Territoires et santé. Identifier les populations vulnérables et les territoires prioritaires en analysant conjointement les espaces de résidence et de mobilité des individus

Julie Vallée, Pierre Chauvin

▶ **To cite this version:**

Julie Vallée, Pierre Chauvin. Territoires et santé. Identifier les populations vulnérables et les territoires prioritaires en analysant conjointement les espaces de résidence et de mobilité des individus. CIST2011 - Fonder les sciences du territoire, Collège international des sciences du territoire (CIST), Nov 2011, Paris, France. pp.466-470. hal-01353397

HAL Id: hal-01353397
https://hal.science/hal-01353397

Submitted on 11 Aug 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Territoires et santé: Identifier les populations vulnérables et les territoires prioritaires en analysant conjointement les espaces de résidence et de mobilité des individus

AUTEURS
Julie VALLÉE, Géographie-cités (France)
Pierre CHAUVIN, INSERM (France)

RÉSUMÉ
Cette communication se propose de mettre en relation l'espace de résidence et l'espace de mobilité quotidienne des individus avec différents indicateurs de santé. A partir des données d'une enquête de santé menée auprès de 3000 habitants de 50 quartiers de l'agglomération parisienne (l'enquête SIRS), nous montrons que les habitants des quartiers défavorisés présentent des risques accrus de dépression et de recours aux soins inappropriés lorsque leur espace de mobilité est spatialement restreint. En effet, ces individus s'avèrent particulièrement sensibles aux contraintes de leur quartier de résidence car leur faible mobilité ne leur permet pas d'être en contact avec d'autres environnements que celui où ils résident. L'idée est ensuite de transposer ces résultats individuels à l'échelle territoriale afin d'identifier dans l'agglomération parisienne des quartiers prioritaires en termes de politiques de santé. Cette transposition pose cependant certains problèmes conceptuels et méthodologiques dont nous discuterons.

ABSTRACT
In this communication, we propose to investigate the cumulative influence of residential neighbourhood and spatial extent of daily mobility on some health indicators. This study was based on a health survey carried out among 3000 inhabitants living in 50 neighbourhoods in the Paris metropolitan area (SIRS survey). We observed that living in deprived neighbourhoods had the most negative effect in terms of depression and delayed screening in the respondents with a spatially limited mobility. This greater vulnerability to residential neighbourhood deprivation may be due to the fact that less mobile people do not have the opportunities to be exposed to other environments than their residential environment. The idea is then to transpose these individual results to territorial scale in order to identify some health action zones in the Paris metropolitan area. However, this transposition raises some conceptual and methodological problems which will be discussed.

MOTS CLÉS
Santé, quartier de résidence, mobilité quotidienne, espace d'activité, géographie, santé publique.

INTRODUCTION
Une des approches géographiques des faits de santé consiste à étudier dans quelle mesure l'espace de résidence d'un individu influence son état de santé et ses recours aux soins. De nombreuses études de géographie de la santé, d'épidémiologie sociale et

de santé publique ont ainsi souligné l'influence des caractéristiques sociales et physiques du quartier de résidence sur la santé de ses habitants (Curtis S., 2004 ; Diez-Roux, 2001; Kawachi & Berkman, 2003). Toutefois, il importe de ne pas considérer que cette influence opère de la même façon sur tous les individus : un nombre croissant d'études montre que l'ampleur de l'influence du quartier de résidence sur la santé varie selon le sexe des individus, leur âge, leur origine et leur statut socio-économique (Macintyre & Ellaway, 2003; Stafford *et al.*, 2005). Pour aller plus loin, il semble pertinent d'envisager les différences de vulnérabilité des individus face à leur quartier de résidence comme résultant avant tout de leurs pratiques spatiales. On peut en effet supposer que les individus les plus mobiles sont moins sensibles à leur quartier de résidence car leurs déplacements leur permet de s'affranchir des contraintes de ce dernier.

1. METHODOLOGIE

La population étudiée

Pour tester cette hypothèse de façon empirique, nous nous appuyons sur les données de l'enquête SIRS (« Santé, Inégalités et Ruptures Sociales ») conduite en 2005 auprès d'un échantillon représentatif de 3000 adultes vivant dans cinquante quartiers (définis ici comme des IRIS[1]) de Paris et des trois départements limitrophes (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne) .

Les indicateurs de santé

Les dimensions de santé étudiées ici concernent la santé mentale et les recours aux soins de prévention, à partir de l'existence de symptômes dépressifs au cours de deux dernières semaines, repérés par un questionnaire standardisé (Lecrubier *et al.*, 1997), d'une part, et du recours tardif (> 2 ans) au dépistage du cancer du col de l'utérus, d'autre part. Ces deux indicateurs de santé sont binaires.

Caractérisation de l'espace de mobilité des individus

Pour étudier les pratiques spatiales des habitants, nous développons la notion d' « espace d'activité » (activity space) qui correspond à l'espace au sein duquel les personnes se déplacent au cours de leurs activités quotidiennes. Au cours de l'enquête SIRS, les personnes ont notamment été interrogées sur l'inscription spatiale de leurs activités domestiques (faire les courses alimentaires, utiliser des services tels que la banque ou la poste), sociales (voir des amis) et de loisirs (se promener, aller au café ou au restaurant). Ces questions permettent de caractériser l'espace d'activité des habitants à partir de la concentration de ces activités quotidiennes dans ce qu'ils considèrent comme leur quartier de résidence. Notons qu'environ 17% des personnes interrogées ont déclaré concentrer leurs activités quotidiennes dans leur seul quartier de résidence. Elles sont considérées ici comme des personnes "peu mobiles".

Caractérisation des espaces de résidence

La *densité médicale* du quartier (pris en compte dans l'analyse des dépistages des cancers du col de l'utérus) correspond au nombre de médecins généralistes et de gynécologues (d'après la Base Permanente des Equipements de 2007) dans l'IRIS de résidence et les IRIS adjacents, rapporté au nombre d'habitants de la zone d'après le recensement de population. Cette densité médicale, qui varie de 16 à 188 médecins

[1] Ilots Regroupés pour l'Information Statistique.

pour 100 000 habitants pour les cinquante quartiers sélectionnés, a été divisée en trois classes d'effectifs égaux (tertiles). Le tertile inferieur (< 59 médecins pour 100 000 habitants) regroupe 16 quartiers qui sont considérés ici comme des quartiers avec une faible densité de médecins généralistes et de gynécologues.
Le *profil social* du quartier (pris en compte dans l'analyse de la dépression) est issu de la typologie socioprofessionnelle établie par E. Préteceille (2003) à partir des données du recensement de population. Les quartiers de type « ouvrier » (au nombre de 20) sont considérés ici comme des quartiers socialement défavorisés par opposition aux quartiers « intermédiaires » ou « supérieurs ».

Méthodes statistiques
Des analyses bivariées (test du khi-deux) sont utilisées pour étudier les associations entre les espaces de résidence et de mobilité des individus et leur santé mentale d'une part et leurs recours aux soins d'autre part. Ces analyses sont complétées par des modèles logistiques de régression multiniveaux qui permettent (i) de tenir compte de la structure hiérarchique (à deux niveaux : individu et quartier) de notre échantillon, (ii) de mesurer la force d'association (à partir d'Odds Ratios) entre les variables individuelles ou contextuelles et l'indicateur de santé considéré après avoir ajusté sur des variables sociodémographiques individuelles (l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la situation professionnelle, l'occupation et la limitation fonctionnelle pour la dépression et l'âge, l'occupation, la situation conjugale, la couverture maladie et la limitation fonctionnelle pour les frottis du col de l'utérus) et (iii) d'étudier les interactions inter-niveaux entre les caractéristiques individuelles (1er niveau) et les caractéristiques du quartier (2ème niveau).

2. PRINCIPAUX RESULTATS ET IMPLICATIONS ASSOCIÉES

De l'identification des individus vulnérables….
Du point de vue de la santé mentale, on observe que la proportion d'individus déprimés est de 12% pour l'ensemble de la population interrogée. Cette proportion est sensiblement plus élevée parmi les habitants des quartiers socialement défavorisés (17% ; p< 0,001) et plus élevée encore si on ne considère que les habitants peu mobiles vivant dans ces quartiers défavorisés (27% ; p< 0,01). Ce résultat est confirmé par l'analyse de régression puisqu'on observe, après ajustement sur le profil sociodémographique individuel, une interaction statistiquement significative (p<0,01) entre l'espace d'activité des individus et la composition sociale de leur quartier. Le fait de résider dans un quartier défavorisé multiplie par 1,3 (OR=1,3; IC95%=[1,0-1,8]) le risque de dépression pour les personnes mobiles mais par 4 (OR=4,0; IC95%=[2,1-7,8]) le risque de dépression pour les personnes peu mobiles (Vallée *et al.*, *in press*).
Du point de vue des recours aux soins, on observe que la proportion de femmes dont le dernier frottis du col de l'utérus remonte à plus de deux ans est de 26% pour l'ensemble de la population interrogée. Cette proportion de recours tardif ne varie pas de façon significative selon la densité médicale du quartier de résidence, mais elle est nettement plus élevée (64% ; p< 0,01) lorsque seules les femmes « peu mobiles » vivant dans des quartiers avec une faible densité médicale sont prises en compte. Les analyses de regression permettent de confirmer ces résultats puisqu'on observe également, après ajustement sur le profil sociodémographique des femmes, une interaction statistiquement significative (p=0,03) entre l'espace d'activité individuel et la densité médicale du quartier de résidence. Le fait d'habiter dans un quartier faiblement pourvu en médecins généralistes et en gynécologues multiplie par 3 (OR=2,9; IC95%=[1,4-5,9]) le risque de recours tardif pour les femmes peu mobiles tandis qu'il n'est pas

statistiquement associé (OR=1,2; IC95%=[0,8-1,7]) aux recours des femmes mobiles (Vallée *et al.*, 2010).
A travers ces deux exemples, on constate que l'influence du quartier de résidence sur la santé des habitants de l'agglomération parisienne est effectivement plus forte pour ceux qui ne sortent guère de leur quartier dans le cadre de leurs activités quotidiennes. Ces individus pourraient être particulièrement vulnérables face à leur environnement social immédiat et à la répartition des structures de soins de proximité du fait de leur faible mobilité qui ne leur permet pas d'avoir accès et d'être en contact avec d'autres environnements que leur seul quartier de résidence.
Cette étude démontre l'intérêt de prendre en compte de façon plus systématique l'espace de mobilité des individus dès que l'on cherche à mettre en évidence les relations entre territoires et santé. Relier les faits de santé aux territoires dans lesquels ils s'inscrivent nécessite d'envisager aussi les territoires tels qu'ils sont vécus et pratiqués au quotidien par les individus. Comme l'ont récemment souligné Coldefy *et al.* (2011) à propos de l'accessibilité aux soins médicaux, il importe de compléter l'analyse de la disponibilité de l'offre de soins par l'analyse « *des environnements de vie de la population dans un contexte de mobilité croissante* ». Du point de vue des politiques publiques à mettre en œuvre, notre étude suggère d'accorder une attention toute particulière aux populations peu mobiles vivant dans des quartiers socialement défavorisés et/ou dépourvus de services de proximité. A l'heure de la régionalisation et de la territorialisation de l'offre de soins (instaurées par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 et traduite par l'installation des Agences Régionales de Santé en 2010), cette étude montre à quel point il serait dangereux de conduire des politiques de rationalisation géographique des services de soins qui négligeraient la population, par ailleurs souvent la plus vulnérable et la plus défavorisée, dont la mobilité quotidienne est spatialement réduite.

…à l'identification de territoires prioritaires
A partir de ces résultats, la tentation est grande de passer d'une approche individuelle à une approche territoriale et de prendre en considération les espaces de résidence et de mobilité de la population afin de mieux cibler, dans l'ensemble de l'agglomération parisienne, les territoires prioritaires en terme de politiques de santé.
Pour se faire, il faudrait pouvoir croiser des informations précises sur les équipements et la composition sociale des quartiers et sur l'espace de mobilité de la population. Or, si des donnés exhaustives sur la composition sociale des quartiers et les équipements présents existent, il n'en est pas de même pour l'espace de mobilité quotidienne des habitants pour lequel des données spatialement exhaustives restent à ce jour rares et peu précises.
Si de telles données parvenaient toutefois à être mobilisées, il conviendrait aussi de vérifier (i) que les résultats issus de notre analyse à l'échelle individuelle restent pertinents à l'échelle des quartiers lorsque des données agrégées sont utilisées et (ii) que le fait de combiner les caractéristiques de l'espace de résidence et de l'espace de mobilité permet effectivement d'identifier les territoires prioritaires d'une manière plus précise que ne le permettrait la seule prise en compte des caractéristiques de l'espace de résidence. Si tel était effectivement le cas, il y aurait alors tout intérêt à ce que la définition des territoires prioritaires en termes de politiques de santé tienne compte de l'espace de mobilité de la population.
Par ailleurs, la prise en compte de la mobilité de la population aiderait sans doute à mieux définir les actions à mettre en œuvre. Il serait par exemple possible de proposer aux habitants peu mobiles des alternatives aux structures traditionnelles de soins (comme des unités mobiles de dépistages) et de mettre l'accent sur les barrières

matérielles, financières, culturelles ou symboliques qui peuvent limiter les déplacements de certains habitants et les conduire à se replier sur leur quartier de résidence.

REFERENCES

Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., 2011, « Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007 », Rapport Irdes n° 1838. 121 pages.

Curtis S., 2004, *Health and Inequality: Geographical Perspectives*. London, Sage.

Diez-Roux A., 2001, « Investigating neighborhood and area effects on health », *American Journal of Public Health*, 91(11), 1783-1789.

Kawachi I., Berkman L.F., 2003, *Neighborhodds and Health,* New-York: Oxford University Press.

Lecrubier Y., Sheehan D., Weiller E., Amorim P., Bonora I., Harnett Sheehan K., Janavs J., Dunbar G., 1997, « The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI », *European Psychiatry*, 12(5), 224-231.

Macintyre S., Ellaway A., 2003, « Neighborhoods and Health: an overview », In Kawachi I. ,Berkman L.F. (eds.), *Neighborhoods and Health* (pp. 20-42). New York: Oxford University Press.

Stafford M., Cummins S., Macintyre S., Ellaway A., Marmot M., 2005, « Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment », *Social Science & Medicine*, 60, 1681–1692.

Préteceille E., 2003, *La division sociale de l'espace francilien. Typologie socioprofessionnelle 1999 et transformations de l'espace résidentiel 1990-99*, Observatoire sociologique du changement.

Vallée J., Cadot E., Roustit C., Parizot I., Chauvin P., *in press*, « The role of daily mobility in mental health inequalities: the interactive influence of activity space and neighbourhood of residence on depression », *Social Science and Medicine*.

Vallée J., Cadot E., Grillo F., Parizot I., Chauvin P., 2010, « The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France) », *Health and Place*, 16(5), pp 838-852.

AUTEURS

Julie **Vallée**
UMR 8504 Géographie-cités, équipe PARIS
CNRS - Univ. Paris 1 - Univ. Paris 7
julie.vallee@parisgeo.cnrs.fr

Pierre **Chauvin**
UMRS 707, équipe DS3
INSERM - Univ. Pierre et Marie Curie
pierre.chauvin@inserm.fr