

Environnement et approche spatiale des inégalités sociales de santé

Environment and spatial approach of social health inequalities

Pierre AÏACH*

Ce symposium, écrit en préambule du programme, vise à développer une vision prospective quant à l'identification et la prise en charge des problématiques et enjeux de santé environnementale. L'objectif est d'interpeller l'ensemble des acteurs concernés, qu'ils soient institutionnels, économiques, politiques ou associatifs. Le sujet que j'ai proposé de traiter ne paraît pas, *a priori*, s'inscrire dans un tel cadre et encore moins quand on lit les différentes questions auxquelles ce symposium se propose d'apporter des éléments de réponse.

Pourtant, il me semble qu'il pose une question essentielle, située plutôt en amont des préoccupations des organisateurs, celle de la place attribuée à ce qu'on nomme « environnement » dans la production de la santé ou plutôt de la mauvaise santé ; cela à propos d'une question, ô combien vaste et difficile, celle des inégalités sociales de santé. En effet, la notion d'environnement (même si le mot n'est pas toujours prononcé), est devenue depuis quelques années, notamment en France, un élément important dans la problématique des inégalités sociales de santé saisies sous l'angle spatial ou géographique. J'ai tenté d'analyser les raisons de cet engouement et de comprendre la nature des enjeux et les dangers d'une telle approche. C'est le résultat de cette approche critique que je vais tenter de présenter brièvement ici**.

Un peu d'histoire

L'intérêt pour les différences géographiques de santé a une longue histoire, notamment en France avec les enquêtes conduites par Villermé sur la mortalité différentielle entre les quartiers riches et pauvres de Paris (entre 1817 et 1828). En fait, l'utilisation d'une approche spatiale ou géographique pour l'étude des phénomènes de santé nous paraît très liée à la question des inégalités et à la recherche de données pouvant les faire apparaître. C'est ainsi que, pendant de nombreuses années, l'annuaire statistique de la ville de Paris a présenté des cartes et des données sur la mortalité par arrondissement (et ce jusqu'à la mise sur pied de l'enquête longitudinale INSEE en 1954 pour faire apparaître de façon fiable l'inégalité face à la mort).

L'intérêt que pouvait susciter la présentation de la mortalité par quartier a disparu à partir du moment où l'on a pu disposer de données précises de la mortalité par catégories socioprofessionnelles, en tenant compte du sexe, de l'âge, du statut concernant l'activité et du lieu d'habitation [Calot et Febvay, 1965 ; Desplanques, 1976]. Aux États-Unis et au Royaume-Uni, les facteurs à l'origine de l'intérêt nouveau pour l'approche géographique ou spatiale peuvent s'expliquer du fait d'un regain d'intérêt pour l'abord des déterminants de la santé et des inégalités et la reconnaissance que les influences sociales sur la santé opèrent à travers différents processus dont l'un serait le type d'aire géographique ou de voisinage. Mais cet intérêt, surtout marqué chez les épidémiologistes, s'est vite vu opposer une vive critique venant des tenants d'une approche des déterminants à partir des attributs des personnes (attributs dits individuels) ; la question posée étant principalement : peut-on envisager une influence du contexte de voisinage indépendamment des attributs individuels ?

L'émergence de nouvelles approches méthodologiques, telles que l'analyse multiniveaux est venue stimuler la recherche empirique et la pensée théorique, tout en donnant une nouvelle légitimité à l'abord spatial. En effet, il ne s'agit plus de nier l'influence de telle ou telle approche, mais de tenir compte des différents aspects dans une analyse statistique sophistiquée où tous les effets propres des variables seront étudiés successivement. À cela est venue s'ajouter (surtout aux États-Unis), chez les chercheurs en sciences sociales du champ de la ségrégation et de la pauvreté urbaines et chez les acteurs institutionnels, la prise de conscience que les études de ce type peuvent être utiles dans la mise en œuvre de programmes ou de mesures sociales comportant une dimension santé. En France, les choses semblent s'être passées de façon relativement analogue avec toutefois un certain retard par rapport aux États-Unis et au Royaume-Uni (notamment pour ce qui est de la méthode « multiniveaux ») et dans un contexte quelque peu différent. En effet, si l'on dispose en France, depuis plusieurs décennies, de données de mortalité différentielle fiables, l'intérêt pour la question des inégalités sociales de santé est resté très faible.

* Sociologue, Directeur de recherche honoraire, Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux, École des Hautes Études en Sciences Sociales.

** Ce texte est un résumé de l'article paru dans la revue *Sociologie, Santé*, décembre 2008, Aïach P., Baumann M., « Décrypter les inégalités géographiques de santé : proposition d'une approche critique ? ».

Pourquoi une approche géographique ?

La question posée ici n'est pas tant de se demander pourquoi on s'intéresse à l'approche géographique ou spatiale des inégalités sociales de santé mais plutôt de comprendre ce qui peut justifier sur le plan théorique une telle approche en dehors de considérations politiques ou pragmatiques. Est-ce que l'approche géographique apporte une connaissance qui lui est propre et pourquoi ? Notre ambition n'est pas de répondre de façon exhaustive et définitive à une telle question ; nous pensons qu'un débat doit vraiment s'ouvrir sur les divers points que soulève cette interrogation.

Ce qui nous paraît se jouer dans le partage opéré dans les études les plus sérieuses entre approche spatiale ou écologique et approche dite par les facteurs individuels, c'est tout simplement la question de la nature et de la genèse des inégalités sociales de santé. C'est parce que l'on pense que l'**environnement** ou le contexte social existent en dehors des membres d'une collectivité sur laquelle on se penche et sont susceptibles d'avoir un effet sur la santé que l'on tente de mesurer cet effet après avoir mesuré l'effet produit par les facteurs dits individuels (revenus, catégories sociales, niveau d'instruction, etc.). Les résultats varient selon la composition des deux volets (facteurs individuels et facteurs environnementaux) et selon aussi la sophistication des méthodes mises en œuvre.

Le plus souvent, l'approche géographique ne fait pas la part belle aux facteurs dits individuels en tentant de montrer que le **facteur environnemental** ou contextuel n'est pas négligeable. C'est par exemple le cas de Sarah Curtis, géographe de la santé britannique bien connue, dont les travaux font référence dans le champ des inégalités sociales de santé. Dans une de ses études récentes, elle met en évidence le fait que l'aire de résidence (notamment celle qui existait dans le plus jeune âge) joue sur la santé (maladies chroniques déclarées lors du recensement) à côté des caractéristiques individuelles [Curtis *et al.*, 2004]. Lorsque l'on examine la liste des variables qu'elle fait entrer dans chacun des deux volets, on s'aperçoit que les variables de contexte sont nombreuses et le plus souvent synthétiques, reprenant des indicateurs déjà mis au point indiquant l'état de plus ou moins grande richesse ou pauvreté de telle ou telle aire.

Ce qui est gênant, c'est que l'on appelle **contexte ou environnement** une réalité sociale qui recouvre en fait des conditions et modes de vie de ceux qui s'y trouvent, aujourd'hui bien sûr mais aussi hier : **une réalité sociale dans une aire géographique donnée produite au cours d'une histoire faite de toutes les histoires de ceux qui y habitaient et y vivent**. Par ailleurs, ce qui est présenté comme relevant de variables individuelles ne l'est pas vraiment. En effet, en matière d'inégalités sociales, il s'agit de mesurer et d'analyser des écarts pour des valeurs (revenus, patrimoine, connaissances, santé, réussite

sociale, etc.) entre des groupes sociaux hiérarchisés (classes sociales, catégories socioprofessionnelles) ; l'inégalité ne concerne pas des individus en tant que tels, elle concerne l'ensemble de la structure sociale. La difficulté étant bien sûr de constituer les groupes hiérarchisés de la façon la plus cohérente qui soit en fonction des hypothèses que l'on peut faire sur la structuration du corps social. En matière de santé, la mortalité sociale différentielle, telle qu'on peut la lire dans les résultats de l'enquête longitudinale INSEE, donne une représentation de cette structuration qui me paraît étonnamment juste. Cela n'est pas surprenant quand on fait l'hypothèse que les inégalités sociales de santé sont la résultante de l'ensemble des autres inégalités sociales ; un résumé saisissant de la façon dont ont « travaillé », depuis la naissance, handicaps et difficultés, mais aussi privilèges et avantages. Dans ces inégalités sociales, le meilleur indicateur étant la mort, aboutissement final du processus vital, c'est donc les indicateurs de mortalité (espérance de vie ou taux de mortalité) qui donnent la meilleure mesure de l'inégalité et de l'injustice sociales.

Ce n'est donc pas seulement à travers tel ou tel indicateur (revenu, niveau d'instruction par exemple) qu'il faut tenter de mesurer et de comprendre les inégalités sociales de santé, qu'elles soient envisagées sous l'angle spatial ou non. Les différences éventuelles entre des unités spatiales ou aires géographiques doivent être pensées comme ayant leur source dans ce qui peut différencier les mêmes groupes sociaux situés dans ces espaces. C'est ainsi que des différences considérables existent depuis longtemps entre les 22 régions françaises de métropole, sur le plan de la mortalité une fois tenu compte de la structure par âges et sexes et de la structure socioprofessionnelle (à structure identique). Dans ce cas a-t-on affaire enfin à une inégalité géographique entre régions, comme il est dit par ceux qui en parlent ou les mettent en évidence ? Si oui, de quelle nature serait-elle ? Sinon, comment expliquer ces différences ?

Le cas du Nord-Pas-de-Calais

J'ai montré à travers le cas d'une région que j'ai étudiée pendant plusieurs années que ce qui pouvait apparaître comme une inégalité géographique de santé entre le Nord-Pas-de-Calais et les autres régions de France – en fonction d'un certain nombre de caractéristiques collectives, sociales et culturelles, propres à la région – était dû en fait à l'existence d'inégalités internes entre catégories socioprofessionnelles plus fortes qu'ailleurs [Aïach *et al.*, 2004]. La question posée initialement devenant alors « Pourquoi ce surplus d'inégalités sociales de santé dans cette région, pourquoi cette surmortalité très forte des ouvriers et des employés ? ».

Il fallait donc se pencher sur le pourquoi de cette situation en analysant les déterminants à l'origine de

la surmortalité des catégories populaires en ayant à l'esprit le fait que les autres catégories socioprofessionnelles pouvaient connaître une surmortalité mais à des degrés d'autant plus faibles que l'on se situait haut dans la hiérarchie sociale. Cette nouvelle approche devait conduire à examiner chaque grande cause de mortalité – en particulier les cancers – pour mettre en perspective les phénomènes observés (avec des interrogations nouvelles). C'est en comparant les données dans le détail des structures sociales, des causes, des évolutions entre régions proches et éloignées, entre des sous-ensembles régionaux se caractérisant par une certaine homogénéité et/ou une histoire économique et sociale commune que l'on pouvait avancer, sinon dans la compréhension profonde des raisons de la surmortalité générale et cancéreuse, mais au moins dans la formulation d'hypothèses et de présomptions fortement étayées.

Je pensais aussi que si l'essentiel de la surmortalité se situait dans les catégories populaires et concernait le cancer, c'était pour des raisons dont certaines étaient évidentes (compte tenu de ce que l'on savait sur le plan épidémiologique classique), mais aussi pour d'autres qui l'étaient moins (par exemple, la question : pourquoi cette place du cancer de plus en plus grande ?) et que la réponse à ces questions ne pourrait être apportée que si l'on avançait dans la formulation des bonnes et vraies questions et dans la compréhension des phénomènes une fois les bonnes questions posées. J'ai proposé que plusieurs types de recherche soient entrepris : des investigations poussées à partir du matériel statistique existant ou à produire (mortalité, morbidité, consommation médicale, données économiques et sociales issues d'enquêtes permanentes et ponctuelles), mais aussi des investigations qualitatives sous forme d'enquêtes sociologiques ou anthropologiques.

Conclusion

Est-ce que les tenants de l'approche géographique ne pêchent pas par manque d'approfondissement théorique des notions qu'ils utilisent dans leurs investigations ? Ainsi, il leur a été reproché de faire une distinction radicale entre composition et contexte, l'effet du contexte sur la santé étant ce qui reste dans la variation géographique après prise en compte de la composition de la population. Trois problèmes seraient évacués [Macintyre *et al.*, 2002] :

- le fait que les caractéristiques individuelles sont en partie façonnées par celles des unités spatiales utilisées dans les modèles (surtout multiniveaux) ;
- le fait que les variables de contrôle de santé habituelles (tabagisme, alcoolisation, activité physique, fonction respiratoire...) soient utilisées ainsi, sans discussion préalable, alors que le plus souvent elles sont le produit de l'effet du contexte sur la santé ;
- et surtout le manque de théorisation claire sur les mécanismes qui relient, d'une part, l'aire de résidence

et, d'autre part, les comportements et l'état de santé. La composition sociale et le contexte sont le plus souvent présentés comme des notions distinctes et ne posant pas de problème particulier, tandis que les modèles explicatifs sous-jacents restent implicites.

Le contexte semble être envisagé comme une boîte noire dans laquelle jouerait un effet nuisible sur la santé – Slogget et Joschi [1994] parlent, de façon critique, de « miasme social » – sans que l'on sache ni comment, ni pourquoi.

On a pu comparer l'utilisation faite par l'épidémiologie de la notion de « lieu » (*place* en anglais) à celle de « classe », prise comme une entité en soi influençant directement la santé, sans analyse de ce que cela implique sur le plan culturel et social (en particulier les facteurs liés aux conditions concrètes de vie) [Anderson et Armstead, 1995].

Il va de soi que la variété et la nature des facteurs explicatifs pouvant rendre compte d'éventuelles différences spatiales de santé dépendent des caractéristiques des unités choisies et, en particulier, de la taille ; la comparaison entre des quartiers d'une ville n'est pas de même nature qu'une comparaison entre des quartiers de villes différentes et encore moins entre villes, entre départements ou entre régions. Les facteurs liés à l'histoire du lieu et surtout à celle des habitants ne sont pas exactement les mêmes ; ceux liés aux conditions et modes de vie d'aujourd'hui diffèrent aussi grandement, même si un grand nombre de constantes existent en matière d'inégalités sociales de santé (les différences entre catégories ou classes sociales vont dans le même sens mais avec une amplitude qui varie selon la taille et la nature des lieux comparés). C'est, me semble-t-il, en partie pour cela que Sally Macintyre [1997] a proposé d'ajouter aux notions de composition et de contexte une troisième notion qui est la dimension collective qui, elle, porterait sur les traits culturels et historiques des communautés. Cette dernière « explication » mettrait l'accent sur le partage des normes, des traditions, des valeurs et des intérêts, ajoutant ainsi une dimension anthropologique aux dimensions socioéconomique, psychologique et épidémiologique déjà utilisées dans l'approche des effets spatiaux sur la santé.

Tout en approuvant une telle approche, je ne vois pas pourquoi il faudrait maintenir la dimension de contexte séparée de celle de dimension collective puisqu'elle ne fait qu'élargir l'approche contexte en insistant sur les aspects historiques et socio-anthropologiques.

C'est bien ce qui a été proposé dans l'étude sur le Nord-Pas-de-Calais en indiquant la voie pour aller plus loin dans la compréhension de l'inégalité face au cancer de cette région par rapport aux autres régions de France, la difficulté majeure résidant dans la possibilité d'obtenir des données socialement différenciées et, sur le long terme, dans les divers domaines susceptibles d'abriter des facteurs explicatifs de la situation sociale et sanitaire de la région ainsi que celle des autres régions de France. Cette difficulté peut être surmontée à condition de se pencher

sur les données potentiellement disponibles (en les demandant et en les travaillant) et en allant les chercher quand elles n'existent pas par des enquêtes spécifiques.

Cette approche repose sur une théorisation des inégalités sociales de santé qui les constitue comme le produit essentiellement final des autres inégalités sociales [Aïach et Fassin, 2004], même si certaines inégalités résultent également des inégalités devant la mort et la maladie [Fassin *et al.*, 1996]. Dans cette approche, l'inégalité se construit tout au long de la vie, depuis la naissance jusqu'aux âges les plus avancés, se traduisant par davantage de maladies graves et de décès prématurés chez ceux et celles qui ont connu les handicaps et difficultés de la vie les plus grands et les atteintes portées à leur corps les plus graves, en particulier du fait des conditions de travail.

C'est pourquoi j'opte pour une approche en termes de conditions et de modes de vie des groupes sociaux qui sont les plus pertinents pour la mise en évidence et l'analyse des inégalités sociales de santé. Dans cette approche, l'individuel rejoint le collectif et la notion de contexte s'efface devant la recherche des conditions de vie (passées et présentes) des groupes sociaux se trouvant dans les espaces étudiés, ainsi que des modes de vie de ces groupes qui se rattachent à leurs conditions de vie.

L'approche épidémiologique devra tenir compte de la nature des pathologies à l'origine des inégalités car les facteurs étiologiques en cause varient énormément dans l'espace temps comme l'ont très bien montré les tenants de l'approche dite matérialiste tout au long de la vie ("*The life course*") [Bartley *et al.*, 1997] de la production des inégalités sociales de santé [Kuh *et al.*, 2003 ; Lynch *et al.*, 2000].

Je ne veux pas conclure sans évoquer l'utilisation abusive (notamment en France) qui est faite de la notion de capital social en épidémiologie, en particulier dans les études écologiques sur les inégalités sociales de santé. La notion de capital social a été importée de la sociologie vers l'épidémiologie en subissant au passage une sérieuse réduction [Fassin,

2003]. Cette notion, telle qu'elle a été développée par Robert Putnam [1993] pour mesurer la cohésion sociale*, est apparue pour certains épidémiologistes [Kawachi et Kennedy, 1997], comme l'écrit Didier Fassin [2003], « *comme le chaînon manquant entre les disparités sociales et les conditions sanitaires (...)* Le capital social est traduit dans l'étude épidémiologique de ces deux auteurs [Kawachi et Kennedy] par deux variables simples : la première concerne le « niveau de confiance civique » (mesuré par les réponses à la question : "on peut faire confiance à la plupart des gens – ou bien est-ce que la plupart des gens essaient de profiter de vous s'ils en ont l'occasion ?") ; la seconde indique la "densité d'appartenance associative (évaluée à partir du nombre de groupes religieux, clubs sportifs, organisations amicales, syndicats, etc. par habitant). Elles ne donnent pas lieu à une discussion particulière les justifiant en fonction du contexte spécifique et imposent simplement leur évidence par la formule : "following Putnam, we used" ». Il conclut plus loin : « Ainsi le capital social opère une médiation entre les inégalités sociales et les inégalités sanitaires à travers les sentiments d'exclusion et d'envie générés par l'injustice et entraînant à leur tour des réactions agressives. C'est donc finalement du côté de la psychologie sociale, et non plus de la sociologie, que doit être recherchée l'explication des mécanismes de mise en œuvre du capital social ».

On se trouve bien dans la veine « psychosociale » [Marmot et Wilkinson, 2001] des recherches sur les inégalités sociales de santé à laquelle s'oppose celle des tenants de l'approche dite « matérialiste » [Lynch *et al.*, 2001]. Malheureusement, ce n'est pas cette dernière qui domine dans les études dites écologiques ou géographiques sur les inégalités sociales de santé. En revanche, on comprend aisément pourquoi l'approche psychosociale semble avoir le vent en poupe dans les institutions internationales comme la Banque mondiale et les instances politico-administratives en France. Elle ne met en aucune manière en cause les véritables déterminants structurels des inégalités sociales et donc des inégalités de santé qui en sont le produit.

* Cette conception du capital social n'a pas grand-chose à voir avec celle de Pierre Bourdieu pour qui le capital social constitue « l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'inter-connaissance et d'inter-reconnaissance » (Bourdieu, 1980).

Références

- Aïach P, Marseille M, Theis Y. *Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer ?* Le cas exemplaire du Nord-Pas-de-Calais, ed. ENSP, Rennes, 2004.
- Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, dans, *Les inégalités sociales de santé*, Monographie de la Revue du Praticien, T. 54, n° 20, 2004.
- Anderson NB, Armstead CA. "Toward understanding the association of socioeconomic status and health: a new challenge for the biopsychosocial approach", *Psychosomatic Medicine*, 57, 1995 : 213-25.
- Bartley M, Blane D, Montgomery S. « Health and the life-course: why safety nets matter », *British Medical Journal*, 314, 1997 : 1194-6.
- Bourdieu P. « Le capital social. Notes provisoires », *Actes de la Recherche en sciences sociales*, 31, 2-3, 1980, Paris.
- Calot G, Febvay M. « La mortalité différentielle suivant le milieu social », *Études et conjonctures*, 11, 821, 1965, Paris.
- Curtis S, Southall H, Congdon P, Dodgeon B. « Area effects on health variation over the life-course ; analysis of the longitudinal sample in England using data on a area of residence in childhood », *Social science and medicine*, 58, 2004 : 57-74.
- Curtis S. *Health and inequality, geographical perspectives*, Sage Publications, 2004, London.
- Desplanques G. « La mortalité des adultes suivant le milieu social : 1955-1971 », *Les collections de l'Insee*, 44 D, 1976, Paris.
- Fassin D, Aïach P, Philippe C. *Les effets sociaux des maladies graves : différenciations et inégalités*, rapport de recherche remis à la Mire, 1996, Paris.
- Fassin D. « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse d'une migration transdisciplinaire », *Revue Epidémiologie et Santé Publique*, 51, 2003 : 403-13.
- Kawachi I, Kennedy BP. « Health and social cohesion: why care about inequality », *British medical Journal*, 314, 1997 : 1037-40.
- Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J *et al.* "Glossary : Life course epidemiology", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 2003 : 778-83.
- Lynch W, Davey-Smith G, Kaplan *et al.* « Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment or material conditions », *British Medical Journal*, 320, 2000 : 1200-4.
- Macintyre S. « What are spatial effects and how can we measure them? » dans Dale A. (dir.), *Exploiting national survey data: the role of locality and spatial effects*, Faculty of economics and social studies, University of Manchester, 1-17, 1997, Manchester.
- Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. « Place effects on health: how can we conceptualize, operationalize and measure them? », *Social Science and Medicine*, 55, 2002 : 125-39.
- Marmot M, Wilkinson R. « Psychosocial and material pathway in the relation between income and health: a response to Lynch *et al.* », *British Medical Journal*, 322, 2001 : 1233-6.
- Putnam RD. *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*, Princeton University Press, 1993, Princeton.
- Sloggett A, Joshi H. « Higher mortality in deprived areas: community of personal disadvantage », *British Medical Journal*, 309, 1994 : 1470-4.
- Villermé LR. *Mémoires de l'académie Royale de Médecine*, Tome 1, 1828, Paris.



