire émerger des solutions. C'est en ce sens que les contrats locaux de santé (CLS) doivent assurer l'articulation entre les politiques locales, régionales et nationales, et permettre de lutter ainsi contre les

cloisonnements intersectoriels [7]. S'attaquer aux inégalités sociales de santé nécessite de coordonner des politiques publiques à différentes échelles territoriales, en adoptant une approche résolument multiscale. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Diez-Roux A. Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. *American Journal of Public Health*, 2001, vol. 91, n° 11 : p. 1783-1789. En ligne : ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.91.11.1783
- [2] Macintyre S., Ellaway A. Neighborhoods and Health: an Overview. In : Kawachi I., Berkman L.F. (Eds.). *Neighborhoods and Health*. New York : Oxford University Press, 2003 : p. 20-42.
- [3] Vallée J., Chauvin P. Investigating the Effects of Medical Density on Health-Seeking Behaviours Using a Multiscale Approach to Residential and Activity Spaces: Results from a Prospective Cohort Study in the Paris Metropolitan Area, France. *International Journal of Health Geographics*, 2012, vol. 11 : p. 54. En ligne : <http://www.ij-healthgeographics.com/content/11/1/54>
- [4] Vallée J., Frohlich K., Kestens Y., Shareck M. Accès aux ressources et santé mentale à Montréal :

l'importance de la mobilité quotidienne. *Métropolitiques*, dossier « Ville et santé », 2014 : 7 p. En ligne : www.metropolitiques.eu/IMG/pdf/met-vallee-shareck-kestens-frohlich.pdf

[5] Garnier J.-P. *Une violence éminemment contemporaine. Essais sur la ville, la petite-bourgeoisie intellectuelle et l'effacement des classes populaires*. Marseille : Agone, coll. Contre-Feux, 2010 : 256 p.

[6] Vallée J., Commenges H., Perchoux C., Kestens Y., Chaix B. Mobilité quotidienne et accès potentiel aux ressources urbaines en Île-de-France : quelles inégalités sociales ? In : Pumain D., Mattei M.-F. coord. *Données urbaines*. Paris : Economica/Anthropos, 2015, vol. 7 : p. 87-95.

[7] Hashar-Noé N., Salomera E. Le Contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. *La Santé en action*, 2014, n° 428 : p. 14-17. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-428.pdf