

## Géographie sociale et dimension sociale de la santé

**Sébastien Fleuret,**  
Chargé de recherches, UMR CNRS 6590

**Raymonde Séchet,**  
Professeure de géographie,  
UMR CNRS 6590 ESO  
Université Haute Bretagne Rennes 2

La santé est un enjeu humain, social, politique, économique. Il était donc logique que des géographes plus sensibles aux hommes qu'aux formes spatiales en fassent une de leurs thématiques de recherche. La rencontre entre géographie et santé est d'autant plus féconde que les manières d'appréhender la santé ont évolué et se sont diversifiées. La référence incontournable est la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : plus que la simple absence de maladie, la santé serait un état de bien-être complet, physique, moral et social. En fait, trois grands modèles d'analyse de la santé des hommes cohabitent. Le premier, le modèle biomédical, définit la santé comme absence de maladie (*disease*) ou de perturbation d'une fonction physiologique ; dans le modèle holistique, la santé s'exprime en termes de bien-être, de qualité de vie liée à la santé perçue, et la mauvaise santé (*illness*) est ressentie lors de l'apparition d'un malaise, d'un mal-être ou d'une gêne fonctionnelle ; enfin, dans le modèle socio médical, la santé est conçue comme la bonne adaptation de la personne à son environnement social et la mauvaise santé (*sickness*) s'exprime par la perte des rôles sociaux (Henrard & Ankri, 44.45). Aucun de ces modèles n'accorde le même poids aux différentes catégories de déterminants de la santé. En ce qui concerne par exemple l'impact des variables environnementales sur la santé, le modèle biomédical prendra surtout en compte les données relatives à l'environnement physique pendant que le second s'interrogera sur les conséquences en terme de bien-être de l'environnement social, c'est-à-dire du milieu dans lequel une composante de la société est immergée.

La communication s'insère principalement dans l'axe 4 de l'appel à propositions, puisque l'une des questions qu'elle pose est celle de l'apport de la géographie sociale à l'étude des questions relatives à la santé en général, la santé publique en particulier. Par certains aspects, elle concerne aussi « l'action publique telle qu'elle se dit et se fait ». Cette communication est organisée en trois parties. La première retrace les grandes lignes de l'évolution de la géographie de la santé pour montrer comment, à l'image de la géographie dans son ensemble, celle-ci a évolué vers moins de déterminisme de nature et plus de prise en compte de la dimension socio-spatiale. Dans la seconde partie, le regard est inversé pour souligner quelques uns des apports des questions de santé à la géographie sociale. Enfin, la troisième partie vise à montrer la pertinence de l'analyse de la dimension spatiale de la santé pour l'intelligibilité des sociétés.

Le propos s'appuie sur une synthèse bibliographique mais aussi sur nos expériences de recherche sur la santé et l'accès aux soins et sur les travaux du groupe « populations, santé, territoire » de l'UMR 6590.

## **DYNAMIQUES DE LA GEOGRAPHIE DE LA SANTE**

### **De la géographie médicale à la géographie de la santé**

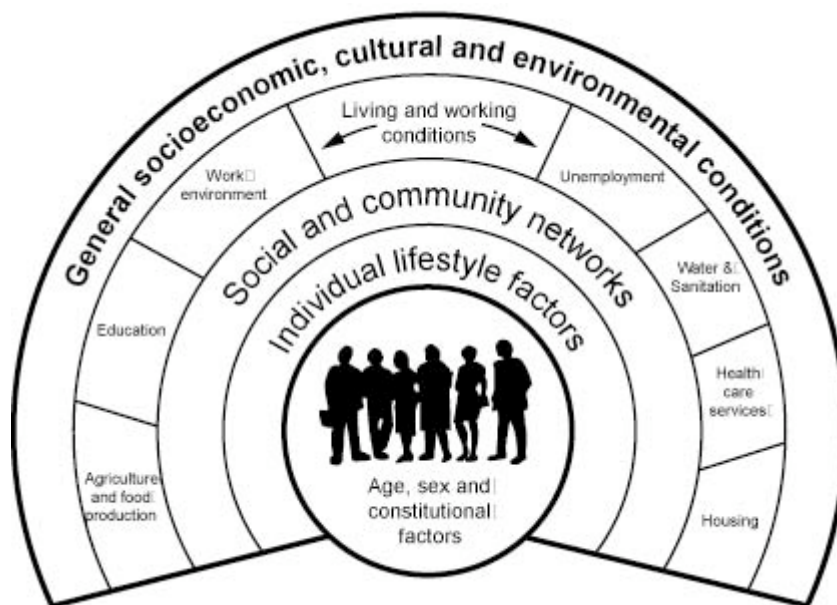
Lorsque l'on se penche sur l'épistémologie de la géographie de la santé, on se heurte rapidement à une complexité née à la fois de l'histoire parallèle des sciences de la santé et de la géographie depuis Hippocrate, et de la diversité des déterminants de la santé.

Le premier emploi du terme de géographie médicale est attribuée à un médecin naturaliste Allemand : Finke en 1772. La géographie médicale englobe deux champs plus ou moins indépendants (Picheral, 2001) : celui de la géographie des maladie ou écologie médicale et celui plus récent de la géographie des soins.

Les fondements de la géographie médicale moderne se trouvent dans les travaux de Max Sorre qui développe les notions d'espaces –complexes- pathogènes en (ré ?) intégrant la maladie dans son milieu. Cette approche a ouvert la voie à de nombreuses études qui consistent pour l'essentiel à utiliser des statistiques pour établir des corrélations entre l'incidence de certaines maladies, le taux de mortalité et le fait de vivre dans certains lieux. Les hommes ont ainsi entre 2.1 et 3.1 fois plus de risque d'un accident circulatorio en France qu'en Angleterre et inversement le risque d'infarctus est 3.2 à 3.5 fois plus élevé en Angleterre qu'en France (INSERM). La géographie médicale jouxte donc en bien des points l'épidémiologie (Vigneron, 1995) et ceci est certainement dû à l'histoire de la pensée géographique plus qu'aux origines de la pensée hippocratique. Le serment d'Hippocrate, universellement connu, fait partie d'un ensemble de textes rédigés entre le 5<sup>ème</sup> siècle et le 3<sup>ème</sup> siècle avant JC, vraisemblablement non dû à un seul auteur, mais à plusieurs appartenant à deux écoles, celle de Cos et celle de Crède, qui présentent des règles thérapeutiques un peu différentes. Pour le géographe, c'est l'école de Cos qui présente le plus grand intérêt car elle décrit un environnement pathogène, traduisant la géographie en pathologies observables à cet endroit. À cette époque le médecin était nomade, il lui était donc très utile de se faire une idée des pathologies qu'il allait rencontrer en un lieu. Hippocrate avait mis en tête de son ouvrage une introduction dans laquelle il établit la nécessité et l'importance des topographies médicales, et indique en quoi elles doivent consister. « Le médecin considérera : 1°. les saisons dans leurs révolutions régulières et dans les vicissitudes ou intempéries que chacune d'elles peut éprouver pendant son cours ; 2° les vents partagés en ceux qui sont communs à tous les pays, et ceux qui règnent plus particulièrement dans une contrée ; 3°. les qualités des eaux ; 4°. la situation de la ville dans laquelle il vient exercer pour la première fois ; 5°. enfin il s'informerá du régime des individus qu'il aura à soigner » ; et, par régime, il ne faut pas

seulement comprendre les aliments solides et les boissons, mais, comme l'auteur l'explique lui-même en partie, § 1er, in fine, le genre de vie tout entier (Hippocrate, « Des airs, des eaux et des lieux », 3<sup>e</sup> siècle av JC).

Bien qu'ancienne, l'analyse épidémiologique mobilisant les déterminants de l'environnement physique est toujours d'actualité et prend même une importance nouvelle au regard des dégradations actuelles de l'environnement et des préoccupations faces aux risques sanitaires (cf. le principe de précaution). Par contre, il aura fallu attendre les dernières années du 20<sup>e</sup> siècle pour que les comportements individuels et collectifs soient pris en compte en tant que contexte social et à part entière, que ce soit dans la liste des déterminants de la santé et dans l'analyse géographique, et surtout qu'ils soient envisagés simultanément aux déterminants physiques dans une conception d'environnement global.



Dans le monde anglo-saxon, l'influence des comportements individuels et collectifs en sur la santé est désignée par les termes « individual life style factors » (fig.1) que l'histoire la pensée géographique interdit de traduire en français par genre ou modes de vie.

La définition de la Santé proposée par l'OMS en 1948 a très certainement permis de rompre avec l'idée profondément enracinée que la santé était une affaire de spécialistes, donc de médecins. En devenant l'affaire de tous, la santé peut être étudiée de façon plus *distanciée des faits ayant à voir avec les maladies et les intérêts du monde médical* ce qui se traduit par un *intérêt accru pour les questions de bien-être et pour des modèles sociaux d'analyse de la santé et des soins* (Kearns & Moon, 2002). Dans le monde anglo-saxon, au cours des années 1990, plusieurs publications ont proposé l'abandon du terme *medical geography* au profit de *geography of health* avec divers arguments à l'appui. Pour

Del Casino & Dorn (1998), cela permet de dépasser le clivage entre deux courants qui ne se rencontrent pas, l'écologie des maladies et l'étude des services de santé. Pour Rosenberg (1998), cela sort la géographie de la santé une dimension du confinement en tant que sub-variété de la géographie humaine. En 1993, Kearns propose une « *post-medical geography of health* » définie comme une géographie culturelle du bien-être, reprenant ainsi, tout en la redéfinissant l'idée de géographie du bien-être proposée par Bailly en 1981. Jones & Moon (1993) plaident pour le développement d'études portant sur les politiques de santé. Moon (1995) encore, dans le premier numéro de la revue *Health and Place*, positionne celle-ci selon une inversion du regard traditionnel puisqu'il s'agit d'étudier les lieux au regard de la santé, des soins et des politiques de santé et non la santé en fonction des lieux.

Dans ce même numéro, Litva & Eyles (1995) expriment leur insatisfaction envers les méthodes d'analyse spatiale qui convertissent chaque dimension de la santé en des données quantifiables dans le but d'établir des corrélations entre états de santé et environnement (géographie des maladies) et/ou offre de soins (géographie des systèmes de santé et des soins). Leur projet scientifique repose sur l'utilisation des apports des différentes grandes théories sociales contemporaines (structuralisme, marxisme, interactionisme) afin de rompre avec des constructions de type biomédical ou écologique.

*Le structuralisme* considère la santé comme un fait social et les différentes façons de conduire des politiques de santé comme des processus que l'on peut rapporter à *des valeurs, des attitudes ou des convictions*. Cette évolution ouvre des perspectives aux études épidémiologiques en intégrant des faits sociaux tels que l'existence de normes, de structures et comportements sociaux comme des déterminants dans la prévalence de certaines pathologies.

*Le marxisme* fait de la santé une ressource nécessaire (un capital) pour maintenir la capacité de production de chaque individu. La santé est une marchandise et la maladie le résultat d'une distribution inégale des ressources. La médecine est présentée comme une institution de contrôle social dont les choix (privilégier tel secteur de santé publique plutôt que tel autre) sont générateurs d'inégalités désavantageant par exemple les secteurs de la santé mentale ou certaines régions non-métropolitaines.

*L'interactionisme* permet d'introduire la dimension individuelle dans l'analyse des systèmes de soins en posant l'individu comme acteur de sa santé par ses modes de représentation de son corps et de son bien-être et par ses modes de recours au système de soins. Ainsi, l'isolement social, la marginalisation ou l'exclusion peuvent être intégrés dans les déterminants de la santé dès lors qu'ils sont mal vécus à l'échelle des individus et pas seulement des sociétés.

Après un passage obligé par l'adhésion à l'une de ces grandes théories, la recherche actuelle emprunte conjointement à ces trois constructions théoriques. Mais s'il a été vivace dans la communauté scientifique anglo-saxonne, le débat épistémologique a été nettement moins important dans la géographie de la santé française, certainement parce que la position institutionnelle de celle-ci était plus faible (Salem, 1995).

### **Demandes sociales et manières d'être en géographie de la santé**

Traditionnellement en géographie médicale, l'espace n'est pas problématisé comme support d'activités sociales. Mais les thèmes abordés ont changé avec l'émancipation de la géographie de la santé de l'hégémonie bio-médicale, mais aussi au gré de l'évolution des demandes sociales. Et nombreux sont les chercheurs qui intègrent une dimension géographique et une vision globale de la santé sans se réclamer de la géographie de la santé (Fassin, 1998; Jaeger, 2000)

Quatre temps peuvent être identifiés dans les manières dont la géographie a traité les problématiques de santé. Le premier a été celui de la géographie tropicale pour laquelle les espaces physiques ont été étudiés en tant que milieux pathogènes. Le deuxième temps aura été celui du lien fait entre géographie médicale, géographie économique et géographie des populations. Il a conduit à formuler la santé et les soins en termes de besoins et d'offre territorialisés. Le troisième temps aura été celui de l'analyse spatiale, qui vise à établir des corrélations, souvent multiples (analyse factorielle), entre des caractéristiques observées de l'état de santé d'une population et un ensemble d'indicateurs territoriaux afin de structurer les systèmes de santé selon une logique forcément rationnelle puisque quantitative. Le quatrième temps correspond au renouveau actuel des questionnements en santé publique (ou *new public health* – Curtiss, 1995). Il met l'accent sur l'influence des facteurs sociaux sur la santé des populations (conditions de vie, de travail, éducation, consommation, ...) et replace les questions de santé à l'échelle fine de l'individu. Ainsi, des effets de lieu sont identifiés selon les particularités locales d'une communauté de vie ou de l'organisation d'un réseau de soins (Atkinson & Al, 2000). Le paysage peut devenir thérapeutique (Gesler, 1992) dès lors qu'il revêt des qualités (esthétiques, culturelles, environnementales) conférant un bien-être. Les lieux sont étudiés en fonction de leur accessibilité ou non-accessibilité ; les espaces sont capacitants ou incapacitants selon qu'ils permettent ou non d'atténuer (voire d'annuler) les effets d'un handicap.

Les évolutions de la manière de faire la géographie de la santé ont été concomitantes de celles de la demande sociale. La demande anciennement faite aux géographes était avant tout une localisation des maladies, en lien par exemple avec le climat ou l'accès à l'eau potable comme dans les approches tropicalistes. Le deuxième type de demande, caractéristique des années 1960-1970, a consisté en une cartographie des équipements et services, ainsi que de leurs aires d'influence. La demande s'est ensuite fortement orientée vers l'analyse des flux en rapport avec l'organisation des systèmes de santé. On cherche par exemple à mesurer les distances aux services de soins afin de prendre la mesure de l'adéquation entre offre et besoins. Ce n'est que récemment, du moins en France, que la demande s'est élargie pour inscrire la santé dans des enjeux d'aménagement du territoire à l'échelle nationale (programme « Santé et territoire » de la DATAR) ou locale, en lien avec la politique de la ville. Dès lors, un intérêt particulier est accordé aux jeux d'acteurs et aux partenariats entre tous ceux qui

participent à la construction locale de l'offre de soins, mais aussi aux pratiques de recours aux soins des habitants/citoyens/patients.

Comme l'ont souligné Kearns and Moon (2002), les approches de géographie sociale ont autorisé le passage d'une géographie médicale basée sur le modèle biomédical et des méthodes strictement quantitatives à une géographie de la santé basée sur le modèle socio-médical qui suppose des méthodologies plus variées faisant place à des approches qualitatives pour une appréhension globale des questions de santé dans une entité territoriale donnée.

## **L'APPORT DES QUESTIONS DE SANTE POUR LA GEOGRAPHIE EN GENERAL, LA GEOGRAPHIE SOCIALE EN PARTICULIER**

L'objectif de cette seconde partie est de montrer que la santé est, au même titre que l'école, le logement, le travail, les mobilités, une entrée essentielle pour la géographie sociale. La santé n'est-elle pas un capital individuel et collectif ? Bien qu'elles apparaissent particulièrement injustes, les inégalités face à la santé n'échappent pas à des tractations politiques, et donc des enjeux de pouvoir.

Le propos est structuré sur la base de la segmentation traditionnelle en géographie de la santé entre l'entrée épidémiologique et l'entrée par les équipements et l'offre de soins.

### **Indicateurs de santé et inégalités : du capital et des handicaps**

Les travaux auxquels les auteurs du manuel *Géographie sociale* publié en 1984 ont fait référence pour dire que les dimensions spatiales des faits sociaux ont inspiré des œuvres de grande audience bien avant que des géographes ne s'en préoccupent (Frémont & al., 1984.17) accordent une grande importance à la dimension sanitaire de la vie des gens. Il s'agit de la littérature hygiéniste ou sociale du 19<sup>ème</sup> siècle. Pour la première, l'auteur le plus connu est Louis-René Villermé qui, dans *Le Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les fabriques de coton, de laine et de soie* publié en 1840, fait le constat que les conditions imposées par les employeurs aux enfants épuisent le capital humain, ouvrage qui sera à l'origine de la loi de 1841 sur le travail des enfants dans les manufactures. De tels médecins des pauvres ont été nombreux, comme par exemple le saint-simonien nantais Ange Guépin. Pour les seconds, Engels, dans *La situation de la classe laborieuse en Angleterre*, présente la ville préindustrielle comme un milieu délétère où se joue un véritable meurtre social. Bien que les auteurs divergent dans leurs interprétations et dans les solutions qu'ils proposent (la ville et donc l'urbanisme, l'économie capitaliste et la révolution), ils accordent la même attention aux inégalités face à la mort et, en raison de l'inscription spatiale des groupes, aux écarts selon les quartiers.

Les indicateurs de santé ont en effet valeur d'indicateurs synthétiques dans la mesure où ils sont d'excellents révélateurs des conditions de vie des populations. Pour Gérard Salem, « L'analyse géographique des indicateurs de santé constitue à la fois un éclairage fort sur les relations entre l'homme et l'espace, et une explication des dynamiques spatiales inégales qui font l'objet même de la

discipline » (2002.69). L'espérance de vie à la naissance est, par exemple, avec le niveau d'instruction et le revenu représenté par le PIB par habitant, l'un des trois indicateurs qui constituent l'Indice de développement humain (IDH). Toutefois, cette valeur d'indicateur est encore plus riche de questionnements pour le géographe à des échelles plus fines où les relations entre niveau mortalité et inégales richesses sont sensibles. Dans son étude des niveaux de mortalité selon milieu de vie en Wallonie, Michel Oris (2001) montre que les dynamiques d'implantation des activités, des logements, des populations en milieu urbain font que les niveaux de mortalité sont plus élevés dans les villes que dans les autres types d'espaces, et plus particulièrement les couronnes périurbaines : entre 30 et 74 ans, le risque de mourir pour un habitant de Charleroi est de 40% supérieur à celui d'un habitant du Brabant Wallon périurbain (Oris et al., 2001). Ces différences de mortalité peuvent être attribuées à un cumul de causalités, mais il est incontestable que « la surmortalité est aussi la trace d'une révolution industrielle plus brutale et souvent destructrice, aussi bien sur le plan de l'environnement que sur celui des pathologies induites par les conditions de vie dans les 'pays noirs' (Oris et al., 2001.47) ».

Cette valeur synthétique est aussi bien mise en évidence par les travaux de Robert Pampalon de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui croise espérance de santé et niveau de défavorisation matérielle et sociale : à la fin des années 1990, 14 années d'espérance de santé séparent le quintile de la population le plus défavorisé de celui qui l'est le moins, les quintiles étant établis à partir d'un indice de défavorisation qui prend en compte à un niveau géographique fin la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, le taux d'emploi, le revenu moyen, la proportion de personnes séparées, veuves ou divorcées et de familles monoparentales (Pampalon, 2002).

Les indicateurs de santé en tant qu'indicateurs sociaux sont une entrée privilégiée pour appréhender les inégalités entre les êtres humains. Même si elles naissent dans la position sur ou face au marché du travail, les inégalités sociales s'expriment dans de nombreux domaines, dont la santé, avec des liens de causalités réciproques et croisés qui font de la pauvreté un cercle vicieux et un cumul de handicaps, et inversement de la richesse un cumul d'avantages. Leur étude valide la pertinence des problématiques et questionnements de géographie sociale :

- diversifier les questions de recherche et sortir de la prépondérance, très marquée il y a encore vingt ans, donnée à l'étude des marqueurs spatiaux des dynamiques économiques, et des seules inégalités de revenus ;
- emboîter des échelles pour n'omettre aucun des niveaux, tout particulièrement les espaces du quotidien, auxquels les déterminants de santé opèrent ;
- articuler l'analyse des processus et l'observation des pratiques individuelles (rapports à sa santé et relativité des distances au système de soins) ;
- poser l'espace comme cadre d'expression mais aussi comme enjeu de la reproduction des inégalités, comme inscription de la misère du monde (Bourdieu, 1993) dans la durée.

### **Les équipements sanitaires et sociaux : accessibilité et conflits**

L'approche de la géographie sociale permet de reconsidérer les concepts de l'analyse spatiale en fonction des acteurs pour intégrer la dimension politique et les enjeux de pouvoir sur l'espace.

L'accessibilité est un de ces concepts. Son étude nourrit les théories des localisations d'équipements. Cette accessibilité qui change selon les modes de transport disponibles se mesure en distances-temps et s'exprime par des flux. C'est par exemple *La France en vingt minutes* (Benoît et al., 2002). La problématique des temps d'accès a présidé à l'organisation graduée de l'offre de soins hospitaliers. Elle est très fréquemment utilisée dans les commandes faites aux géographes en matière d'analyse de la structuration de l'offre de soins. L'étude exploratoire réalisée par la CCMSA, les URCAM de Franche-Comté, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, le CREDES sur *Santé et milieu rural* (CCMSA, 2002) mesure l'isolement médical de la population en combinant distance à l'offre et flux qui observent les déplacements consentis par la population pour accéder aux soins. Pour le groupe de travail « approche territoriale » réuni par l'ARH de Bretagne dans le cadre de la préparation du SROS 3<sup>ème</sup> génération, l'accessibilité ou la facilité d'accès aux différents niveaux du système de soins peut être perçue en termes de trajet (temps, distance, rationalisation des déplacements) et de trajectoire (le chemin à parcourir dans le système de soins pour une prise en charge adéquate (Even & Tardiff, 2004).

Or, si on ne part pas des équipements mais de la réponse aux besoins de tous, l'accessibilité ne devrait pas reposer sur la prise en compte des flux dominants mais sur la capacité de tous les individus à accéder au service, et donc à l'équipement : « L'accessibilité est l'affaire de tous. [...] En effet, chacun peut, à un moment de sa vie, être gêné dans ses déplacements ou dans sa vie quotidienne : personne âgée, enfant, femme enceinte, toute personne fragilisée par un membre cassé, les fatigues diverses, [...] et bien sûr par les incapacités dues aux différents types de déficiences : motrices, auditives, visuelles, intellectuelles, psychiques, et surtout les maladies invalidantes. L'accessibilité, ce n'est pas seulement permettre l'accès aux fauteuils roulants : c'est aussi améliorer le confort de tous et prévenir les situations handicapantes » (« handicap 38 » cité dans Fleuret, Séchet, p.167). Le vieillissement des populations qui va s'accroître et le souhait des personnes âgées de vouloir rester à leur domicile le plus longtemps possible doivent inciter les aménageurs à avoir une approche continue et globale de l'accessibilité du cadre de vie pour éviter les situations d'exclusion et de handicap par défaut de capacités d'accès.

L'accessibilité centrée sur l'individu pose les espaces de vie quels qu'ils soient comme les cadres d'éventuels désavantages pour des populations placées en position de faiblesse par leurs incapacités. Les désavantages qui découlent des interactions entre la personne porteuse d'incapacités ou de déficiences et son environnement sont une des dimensions du handicap. Outre le fait qu'elle répond à nos questionnements sur le rôle de l'espace dans la production des inégalités ou des exclusions, cette conception de la proximité devrait guider toute réflexion sur l'aménagement des espaces, et plus particulièrement les micro-aménagements. Or c'est l'accessibilité de l'analyse spatiale qui est utilisée de manière opératoire pour organiser rationnellement l'offre.



Les équipements sanitaires et sociaux sont fréquemment au cœur de conflits territoriaux. Révélateurs de jeux d'acteurs complexes, ces conflits peuvent être « pour » ou « contre » selon qu'il s'agit de tenter d'empêcher des fermetures de services et d'équipements ou au contraire de s'opposer à des projets d'implantation de structures destinées à prendre en charge des malades mentaux, alcooliques ou toxicomanes. Dans ce second cas, les porteurs de projets mais aussi des acteurs publics tels que des maires sensibles à l'argument des créations d'emploi seront confrontés à des mobilisations de type NIMBY. L'argument de la perte de valeur de leurs biens immobiliers employé par les habitants riverains l'emporte sur celui de la perte de tranquillité, qui lui-même peut cacher des réflexes de défiance à l'égard de l'autre, qui peut être si différent et si irrespectueux des normes. L'autre type d'opposition est une opposition de défense d'intérêts : des usagers, des élus locaux, des professionnels s'unissent pour s'opposer à une décision prise à un échelon supérieur dans le cadre de dispositifs de régulation de l'offre. Les mobilisations contre les restructurations hospitalières constituent des moments d'intense action collective (Melé, 2003.16). Par ce qu'il représente pour la vie humaine, l'hôpital se prête particulièrement à la dramatisation du débat public. La légitimation de l'action par la défense des intérêts locaux (accès aux soins dans la proximité, emploi, aménagement du territoire et refus de la fermeture de services qui pourrait signifier le déclin et la perte de valeur urbaine) se confronte à la légitimation par l'efficacité technique permise par la graduation de l'offre et la différenciation des proximités. Ces conflits font partie de ceux qui expriment un sentiment d'injustice (Melé, 2003.20). Surtout quand les choix faits peuvent laisser penser que la priorité n'est pas la réponse aux besoins des populations locales : face à la décision de fermer la maternité de Moutiers en Tarentaise et de renforcer en saison d'hiver la chirurgie orthopédique, le Conseil municipal dit, au nom de la géographie locale, « Oui à la maternité, non à une usine à plâtre ». Entre quelques centaines de parturientes de la vallée et des dizaines de milliers de skieurs...

Les inégalités de santé qui sont particulièrement injustes apparaissent largement comme une conséquence des inégalités économiques qu'elles contribuent à reproduire, au demeurant, puisqu'une mauvaise santé est, par exemple, un obstacle pour accéder à l'emploi. Ces inégalités sont inscrites dans l'espace qui est le cadre de leur production et donc un enjeu. Les manifestations de défense, les moments de mobilisations collectives qui accompagnent les restructurations hospitalières, les discours et arguments échangés sont pour le géographe des révélateurs de la spatialité des enjeux de pouvoir et de maîtrise des espaces sanitaires.

## **DE LA DIMENSION SANITAIRE DES ESPACES SOCIAUX**

Dans cette troisième partie, nous proposons une géographie sociale de la santé et adoptons une posture critique et radicale pour montrer que l'étude de la dimension spatiale des questions de santé contribue à l'intelligibilité des sociétés. Pour cela, nous présenterons nos réflexions sur les parcours

individuels de soins à l'échelle du local puis nous ferons une relecture des analyses des conséquences de la canicule de l'été 2003 en France avant d'analyser brièvement la place prise par le vocabulaire de la santé dans les discours sur les espaces.

### **Les parcours de soins à l'épreuve du local**

La santé pensée localement par les politiques territorialisées implique de nombreux acteurs extérieurs au champ strictement sanitaire (cf. les PRAPS dont la mise en œuvre suppose des partenariats locaux). Le local est un cadre traditionnel d'intervention au nom de la santé, avec des priorités qui ont évolué, de l'hygiène à la promotion de la santé. L'efficacité dans l'accès aux soins suppose d'abord, mais pas uniquement, adéquation locale entre offre et besoins. Or l'offre de soins, y compris en matière de prévention, dans un territoire donné est un construit historique dont le contenu a évolué en fonction des représentations des besoins.

De plus, la distance et la proximité sont des notions relatives ; un individu ne peut exploiter que les ressources dont il a connaissance dans son espace de vie. Chaque acteur a sa cartographie mentale du système sanitaire et social, à partir de laquelle vont se construire les itinéraires personnels dans le système de soins. L'hypothèse est alors celle de la diversité des parcours de soins comme résultat de la rencontre entre deux bricolages, celui du patient et celui des professionnels, et de la diversité des géographies sociales du soin. Une personne, à un moment donné, ne peut utiliser que l'offre dont elle a connaissance, soit directement, soit par le biais des soignants qui eux-mêmes ont leur propre carte mentale de l'offre. Cette offre et cette connaissance ont leurs échelles : le national des grands dispositifs, le local de la diversité des paysages sanitaires, le proche de l'espace du quotidien dans lequel se tissent les réseaux sociaux, l'individuel des représentations de soi et de son corps.

La prise en compte des représentations des acteurs invalide l'idéaltype du parcours de santé uniforme et simple comportant une porte d'entrée unique (médecin généraliste), des points d'étape bien identifiés (établissements de soins) et une sortie (le retour à la maison en bonne santé). L'hypothèse que nous souhaitons mettre à l'épreuve par des recherches de terrain est que les parcours de soins sont différenciés, plus ou moins ramifiés et de durées variables, selon les caractéristiques de l'offre disponible et les capacités des patients à se saisir de cette offre. En fonction de leur capital économique, social, culturel, les patients n'ont en effet pas les mêmes capacités à se mouvoir dans le système de soins. Le recours à la notion de dimension spatiale du capital social peut permettre de comprendre des comportements incohérents au regard des nécessités médicales.

### **Relecture des analyses de la canicule : la surmortalité et son interprétation comme indicateurs**

Plus de 15 000 décès ont été directement imputés à la canicule qui a frappé la France en août 2003. Les analyses faites par le gouvernement et leur présentation médiatique sont le reflet de la domination de l'approche épidémiologique ou de l'analyse par le système de soins qui expliquent la surmortalité par les conditions météorologiques exceptionnelles ou par les carences dans l'offre de soins. Le propos ne vise pas à nier l'importance de la contrainte climatique mais à montrer que les disparités de surmortalité sont aussi un révélateur de l'inscription des vies humaines dans des espaces sociaux différenciés.

Le rapport demandé à Denis Hémon et Eric Jouglu est l'archétype de l'analyse épidémiologique. L'étude a porté sur le décompte du nombre de victimes et leurs caractéristiques d'âge et de sexe ; sur les disparités géographiques de surmortalité ; sur les relations entre décès et exposition à la chaleur ; sur le lieu et les causes de décès. Les chiffres de décès ont été utilisés pour opposer la Région parisienne d'une part aux zones rurales et aux villes petites et moyennes, ainsi qu'à l'ensemble des grandes villes. Cela, sans tenir compte du fait que Paris est un cas unique dans une zone de forte canicule alors que des agglomérations de 200 000 habitants, il s'en trouve partout en France, y compris dans des régions qui ont fort peu été concernées par la canicule.

En ce qui concerne la responsabilité des offreurs de soins, plusieurs facteurs de responsabilité ont été successivement mis en avant, comme si le plus urgent avait été de gérer l'opinion publique : saturation des urgences hospitalières, puis inadaptation des maisons de retraite, défaillance de la veille sanitaire, distension des liens familiaux, et enfin irresponsabilité de médecins généralistes partis en vacances. La forte augmentation par rapport aux années précédentes des prescriptions de solutés de réhydratation dans toutes les régions témoigne pourtant de la participation active de ces médecins généralistes à la gestion des conséquences humaines de la vague de chaleur (Cuenat et al., 2003.15).

Pourquoi alors s'étonner de l'irresponsabilité de médecins, hommes et de femmes partis en vacances alors que l'été est habituellement pour eux une période de moindre activité ? Pourquoi avoir tant insisté sur la faiblesse supposée de personnes âgées certainement destinées à mourir prochainement ? (alors que l'on sait aujourd'hui qu'il n'y a eu aucun creux de compensation dans les statistiques de mortalité des mois suivant la canicule)

Peut-être pour ne pas reconnaître l'échec de la société à se donner les moyens de permettre à toutes les personnes âgées, qui ont été les plus frappées par la canicule, de garder toute leur place dans la société. Les leçons tirées d'autres drames liés à des vagues de chaleur, comme celui de Chicago en 1996 (Klinenberg, 2002), ainsi que la délicate gestion des corps des personnes décédées à Paris, suggèrent que le problème est d'abord celui de l'isolement et de la pauvreté relationnelle d'un nombre croissant de personnes âgées. D'ailleurs, une étude réalisée par une équipe de l'INSERM (Spira, 2004) a montré, chiffres de l'AP-HP à l'appui, que la surmortalité a été presque inexistante chez les personnes âgées atteintes de pathologies graves et bénéficiant donc d'un suivi médical quotidien et intensif.

L'isolement, l'étroitesse des espaces sociaux ne permettent pas la rencontre entre besoins de soins et offreurs de soins, quels que soient ces offreurs puisque la prise en charge des personnes âgées mobilise un grand nombre d'intervenants.

### **Des maux aux mots**

Pourquoi, du moins en France, le recours au champ lexical de la maladie et de la santé pour parler les questions sociales est-il si fréquent ? Pour Didier Fassin, cette rhétorique qui permet de parler de manière consensuelle de ce qui fait socialement problème ressortit de la « sanitisation du social » (Fassin, 1998.42).

Cela peut être positif comme dans le cas de la priorité donnée en France à la lutte contre le saturnisme. Celle-ci a permis de porter sur la scène publique une question politiquement délicate. En effet, « là où l'autorité municipale se serait mise en difficulté en proposant un programme de réhabilitation ou de relogement pour les familles immigrées, elle se sent non seulement autorisée, mais obligée à le faire dès lors que l'argument de l'insalubrité dangereuse peut être invoqué » (Fassin, 1998.14). Mais le plus souvent, il s'agit d'un travestissement qui permet de ne pas parler des processus, de focaliser le regard sur les résultats et de ne pas proposer de solutions à long terme.

De fait, les problèmes sociaux ont été de plus en plus exprimés selon le registre de la pathologie et du handicap, pour les hommes comme pour les espaces. Le Pacte de relance pour la ville adopté en 1996 pour réparer la fracture sociale procède à un étalonnage de l'exclusion absolue (Estèbe, 2001) qui repose sur l'invention de l'indice synthétique d'exclusion destiné à donner la mesure du handicap des quartiers concernés. Il s'agit de classer sur une échelle des mesures dérogatoires au droit commun qui hiérarchise entre zones urbaines sensibles, zones de redynamisation urbaine, zones franches. Cette géographie prioritaire définit les périmètres d'une intervention publique qui est voulue plus efficiente par un ciblage sur les espaces qui en ont le plus besoin, non dans une perspective de compensation mais bien selon l'historique traitement assistanciel du handicap.

Le handicap est ici spatial. La mise en exergue de cette catégorie nouvelle de handicap traduit la relégation au second plan du souci de justice sociale. La pathologisation des espaces et le travestissement des problèmes sociaux en handicaps de quartiers délimités sur la base du trop ou du pas assez évitent de s'attaquer aux facteurs de la dégradation des conditions de vie des habitants. Avec l'échec des régulations économiques et sociales, s'impose une gestion territoriale à finalité sécuritaire. A Tours, la présence trop visible des seringues est à la base de la construction locale d'une politique de santé publique qui permet de qualifier un désordre social en trouble de santé publique (Lussault, 1998). C'est alors ce trouble, ce désordre, et le risque social qui va avec, qu'il faut soigner d'urgence, sans qu'il soit question d'un traitement de fond qui s'attaquerait aux sources du mal.

La métaphore de la maladie est fréquemment utilisée par les médias pour décrire ce qui dérange ou perturbe. Tim Cresswell (1992) a ainsi observé que dans les différents champs sémantiques utilisés par la presse new yorkaise pour parler des graffitis dans la ville, la maladie, l'épidémie, la contagion

sont très présentes. Les graffitis s'insinuent dans le corps urbain comme le virus fait intrusion dans le corps humain et contribue à son affaiblissement. Les références au registre du trouble mental et de la folie ne sont pas absentes. Dans ce cas, si les graffeurs sont assimilés à des déments, les mettre à leur place consister, pourquoi pas, dans une logique foucauldienne, non pas à les pourchasser mais les interner ... Quoi qu'il en soit, en vertu du principe qu'un espace n'a de valeur que socialement produite par les pratiques et les représentations, l'objectif est de faire disparaître les graffitis, ... ou de leur donner une valeur d'œuvre d'art, ce qui est une autre question, hors du sujet de cette communication. Les mots du sanitaire sont donc utilisés pour faire oublier les maux du social (la fracture sociale dans des villes en mal d'hospitalité) et ce qui les produit.

## CONCLUSION

Les mutations de la géographie de la santé depuis la géographie médicale de Max Sorre à la *new health geography* d'aujourd'hui ne sont pas indépendantes des évolutions de la géographie et des sciences sociales, ni de celles des représentations de la santé et des demandes de recherche qui en découlent. A l'origine, les entrées par les pathologies (la maladie et le médical) et par les équipements cohabitaient sans se rencontrer et sans que l'homme soit présent dans les études. Les projets de recherche actuels peuvent mettre en interaction les pathologies (les besoins), l'offre et les offreurs, l'individu et ses représentations.

Dès lors, les apports de la géographie de la santé pour la géographie sociale sont plus clairs. Les inégalités face à sa santé et au système de soins sont une dimension des rapports sociaux ; les conflits spatiaux autour des équipements de soins dans un contexte d'imposition de la bonne gouvernance en santé et de crise de la démographie médicale mettent en lumière les enjeux de pouvoir qui se jouent autour de la santé.

S'inscrire dans une démarche de géographie sociale de la santé suppose de questionner la santé à partir d'un espace posé comme support, produit et enjeu. Alors que le contexte idéologique favorise le retour à des déterminismes simplistes (le climat, les formes urbaines, l'âge), la difficile gestion des cadavres, c'est-à-dire des morts oubliés, abandonnés, à Paris (en dehors des beaux quartiers) après la canicule d'août 2003 a rappelé le caractère vital de l'intégration sociale. Les réseaux sociaux sont une des composantes majeures des géographies individuelles du soin dont la diversité ne peut plus être ignorée par les acteurs intervenant sur le système de soins.

Ce propos s'est ouvert sur les évolutions de la géographie de la santé. Pour le clore, nous évoquerons donc une question à la mode dans la nouvelle géographie de la santé : les relations entre santé et paysage. Le vocabulaire de la santé est très présent dans la gestion locale des traces visuelles des désordres sociaux (graffitis, seringues, préservatifs des prostituées). Les politiques proposent là du curatif sans projet autre que faire disparaître, aux cinq sens, les traces de désordre pour rendre la ville vivable. Dans le même temps, la nouvelle géographie médicale parle de paysages thérapeutiques

(Gesler 1992) en proposant d'étudier les influences du paysage sur le bien-être physique et mental. Mais l'étude de la perception de ce qui est beau, de ce qui fait un environnement agréable comporte un écueil ; celui de masquer certaines réalités (ces désordres que l'on cache) et par une approche trop culturelle, émotionnelle, voire spirituelle, faire oublier partiellement ou totalement la réalité des espaces sociaux (Parr, 2004), et ne plus être en phase avec les ambitions de la géographie sociale ?

### **Bibliographie**

ACHESON D., (1998) *Independent inquiry into inequalities in health*, Report, The Stationery Office, London, 164 pages

ATKINSON S. & al., (2000), "Going down to the local : incorporating social organisation and political culture into assessments of decentralised health care", *Social science & medicine*, vol 51, pages 619-636

BAILLY A., (1981), *La géographie du bien-être*, PUF, 239 pages

BENOIT J.-M., BENOIT P., PUCCI D., MAUROY P., 2002, *La France à 20 minutes. La révolution de la proximité*, Belin, 272 pages

BOURDIEU P., dir., (1993), *La misère du monde*, Seuil, coll. Libre examen, 947 pages

CCMSA, URCAM Aquitaine, URCAM Languedoc-Roussillon, URCAM Franche-Comté, CREDES, (2002), *Santé et milieu rural. Une démarche exploratoire menée par trois URCAM*.

CRESSWELL T. (1992), « The Crucial 'Where' of Graffiti : a Geographical Analysis of Reactions to Graffiti in New York, *Environment and Planning D : Society and Space*, vol. 10, pp. 329-344.

CURTIS S., (1995), "La géographie de la santé, un point de vue britannique", *Espace, populations, sociétés*, 95-1, pages 49-58

DEL CASINO V. & DORN M., (1998), "Doubting dualisms : a genealogical reading of medical geographies", *actes du 8<sup>th</sup> international symposium in medical geography*, pages 89-101

DI MEO G., (2001), L'explication sociale en géographie, in THUMERELLE P.J. (Coord.), *Explications en géographie. Démarches, stratégies et modèles*, SEDES, pp. 99-112.

ESTEBE P.

EVEN A. & TARDIFF L., *Territoires et santé en Bretagne. Rapport à l'ARH du groupe de travail « approche territoriale »*, septembre 2004.

FASSIN D., Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique, in Fassin D. (Dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquêtes sur des expériences locales*, La Découverte, 1998

FLEURET S., SECHET R., (2001), *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Presses Universitaires de Rennes, 236 pages

GATRELL A. C., (2002), *Geographies of health, an introduction*, Blackwell publishers, 294 pages

GESLER W.M., (1992), "Therapeutic landscapes : medical issue in light of the new cultural geography", *Social science and medicine*, vol 34, pages 735-746

HÉMON D. & JOUGLA E. (2003), *Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques*, rapport remis au ministre le 25 septembre 2003

HENRARD J.-C & ANKTRI J., (2003), *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Rennes, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique.

JAEGER M., (2000), *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*. Paris, Dunod, 170 pages

JONES K. & MOON G., (1993), "Medical geography : taking space seriously", *Progress in human geography*, vol 17, pages 515-524

KEARNS R., (1993), "Place and health : towards a reformed medical geography", *The professional Geographer*, vol 45, pages 139-147

KEARNS R. & MOON G., (2002), "From medical to health geography : novelty, place and theory after a decade of change", *Progress in human geography*, 26.5, pages 605-625

KLINENBERG E.(2002), *Heatwave. A social Autopsy of Disaster in Chicago*, The University of Chicago Press.

LITVA A. & EYLES J., (1995), "Coming out : exposing social theory in medical geography ", *Health and place*, vol 1., pages 5-14

MELÉ P., (2003), *Conflits, territoires et action publique*, in MELÉ P., LARRUE C., ROSEMBERG M., *Conflits et territoires*, Tours, Presses de l'Université François Rabelais, coll. « Villes et Territoires », pp. 13-32.

PAMPALON R. (2002), *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*, 12 p.

PARR H. (2004), *Medical geography : critical medical and health geography ?*, *Progress in Human Geography*, vol. 28.2, pp. 246-257.

PICHERAL H., (2001), *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, GEOS, Université de Montpellier, 307 pages

ROSENBERG M., (1998), "Medical or health geography ? Populations, people and places", *International journal of population geograph*, 4, pages 211-226

SALEM G., (1995), "Géographie de la santé, santé de la géographie", *Espace, populations, sociétés*, 95-1, pages 25-30

SALEM G, 2001, *De l'espace à la société, et de la société au territoire, l'explication en géographie*, in THUMERELLE P.J. (Coord.), *Explications en géographie. Démarches, stratégies et modèles*, SEDES, pp.

SALEM G., 2002, Peuplement, population et santé : une inégale répartition, in CHARVET J.-P. & SIVIGNON M. (Dir.), 2002, *Géographie humaine. Questions et enjeux du monde contemporain*, pp. 67-96.

SPIRA A., HOLSTEIN J., CANOUI-POITRINE F., NEUMANN A., 2004, "Mortality in long term care facilities in Paris, France, during august 2003 Heatwave", Colloque ICSSH, Genève 1-4 septembre 2004, résumé long sur CDrom, citation autorisée par les auteurs.

TONNELIER F., VIGNERON E., *Géographie de la santé en France*, PUF, 129 pages

VIGNERON E., « La géographie de la santé : un agenda qui se précise », *Espace, populations, sociétés*, 95-1, pages 31-41