

Dictionnaire des inégalités, A. Bih, Colin

Atlas de la santé mondial, autrement, 2020

Atlas géographique et géopolitique de la France, autrement, 2020

qui cause du tort à tous et à tout : au droit, à la législation nationale et aux conventions internationales, à la nation dont il viole les principes de l'hospitalité d'État, aux autres immigrés depuis longtemps installés. Sa présence n'est pas perçue et posée en termes d'intégration mais en termes de sécurité nationale et de soucis humanitaires. Il incarne ces « populations flottantes » qui par définition sont de partout et de nulle part. Si la catégorie de sans-papiers est une auto-désignation, en pratique rien ne différencie un sans-papiers d'un immigré ordinaire en situation régulière. En revanche, au sein de la population des sans-papiers, il existe non seulement un nombre important de nationalités mais aussi des différences sensibles dans les conditions qui ont présidé au « statut » de sans-papiers. Le sans-papiers proteste de sa dépossession d'un « droit légitime », il revendique des papiers pour être en règle et accéder à d'autres droits. Ce droit est devenu aussi légitime que celui d'avoir un toit, un emploi, ou une nationalité.

Smaïn Laacher

➤ IMMIGRATION - HISTOIRE DE L'IMMIGRATION - MIGRATIONS INTERNATIONALES

SANTÉ

On entend par inégalités sociales de santé des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux au sein d'un même pays ou entre différents pays. Les inégalités sociales de santé caractérisent le lien qui existe entre l'état de santé d'une personne et sa posi-

tion sociale d'un individu est mais l'état de santé est bonne. On observe tout au long de la hiérarchie que l'on appelle le gradient de santé.

Les inégalités sociales de santé sont mesurées à l'aide de différents indicateurs de santé, et la mortalité qui représente l'indicateur extrême de la santé. En France, de fortes inégalités sociales de mortalité sont observées pour les différents indicateurs de position socio-économique individuels (niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle, revenu, type de contrat (temporaire/permanent), chômage, etc.) mais aussi en fonction d'indicateurs basés sur la situation socio-économique du lieu de résidence. Les inégalités sociales de mortalité par cause sont globalement plus marquées chez les hommes, en particulier pour la mortalité par cancer, à l'exception notable de la mortalité cardiovasculaire pour laquelle les différentiels de mortalité sont plus marqués chez les femmes. La situation du cancer du sein mérite d'être soulignée : c'est une cause de décès très fréquente chez les femmes pour laquelle on n'observe actuellement aucune différence sociale de mortalité. Si les inégalités sociales de mortalité générale sont plus marquées chez les hommes, c'est principalement que les causes de décès présentant les plus fortes inégalités sociales (dont les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures) sont plus fréquentes chez les hommes. Toutefois, la situation est en cours de modification chez les femmes, principalement en raison de la diffusion relativement récente du tabagisme dans la population féminine.

Les inégalités sociales de mortalité sont la conséquence de ce qui est observé en termes de morbidité. La morbidité regroupe l'ensemble des problèmes de santé autres que la mortalité, et inclut principalement les différentes pathologies, les limitations fonctionnelles, les invalidités, et la santé perçue, ou auto-évaluation par la personne de sa santé. Parmi ces différents

indicateurs, la santé perçue est un indicateur largement utilisé car facile à recueillir, mais dont l'interprétation est délicate, en particulier lorsque l'on s'intéresse aux inégalités sociales. En effet, c'est par nature un jugement subjectif et on ne sait pas très bien pour quelles raisons une personne juge que sa santé est bonne ou mauvaise. Ce jugement dépend de différents facteurs, tels que l'âge, le sexe, le pays ou la position socio-économique de la personne.

Le rapport de la commission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les déterminants sociaux de la santé a catégorisé l'ensemble des déterminants sociaux de la santé reconnus en déterminants dits « structurels » et déterminants dits « intermédiaires ». Les déterminants structurels comprennent ceux liés au contexte socio-économique et politique du pays (gouvernance, politiques macroéconomiques, valeurs de la société, etc.) et les caractéristiques de la position socio-économique des individus (genre, origine ethnique, niveau d'études, etc.). Ces déterminants structurels ont un impact sur la distribution socialement stratifiée des déterminants intermédiaires.

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles (conditions de vie et de travail, disponibilité de la nourriture, etc.), aux addictions (tabac, alcool, drogues), aux autres comportements (nutrition, activité physique, obésité), aux facteurs psychosociaux (stress des conditions de vie et de travail, soutien social), biologiques et génétiques, ainsi qu'au système de soins.

Les inégalités sociales de santé, en France, ont tendance à s'aggraver pour la plupart de ces déterminants. Ainsi, dans un contexte de baisse générale de la consommation de tabac chez les hommes, les inégalités sociales de consommation se sont renforcées. Chez les femmes, on observe à la fois une hausse du tabagisme et des différences sociales de consommation. Le tabagisme est maintenant plus fréquent parmi les femmes socialement les plus défavorisées, alors que c'était le contraire il y a trente ans. Le tabagisme féminin n'est pas le seul facteur pour

quence et des inégalités sociales : cette situation s'observe aussi par exemple pour le surpoids et l'obésité. Différentes politiques sont actuellement mises en place dans ces domaines, avec des résultats contrastés : s'ils sont encourageants en ce qui concerne la réduction du surpoids et de l'obésité infantiles, la consommation de tabac demeure à un niveau élevé malgré les mesures prises ces dernières années (interdiction de fumer dans les lieux publics et hausse des prix principalement). En outre, ces politiques se révèlent impuissantes à réduire les inégalités sociales concernant les facteurs visés.

Le recours aux soins est socialement stratifié en France. Cela s'observe à différents niveaux, en termes d'assurance complémentaire santé, d'accès aux soins (type de spécialiste de santé, type d'établissement médical, etc.), de parcours dans le système de soins (examens prescrits, délais avant les soins, etc.) et de recours à la prévention (dépistage, vaccination, etc.). Les différences sociales de recours aux soins ne se traduisent pas de façon systématique en différences sociales de santé. Cependant, globalement, les études soulignent l'importance des aspects financiers dans le domaine du recours aux soins, en particulier en ce qui concerne la couverture médicale (assurance complémentaire santé), le restant du coût à la charge du patient ou le prix des actes médicaux. C'est l'un des aspects clés dans la lutte contre les inégalités sociales de recours aux soins.

En conclusion, il nous semble important de souligner que les déterminants des inégalités sociales parmi lesquels se trouvent les comportements de santé et le système de soins, appelés déterminants intermédiaires dans le rapport de l'OMS, s'ils permettent d'expliquer le plus mauvais état de santé dans certains groupes sociaux, ne sont pas en eux-mêmes les causes structurelles des inégalités sociales de santé. Ils ne sont que la conséquence des déterminants structurels, que l'on appelle aussi « causes des causes ».

Dynamiques territoriales et espérances de vie en France

Les débats qui traversent les pays du Nord sur l'âge de départ à la retraite sont sous-tendus par les inégalités sociales et territoriales d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé. On a souligné qu'en France 13 années d'espérance de vie séparaient les 10 % les plus riches des 10 % les plus pauvres, soit en valeur absolue la différence entre la France et le Sénégal !

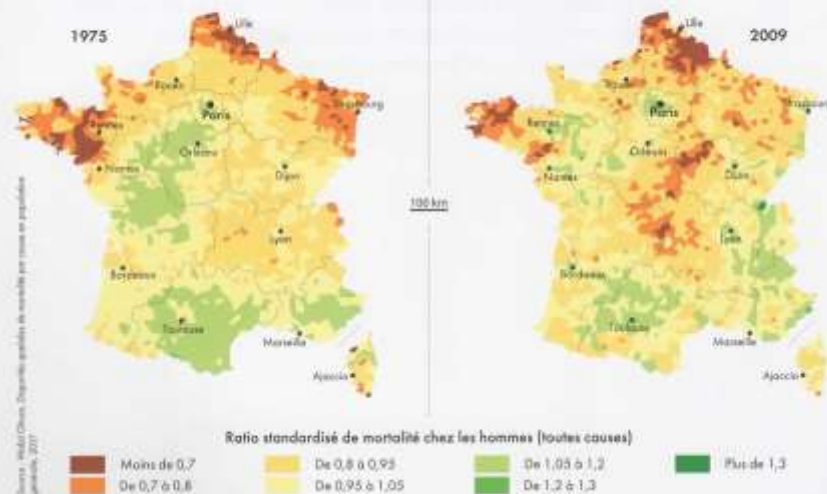
Une répartition qui ne doit rien au hasard

Les inégalités d'espérance de vie trouvent une expression spatiale qui n'est pas seulement la traduction cartographique d'inégalités sociales stricto sensu. Il y a un effet de lieu, combinaison de facteurs partagés, de l'air respiré aux relations sociales, des façons de manger aux façons de boire, de se soigner et d'être soigné, etc. Les dimensions territoriales des normes sociales, des constructions identitaires se révèlent dans les disparités spatiales de santé, et on ne peut que regretter qu'il y ait si peu de travaux sur la répartition géographique des maladies en France. Des études en population générale (et pas seulement sur la population

consultant le système de soins qui ne renseigne bien sûr que sur la fraction de la population ayant eu accès aux soins), nous renseigneraient utilement sur les zones à risques de tel ou tel problème de santé, dans quelle famille d'espaces, quels lieux. De même, des données sur les prises en charge médicale, l'observance des traitements, les issues permettraient d'identifier et de comprendre des situations singulières. Il faudrait pour cela sortir d'une vision uniformisée du territoire métropolitain, a fortiori quand elle s'impose aux départements ultramarins, ce qui n'est ni dans la culture de l'État ni dans celle de l'assurance maladie, qui restent ancrés dans la chasse obstinée aux insupportables

écarts à la moyenne nationale. Nombre de progrès de santé publique – des dégâts terribles de l'amiante dans les villes de chantiers navals aux allergies à l'ambrosie en Rhône-Alpes, du saturnisme dans les banlieues pauvres à la silicose dans les régions minières – ont pourtant été faits grâce à des approches spatialisées. Les travaux menés [Salem et al., 2000, 2006] avaient pourtant montré que chaque groupe de maladies définissait une géographie particulière qui ne devait rien au hasard, qu'il existait même des profils types de morbidité et de mortalité par sous-ensemble spatiaux, parlant à qui connaît sa géographie. Faute d'indicateurs robustes portant sur des personnes vivantes,

Évolutions cantonales des inégalités de mortalité masculine en France, 1975-2009



on est donc réduit à l'utilisation d'indicateurs d'espérance de vie, de mortalité prématurée, de mortalité évitable, voire d'espérance de vie en bonne santé, qui ne sont que des mesures indirectes de la santé, un même taux pouvant recouvrir des situations sanitaires différentes selon les lieux.

Liens entre dynamiques territoriales et changement sanitaire

H. Le Bras avait souligné les interactions entre dynamiques territoriales et changement sanitaire, montrant comment les bouleversements territoriaux diversifiés (industrialisation, urbanisation, services, soins, scolarisation, etc.) qu'a connus la France au XIX^e et au début du XX^e siècle s'exprimaient dans la géographie des espérances

de vie, jusqu'à renverser des gradients spatiaux anciens (Le Bras, in Salem et al, 2000). Sur un pas de temps plus court, 1975 à 2009, la géographie des inégalités de mortalité a changé de façon impressionnante en France. En 1975, fin des Trente Glorieuses, s'opposent à grands traits un croissant de surmortalité allant de la Bretagne au Nord et à l'Est, à un L de sous-mortalité allant du Centre-Ouest à l'Occitanie et au pourtour méditerranéen, les zones montagneuses du Massif central et des Alpes, apparaissant en situation intermédiaire. En 2009, moins de 40 ans après, la configuration a évolué : si la Bretagne « bretonnante », le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie présentent une surmortalité, ce n'est plus vrai de l'Alsace. On observe en

revanche de nouveaux taux forts suivant la diagonale du sous-peuplement allant des Ardennes au sud du Massif central. Inversement, l'aire des taux faibles dessine maintenant un U, de l'Île-de-France à l'Occitanie couvrant le Centre-Ouest, et allant du Midi au nord du couloir rhodanien. Une analyse plus attentive montre une opposition entre les centres de nombre de départements et leur périphérie, inflexion qui date de la fin des années 1960. Ces changements rapides confirment qu'il n'y a aucune fatalité à la surmortalité, que des investissements bien choisis peuvent améliorer les situations en peu de temps. Cette cartographie souligne l'urgence de politiques plus équitables, et donc de plus de solidarités sociales et inter-régionales.

Sur et sous-mortalité en France en 2009-2013

Indice de mortalité* globale en 2009-2013, par territoire de vie

- De 130 à 175
- De 115 à 130
- De 100 à 115
- De 85 à 100
- De 70 à 85

France : 100

*Indice obtenu en divisant le nombre de décès observés par le nombre de décès attendus

100 km



Dynamiques territoriales et espérances de vie en Angleterre et en Chine

Dans des pays aussi différents que la Chine et l'Angleterre, la géographie des espérances de vie révèle les inégalités de développement.

Le cas de l'Angleterre

En Angleterre, la répartition est l'image de dynamiques socio-économiques inégales, de comportements et d'environnements plus

ou moins à risque, selon un processus qu'on observe dans d'autres pays. L'opposition entre le nord-est et le sud-ouest de l'Angleterre est une des plus marquées : plus de

20 ans d'espérance de vie séparent les wards du nord-est de ceux du sud-ouest, confirmant qu'habiter le quartier de Westminster est un gage positif d'espérance de vie en bonne santé...

Inégalités d'espérances de vie entre wards, en Angleterre en 2016

| | RÉGION | WARD | NOM DE L'AUTORITÉ LOCALLE | ESPERANCE DE VIE | ESPERANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ |
|---|------------|--|---------------------------|------------------|---------------------------------|
| Ward dont l'espérance de vie en bonne santé est inférieure à 47,5 ans | North West | Bloomfield | Blackpool | 68,2 | 47,1 |
| | Wales | Ehyl West | Denbighshire | 68,3 | 47,2 |
| | North East | Middlehaven | Middlesbrough | 69,7 | 47,3 |
| Ward dont l'espérance de vie en bonne santé est supérieure à 74 ans | South East | Altan Whitdown | East Hampshire | 89 | 74 |
| | South East | Warfield | Bracknell Forest | 90,3 | 77,2 |
| | London | Harvest River Knightsbridge and Belgrave | Westminster | 89,1 | 79,1 |

Source: Marmot Report

En Chine, de fortes disparités

Ce constat vaut également pour la Chine qui présente les plus fortes espérances de vie dans les provinces urbaines et industrielles bordant la mer de Chine et la capitale, s'opposant aux provinces du Tibet, Ouïghours du Xinjiang, et du Qinghai. Le journal britannique *The Economist*, qui a une grande familiarité avec les inégalités territoriales de santé, a proposé une carte originale donnant pour chacune des provinces son

Inégalités masculines et féminines d'espérances de vie en Angleterre, 2012-2014



Inégalités d'espérance de vie entre provinces en Chine en 2013, ou de la Moldavie à Cuba



équivalent international : sans quitter la Chine, on peut ainsi aller de la Suisse à la Moldavie. Ces inégalités sont à l'encontre des principes d'égalité entre citoyens, particulièrement dans ces pays centralisés prétendant à une forte unité nationale. Pour les réduire, il faudrait promouvoir des politiques cherchant l'équité, c'est-à-dire allouant proportionnellement plus de ressources aux territoires qui en ont le plus besoin. Mais il se pourrait que les moyens mobilisés pour ces « discriminations positives » soient utilisés avec plus d'efficacité dans les zones les plus peuplées, touchant donc plus de personnes. La réponse donnée sera bien sûr moins technique que politique.

Inégalités de PIB entre provinces en Chine en 2010, ou de l'Éthiopie à la Suisse



Inégalités socio-géographiques et santé aux États-Unis et au Brésil

De la taille de continents, les États-Unis et le Brésil sont des pays physiquement, socialement et culturellement hétérogènes, définissant des régions très typées. Ils sont tous deux caractérisés par de grandes inégalités sociales, à forte composante « ethnique ».

Ces deux pays ont aussi en commun d'avoir des systèmes d'informations statistiques dont le niveau de détail, et la facilité d'accès, est sans équivalent en France. Ils permettent, par exemple, de mesurer les états de santé, les niveaux de scolarisation, de qualification professionnelle en fonction de « l'ethnie/race » déclarée par la personne interrogée. Les riches d'essentialisation de traits « ethniques », ou pire de réification de « races humaines » sont évidents et bloquent ce genre d'enregistrement en France.

Aux États-Unis, une situation plus complexe qu'il n'y paraît

Toutes les recherches menées aux États-Unis soulignent le lien très fort entre niveau socio-économique et état de santé. Chaque statistique sanitaire ou sociale indique aussi que la population noire est moins bien lotie que la population blanche. C'est vrai de la mortalité infantile, du taux de grossesses précoces, du bénéfice d'une assurance santé, etc. Des travaux menés à l'université de Berkeley ont même montré qu'une fois ajustés sur l'âge, le sexe, le niveau scolaire, et le revenu, il restait un effet couleur de peau dans le taux de recours aux soins !

Les espérances de vie varient fortement d'un État à l'autre aux États-Unis, de plus de 8 ans entre les États du Sud, et les États du Nord-Est et de la Californie. Une cartographie à l'échelle des comtés confirme ces inégalités qui sont en fait de l'ordre de 20 ans entre les plus pauvres d'Alabama, d'Arkansas et du Mississippi, et les plus riches du Colorado et de

California. Il faut noter que cette géographie n'est pas celle des densités de population ni celle qui oppose classiquement le nord-est industriel, à la Sunbelt méridionale, et au Midwest plus rural. Les données recueillies aux États-Unis permettent d'ajuster ces cartes aux niveaux de revenu, et une standardisation sur l'âge, le sexe et la « race ».

Ces standardisations faites, il apparaît des amplitudes comparables, de l'ordre de 3 ans, entre les plus riches, comme entre les plus pauvres, selon une géographie pas fondamentalement différente de la géographie générale des espérances de vie, avec toutefois de plus grandes différences entre riches et pauvres dans l'axe allant de Chicago au Tennessee, mais moindres en Californie. Autrement dit, ces cartes ne s'expliquent pas seulement par des différences de revenus, ou de compositions « raciales », mais par un ensemble de variables se rapportant à des effets de lieux. Il y a donc combinaison de plusieurs facteurs : le niveau socio-économique, « l'ethnie », et... la localisation géographique.

Au Brésil, une mortalité à l'image des fractures territoriales

Un constat assez proche peut être établi au Brésil. Le recensement réalisé en 2010 montre qu'à l'échelle des *municípios*, le pays présente de fortes disparités dans l'espérance de vie à la naissance de ces habitants, celle-ci s'étendant entre un minimum de 65,3 ans et un maximum de 78,6 ans. Ainsi, 13,3 ans d'espérance de vie séparent les *municípios* aux deux extrémités de

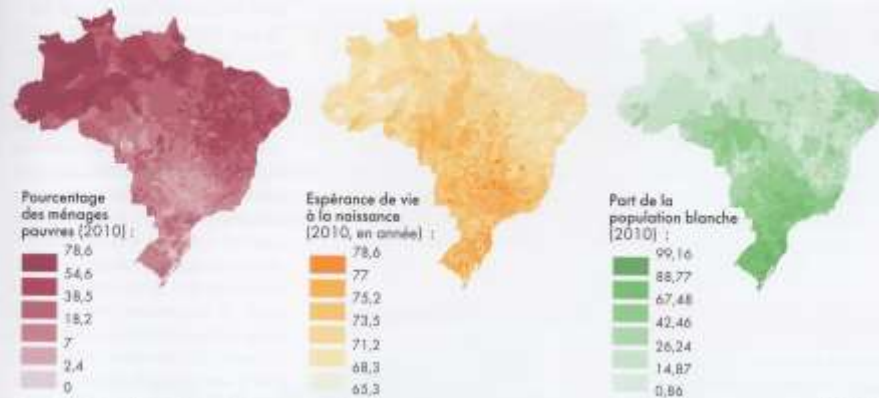
L'espérance de vie aux États-Unis



Source : Center for Disease Control

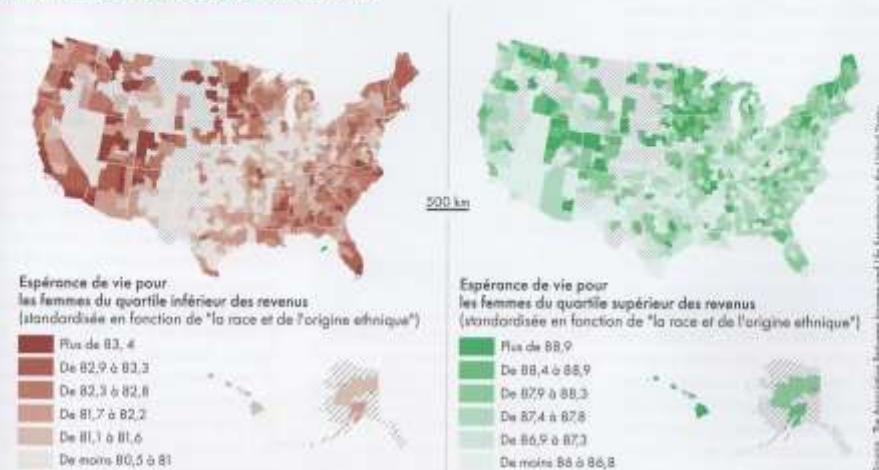
la distribution de cet indicateur indirect de qualité de la santé des populations. Si le sud-est du pays, poumon industriel et économique, présente les valeurs les plus élevées, celles-ci décroissent rapidement vers le nord, que ce soit dans le Nord-est ou l'espace amazonien. Même de grandes villes comme Recife ou Belém présentent des espérances de vie éloignées des mégapoles du sud que sont Rio de Janeiro et São Paulo. Sans véritable surprise, cette hétérogénéité des espérances de vie s'inscrit en négatif du taux de pauvreté moyen des populations par *município*. La notion de pauvreté a été définie selon un revenu par habitant inférieur à 140 réaux (R\$). Les *municípios* présentant ainsi le plus fort taux de ménages pauvres sont très majoritairement localisés dans le Nord-est et en Amazonie, grands ensembles régionaux qui présentent donc les espérances de vie à la

Inégalités et espérances de vie au Brésil



Source : Atlas de desenvolvimento humano no Brasil, recenseamento de 2010

Inégalités et espérances de vie aux États-Unis



naissance les plus faibles. A contrario, ce taux de pauvreté est globalement faible dans la moitié sud du pays où l'on vit le plus longtemps. Le taux de chômage moyen des villes brésiliennes a diminué de moitié entre 2006 et 2014, passant de 10 % à 4,8 % avant de remonter à 6,8 en 2015. Si cette tendance évolue de manière généralisée à l'échelle des différentes villes du pays, celles du nord comme Recife et Salvador stagnent à un niveau plus élevé que la moyenne avec respectivement 8,7 % et 11,0 %

naissance les plus faibles. A contrario, ce taux de pauvreté est globalement faible dans la moitié sud du pays où l'on vit le plus longtemps. Le taux de chômage moyen des villes brésiliennes a diminué de moitié entre 2006 et 2014, passant de 10 % à 4,8 % avant de remonter à 6,8 en 2015. Si cette tendance évolue de manière généralisée à l'échelle des différentes villes du pays, celles du nord comme Recife et Salvador stagnent à un niveau plus élevé que la moyenne avec respectivement 8,7 % et 11,0 %

lequel elles s'inscrivent que vers une spécificité du fait urbain à l'échelle du Brésil. Pour autant la relation n'est pas totalement linéaire, ouvrant des pistes à une réflexion et des études portant sur la relation complexe entre pauvreté et santé par une caractérisation de la diversité des situations face à la scolarité ou à l'appartenance ethnique sans exclure d'autres déterminants et ce à des échelles fines et dans des situations discriminées.

Inégalités de santé intra-urbaines dans les pays du Nord

Si la situation sanitaire dans les villes fait fréquemment l'objet d'affirmations péremptives, négatives pour certaines (pollution, solitude, lieu de stress, cherté de l'accès aux soins, violence, etc.), positives pour d'autres (offre de soin diversifiée et accessible, hygiène des logements, etc.), les premières prévalent.

Le code postal est plus prédictif que le code génétique

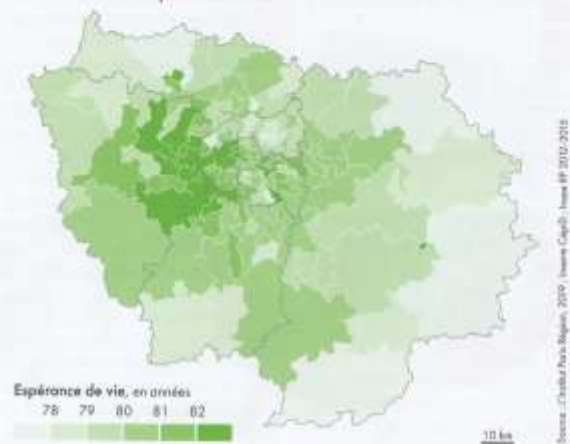
Une autre idée reçue voudrait que la situation sanitaire soit meilleure dans les villes petites ou moyennes, où l'environnement serait meilleur. Les travaux menés montrent pourtant qu'il n'y a pas de différences majeures selon le nombre d'habitants, et que les chiffres les plus favorables seraient plutôt le fait des plus grandes villes ! Cette mauvaise réputation fait écho à l'histoire de villes pestiférées du Moyen Âge, et des villes polluées des époques modernes et contemporaines. D'autres critères que la taille pourraient être retenus, comme l'appartenance régionale, les fonctions sociales et économiques, etc. Mais surtout l'idée même de taux moyens s'appliquant à des villes hétérogènes, marquées par de fortes segmentations sociales et territoriales n'a pas beaucoup de sens. Pas plus que celle qu'il y aurait une santé urbaine, alors même que les inégalités entre villes et campagnes sont fréquemment inférieures aux inégalités entre villes, elles-mêmes inférieures aux inégalités intra-urbaines.

L'opposition entre sous-ensembles d'une même ville (est vs ouest, centre vs périphérie) est une constante en Europe, comme en témoigne le gradient de mortalité le long de la ligne du Jubilee à Londres : à 7 stations de métro d'écart, la population masculine perd plus de 6 ans d'espérance de vie !

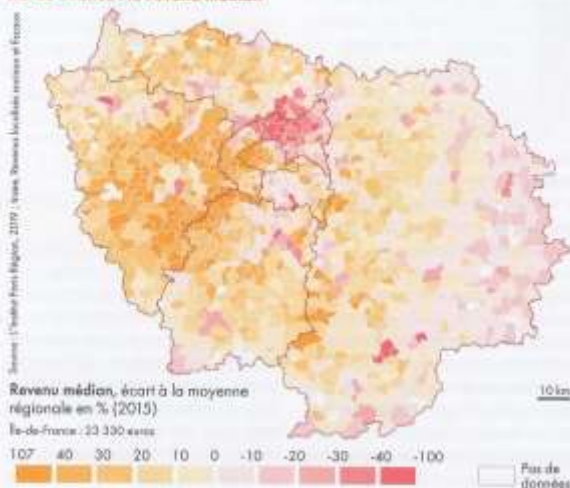
De fortes inégalités sur de petits espaces

L'Île-de-France, région la plus riche du pays et majoritairement urbaine, n'échappe pas à la règle. Elle voit s'opposer les hauts revenus des ménages

Île-de-France : l'espérance de vie



Île-de-France : le revenu médian



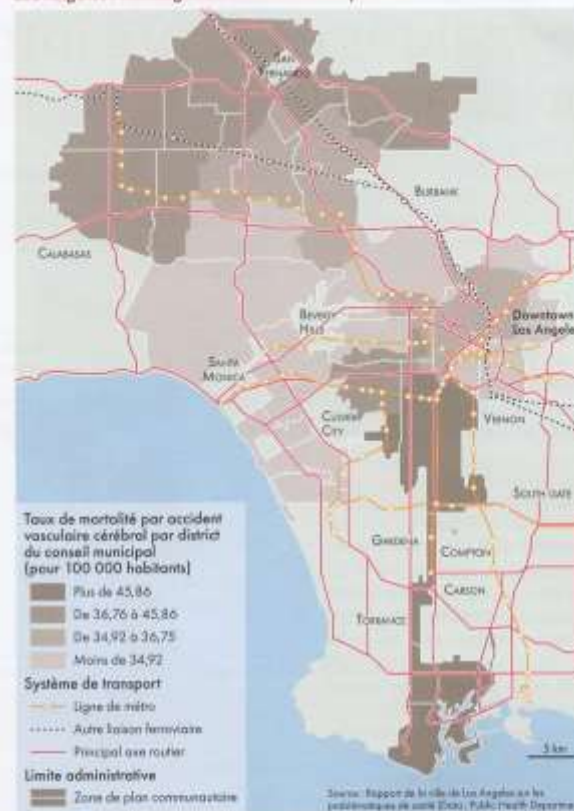
habitant l'ouest à la précarité de ceux vivant dans l'est et le nord-est. Mais ces inégalités atteignent des proportions exceptionnellement fortes, variant selon les communes de plus 100 % à moins 100 % par rapport à la médiane des revenus !

Sans surprise, cette opposition géographique est la même que celle qui marque les différences d'espérances de vie, de l'ordre de 6 ans pour les hommes comme pour les femmes. Cette opposition se retrouve, atténuée, entre l'ouest et l'est de la capitale. Une carte réalisée par S. Rican révèle les correspondances entre ségrégation urbaine et espérance de vie entre centres et périphéries : centre aisé vs banlieues pauvres (Paris, Lyon, Toulouse), centre pauvre vs périphéries riches (Saint-Étienne) ; mais aussi des villes avec de plus faibles inégalités entre centre et périphéries quand l'espace est moins segmenté, avec des valeurs favorables (Centre-Ouest), ou défavorables (Nord-Pas de Calais). On note une forte composante régionale dans ces profils, deux villes d'une même région, quelle que soit leur taille, se ressemblant généralement plus que deux villes de taille équivalente mais géographiquement éloignées. Cette observation vaut pour les profils de morbidité comme de causes de décès. Des observations analogues peuvent être faites sur les villes américaines, y compris dans le très riche État de Californie. À San Francisco, l'opposition de taux de pauvreté trouve sa traduction dans des différences d'espérance de vie supérieures de 6 ans. Et c'est encore plus marqué à Los Angeles, où les inégalités socio-spatiales sont plus fortes : les riverains des beaux quartiers de Beverly Hills ont une espérance de vie supérieure de 12 ans à ceux des quartiers de South East et autre Westside.

Des évolutions difficiles à expliquer

Leur amélioration peut signifier un changement de la composition sociale de la population (exclusion des plus pauvres) ; la stagnation voire la régression n'est pas forcément signe d'actions entreprises, si les moins pauvres sont partis s'installer ailleurs, et que

Los Angeles : les inégalités face aux décès par AVC



Londres : espérances de vie le long d'une ligne de métro



des plus pauvres sont arrivés. Il n'y a donc pas plus de déterminisme urbain que de lois de l'espace, mais

des processus d'urbanisation plus ou moins générateurs d'inégalités, plus ou moins favorables à la santé.

Inégalités de santé intra-urbaines dans les pays du Sud

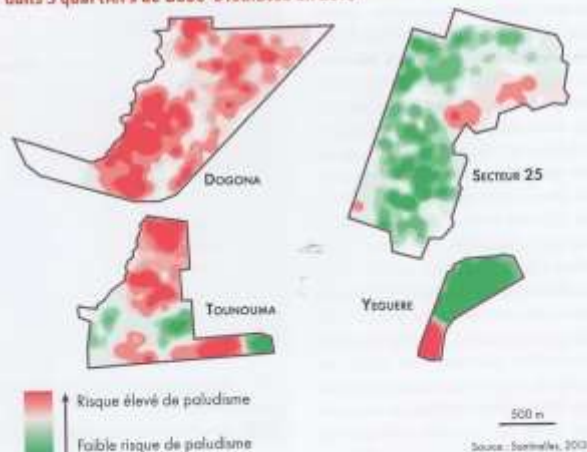
Les villes des pays du Sud sont l'objet de préjugés, comme celui affirmant que l'urbanisation étant une étape vers la modernité par une occidentalisation des modes de vie, les villes seraient les avant-postes des transitions démographique, nutritionnelle et épidémiologique. Or, leur hétérogénéité est telle qu'il faut travailler à des échelles très fines pour bien évaluer les états de santé des citadins.

La géographie du paludisme à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso, comme celle des espérances de vie dans les villes sud-américaines témoignent de ces inégalités.

Processus d'urbanisation et paludisme

Si les maladies vectorielles ont longtemps été perçues comme liées au milieu rural, il apparaît désormais qu'il faut compter avec elles en ville. Et le paludisme ne fait pas exception. Certes, il y est moins prévalent du fait d'un contact homme-vecteur moins étroit, et de l'accès à des moyens de protection et de traitement plus aisés. Cependant, la distribution intra-urbaine de la maladie est inégale au sein d'une même ville, les vecteurs ne trouvant pas partout les conditions de leur développement et la maladie celle de son expression. Dans le cas des anophèles, les moustiques vecteurs du paludisme, les bas-fonds constituent des espaces propices au développement des stades aquatiques de ces moustiques. Ces espaces inondables sont très souvent aménagés pour le maraîchage ou encore utilisés comme carrière pour la fabrication des briques de banco pour la construction des maisons. Ainsi, selon le contexte, la transmission du paludisme peut être reliquée aux marges de la ville supposées plus rurales que son centre, comme à Ouagadougou où les prévalences les plus fortes sont observées en périphérie. Ailleurs, le paludisme pourra être retrouvé au cœur de la ville, dès lors que les conditions s'y prêtent. Au sein d'un même quartier, l'exposition

Zones à risque de paludisme pour les enfants de moins de 5 ans dans 3 quartiers de Bobo-Dioulasso en 2013



au risque est également inégale, révélant des hétérogénéités à échelle très fine qui ne s'expliquent pas seulement par la proximité d'un bas-fond. Le rôle de l'environnement social et culturel (niveau d'éducation, accès aux soins, utilisation des moustiquaires, etc.) n'est pas à négliger, soulignant ainsi l'importance d'aborder les questions de santé de façon intersectorielle comme le recommande l'approche « la santé dans toutes les politiques ». Les liens entre agriculture urbaine et paludisme posent des problèmes en termes de contrôle de la transmission de la maladie : si les pays occidentaux ont su éradiquer le paludisme par l'assèchement des zones marécageuses, une telle stratégie ne peut être envisagée dans les pays du Sud où les

activités développées dans ce type d'espace sont génératrices de revenus pour une part importante de la population, particulièrement féminine, contribuant à l'approvisionnement des villes en produits vivriers, favorisant donc la sécurité alimentaire.

Segmentations socio-spatiales et espérances de vie

L'Amérique du Sud est à la fois une des régions les plus urbanisées du monde, et celle où les inégalités sociales de tous genres sont les plus fortes. Les inégalités sont fortement corrélées au degré d'éducation, au niveau socio-économique, au statut socio-culturel, à l'accès aux services, particulièrement discriminant pour les peuples indigènes. Les inégalités de

santé sont fonction de la sévérité des segmentations socio-spatiales de la ville, faisant que les espérances de vie à la naissance des hommes varient de 4 ans entre différents quartiers de Belo Horizonte, et de presque 11 ans à Mexico ! Ces différences sont donc un puissant descripteur des systèmes socio-spatiaux en place, d'autant que, globalement, ces caractères valent pour les hommes comme pour les femmes.

Les compositions spatiales de ces déterminants de santé sont variées, de quartiers favorisés en tout à des quartiers défavorisés en tout, selon des agencements spatiaux propres à chaque famille de ville, avec des oppositions entre un centre pauvre et des périphéries plus favorisées à Mexico ; un centre aisé et des périphéries pauvres à Buenos Aires et Santiago. Ainsi, dans les pays du Sud comme ceux du Nord, la question centrale est celle des liens entre ségrégation socio-spatiale, environnement et santé.

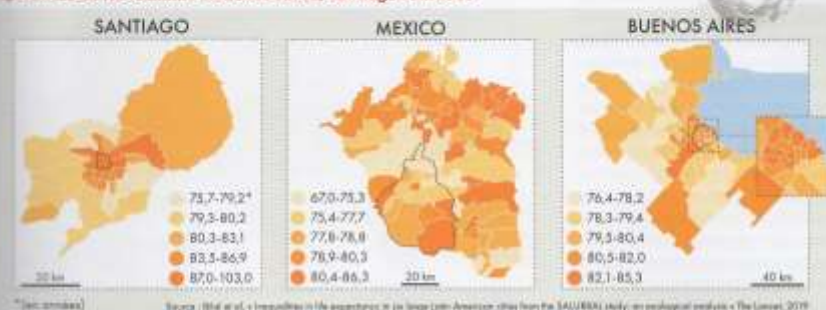
Prévalences du paludisme chez les enfants de 0 à 12 ans à Ouagadougou en 2004



Comparaison des espérances de vie entre les hommes et les femmes en Amérique latine

| | Buenos Aires | Selle Helléenne | Santiago | Son José | Mexico City | Panama City |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| HOMMES | | | | | | |
| Espérances de vie | 72,5 | 71,3 | 76,0 | 76,6 | 69,9 | 74,9 |
| Différences entre quartiers extrêmes | 70,4 à 74,6 (4,4) | 68,7 à 72,7 (4,0) | 72,3 à 81,2 (8,9) | 74,5 à 78,5 (3,9) | 66,2 à 77,1 (10,9) | 71,0 à 80,8 (9,8) |
| FEMMES | | | | | | |
| Espérances de vie | 80,3 | 81,2 | 82,8 | 83,5 | 75,2 | 84,3 |
| Différences entre quartiers extrêmes | 77,1 à 82,8 (5,8) | 76,7 à 83,3 (6,6) | 78,0 à 95,7 (17,7) | 81,9 à 84,9 (3,0) | 71,6 à 81,0 (9,4) | 81,3 à 92,5 (11,2) |

Espérances de vie féminine à Buenos-Aires, Santiago et Mexico



Offre, accessibilité et accès aux soins en France

La presse se fait régulièrement l'écho d'inquiétudes, voire de protestations devant la fermeture de structures de soins, tandis que les autorités sanitaires affirment inmanquablement qu'il s'agit d'assurer à tous une meilleure qualité des soins.

Le système de soins est plus souvent évalué sur des indicateurs d'offre, d'activité, de rentabilité, de satisfaction de la demande, que selon l'adéquation entre offre, qualité des soins et satisfaction des besoins. Cette approche libérale trouve sa traduction dans les indicateurs de suivi. La localisation et la caractérisation d'une offre (compétences, prix, lits, etc.) donnent une image de l'accessibilité virtuelle aux soins qui ne tient pas compte des déterminants sociaux, économiques, culturels du recours. La mesure de l'activité d'une structure (volume de patients, profils démographiques, etc.), de ses aires d'attractions, ne rend compte que de... l'activité, et pas de la couverture sanitaire de la population. Il faudrait analyser à échelle fine, et en population générale, le service rendu par ces structures, et, partant des lieux d'habitation, caractériser les recours pour comprendre l'usage qui est fait de l'offre par les populations et ainsi confronter l'activité de soins observée et l'activité attendue – en fonction de la structure par âge et sexe, les incidences et prévalences connues, etc. – pour juger de la satisfaction des besoins. Une telle approche est contradictoire avec celles qui veulent faire du soin une activité rentable, favorisant les concurrences déléatoires entre établissements, et dévoyant des pratiques médicales incitées aux actes rémunérateurs. De même, on oublie trop souvent que le système de soins est un facteur important de l'agencement et du fonctionnement des territoires, une composante essentielle de l'activité économique, et d'une façon générale de l'attractivité. Une mesure visant à concentrer l'offre pour garantir une meilleure technicité des gestes chirurgicaux pourrait être

une mauvaise décision si l'hôpital visé est le premier employeur de la ville, premier agent de sous-traitance, pourvoyeur d'enfants dans les écoles, etc. Ces dimensions ne sont pas plus prises en compte par les autorités sanitaires en France, qu'elles ne le sont par le ministère de la Justice quand il ferme des tribunaux, ou celui de la Défense quand il restructure son parc de casernes, souvent sur les mêmes territoires.

Organiser une offre de soins équitable ?

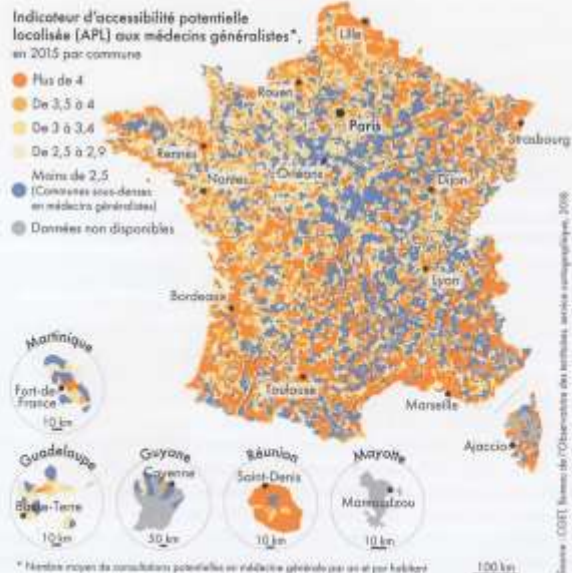
Trois types de besoins de soins requérant des réponses spécifiques sont étudiés : l'accès au généraliste, à une

maternité, et une unité d'urgence susceptible de prendre en charge des accidents vasculaires cérébraux. De simples densités de médecins généralistes ne rendent pas compte de la complexité d'un système de tarification par secteurs, de la charge de travail, du travail à temps partiel, etc., et ne traduisent pas l'accessibilité réelle aux soins primaires. L'IRDES a proposé un indicateur d'accessibilité potentielle localisée, qui tient compte de cette complexité. La carte du CGET fait apparaître de grandes inégalités d'accessibilité potentielle, superposant offre médicale faible et zones de déprises démographiques (diagonale du vide, marges

L'accessibilité aux médecins de proximité

Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes, en 2015 par commune

- Plus de 4
- De 3,5 à 4
- De 3 à 3,4
- De 2,5 à 2,9
- Moins de 2,5 (Communes sous-dessus en médecins généralistes)
- Données non disponibles



Source : CGET, Bureau de l'Observatoire des territoires, service cartographique, 2016

* Nombre moyen de consultations potentielles en médecine générale par an et par habitant

départementales), mais aussi aux territoires en grande difficulté sociale comme en Seine-Saint-Denis, et dans certains départements d'outre-mer. Autrement dit, c'est le plus souvent dans les zones en difficulté socio-économique que l'offre est la moins dense. Les hospitaliers s'inquiètent aussi fréquemment de la détérioration de leurs conditions d'exercice qui mettent en cause la sécurité des patients.

Le parc hospitalier français est pourtant exceptionnellement riche, ne comptant pas moins de 1 364 établissements publics, 1 002 cliniques privées et 680 établissements privés à but non lucratif, en 2017. On observe simultanément une diminution du nombre d'établissements de santé, et une augmentation du nombre de prises en charge hospitalières dans toutes les disciplines, sous l'effet du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients atteints de maladies chroniques ou de pluripathologies.

Les hôpitaux doivent répondre simultanément, et de façon cohérente, à des besoins aussi variés que l'urgence vitale, la prise en charge de pathologies chroniques, la chirurgie sophistiquée, les accouchements plus ou moins à risques, etc.

Le temps d'accès aux maternités



L'inégal accès aux unités de soins d'urgence vasculaires cérébraux

L'inégalité médicale du traitement des AVC

- Unités neuro-vasculaires (UNV)
- UNV + thrombectomie

Accès aux UNV en 30 à 45 min



Source : HAS et Société Française de Neurologie

Le délai de prise en charge d'urgence

La carte croisant offre de prise en charge des AVC et temps d'accès à ces services indique des pertes de chances car une prise en charge en moins d'une

heure améliore significativement le pronostic du patient. L'offre dense et accessible des grandes métropoles s'oppose à celle plus faible des petites villes et zones rurales, ce qui pose une vraie question d'équité citoyenne dans l'accès à ce type de soins. En outre, il faudrait évaluer les inégalités intra-urbaines où les temps d'accès sont fonction de la localisation et des encombrements, comme l'ont montré les travaux de K. Tazaroutte sur la prise en charge des urgences en Île-de-France. La carte des temps d'accès aux maternités pose des problèmes identiques : les inégalités de temps d'accès à la plus proche maternité sont importantes, et le sont encore plus pour des maternités de niveau 2 et 3, offrant des soins spécialisés. Cette offre doit en outre être adaptée à des soins qui ne peuvent être programmés, sauf quand, par commodité, on provoque les accouchements ! L'allocation d'offre de soins par les autorités sanitaires doit souvent répondre à des exigences contradictoires, entre équité, qualité et efficacité. La rationalité économique fait que les moyens vont aux zones déjà bien dotées : comme on le dit dans le Salersois « il pleut toujours où c'est mouillé ».

La santé, reflet des contrastes territoriaux

La Constitution de l'OMS établit que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Au-delà d'un bon niveau d'ensemble, la France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale, ce qui se marque par de très forts écarts spatiaux.

Indice comparatif de mortalité globale le long de la ligne du RER B



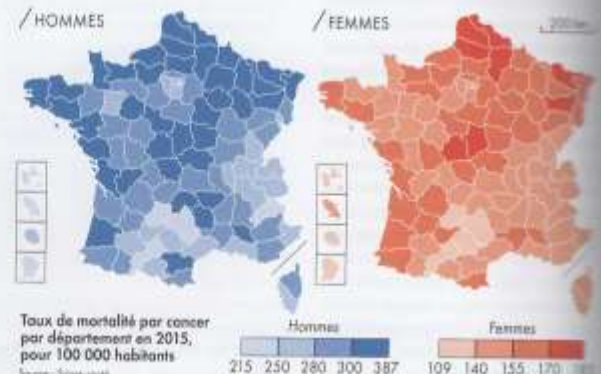
De fortes inégalités régionales

La géographie des inégalités de santé varie fortement selon les pathologies observées, y compris le cancer. Si les disparités recourent dans une certaine mesure les inégalités de revenus, elles traduisent aussi l'influence des modes de vie et de consommation alimentaire. On constate ainsi une opposition nette entre le nord et le sud de la France, où le régime méditerranéen (consommation de fruits, légumes, légumineuses, céréales et huile d'olive) semble jouer encore un rôle protecteur. Elle reflète également le poids aggravant des facteurs de risque bien connus que sont le tabagisme et la consommation d'alcool. C'est le cas par exemple en Bretagne, région marquée par des pratiques à risques (alcoolisation, drogues), notamment dans la population masculine.

La santé, révélatrice des inégalités intra-urbaines

Les inégalités de santé s'expriment également à l'échelle urbaine, comme le montre bien la représentation de la mortalité le long des 70 km de la ligne du RER B, établie par le géographe de la santé Emmanuel Vigneron. À quelques kilomètres de distance, le risque moyen de mourir, sur une année donnée et à âge égal, peut varier du simple au double selon le lieu de résidence, entre les arrondissements les plus aisés de Paris et certains secteurs de Seine-Saint-Denis, pourtant distants de moins de 20 minutes de trajet de RER. Cette réalité statistique recoupe les écarts de revenu : le revenu moyen par unité de consommation passe de 37 000 euros par an autour de la station du Luxembourg à moins de 10 000 euros à La Courneuve.

Taux de mortalité lié au cancer



Des inégalités d'accès qui renforcent les inégalités

L'accès aux soins et la répartition des professionnels sont tout aussi déterminants que les revenus dans la géographie de la santé. Si les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'actuellement, leur répartition ne cesse d'approfondir les déséquilibres anciens entre le nord et le sud de la France, et plus récemment entre les littoraux et l'intérieur des terres, entre villes et campagnes, entre centre des agglomérations et périphéries, entre territoires peuplés et aisés et territoires défavorisés. On compte 4 médecins pour 1 000 habitants en région parisienne, contre 2,6 en Picardie. Les inégalités sont grandes au sein de chaque région : la densité médicale est bien moins élevée à la périphérie des grandes villes et dans les zones rurales. Cependant, si les centres-villes sont surdotés, les médecins de secteur 1, dont les soins sont mieux remboursés, peuvent y être rares. Les « déserts médicaux », touchant une population ayant accès à moins de 2,5 consultations par an et par habitant, concernent aujourd'hui près 6 % des Français. Les inégalités d'accès aux soins s'aggravent encore quand il s'agit de spécialités. La répartition spatiale des spécialistes en accès direct est plus inégalitaire que celle des médecins généralistes. Ainsi, les 10 % des communes les mieux dotées en ophtalmologistes ont une accessibilité de plus de 6 fois supérieure aux communes les moins bien dotées. Dès lors, la création de maisons de santé pluridisciplinaires dans les « déserts médicaux » est soutenue par les pouvoirs publics. Cela permet d'encourager une forme de continuité territoriale de l'offre de médecine libérale. L'accès aux soins est une question de justice sociale.

Une offre de soin inégalitaire

/ ACCÈS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES (2015)



/ ACCÈS AUX OPHTHALMOLOGISTES (2013)

