

questions

d'économie de la santé

— analyse —

Repères

Les inégalités infra régionales sont le thème choisi pour les prochaines conférences régionales de santé. Par ailleurs, les prochains schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale devraient s'appuyer sur " les besoins de santé de la population tels qu'ils s'expriment dans les bassins de vie ", ce qui doit conduire à définir des espaces géographiques pertinents.

Cette étude est une contribution à ces réflexions. Elle prolonge les travaux consacrés à la géographie de la santé au CREDES. Des préoccupations du même ordre seront aussi abordées au colloque organisé par le CREDES " géographie et socio-économie de la santé " dont le thème sera 'allocation de ressources et géographie des soins'.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

CREDES
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/01
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-Mail : document@credes.fr

Directeur de la publication :
Dominique Polton

Secrétaire de rédaction :
Nathalie Meunier

Secrétaire :
Franck-Séverin Clérembault

ISSN : en cours

Diffusion par abonnement : 450 F par an
Environ 15 numéros par an

Prix : 30 F

Une typologie des paysages socio-sanitaires en France

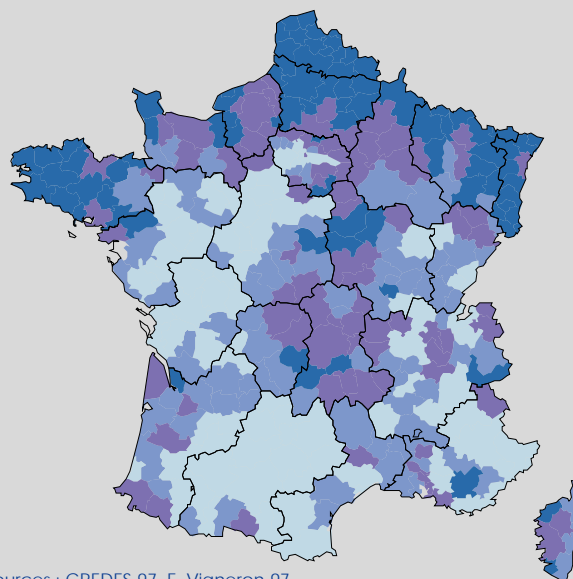
Véronique Lucas-Gabrielli (CREDES), François Tonnellier (CREDES),
Emmanuel Vigneron (Université de Montpellier III, Géos)

Les inégalités entre régions ou départements sont bien connues, tant pour l'espérance de vie que pour l'offre de soins, avec l'opposition Nord-Sud classique qu'elles dessinent.

Que peut-on dire de ces inégalités spatiales lorsque l'on descend à une échelle plus fine ? Peut-on dresser une carte des comportements locaux, et mettre en évidence une autre structuration de l'espace ? Est-il possible de résumer la diversité des situations locales en quelques types essentiels, et de définir des « paysages socio-sanitaires », qui se caractérisent par une identité de composition sociale, d'état de santé, d'offre et de consommation de soins ?

C'est ce que nous avons cherché à faire en utilisant comme unités d'observation les zones d'emploi.

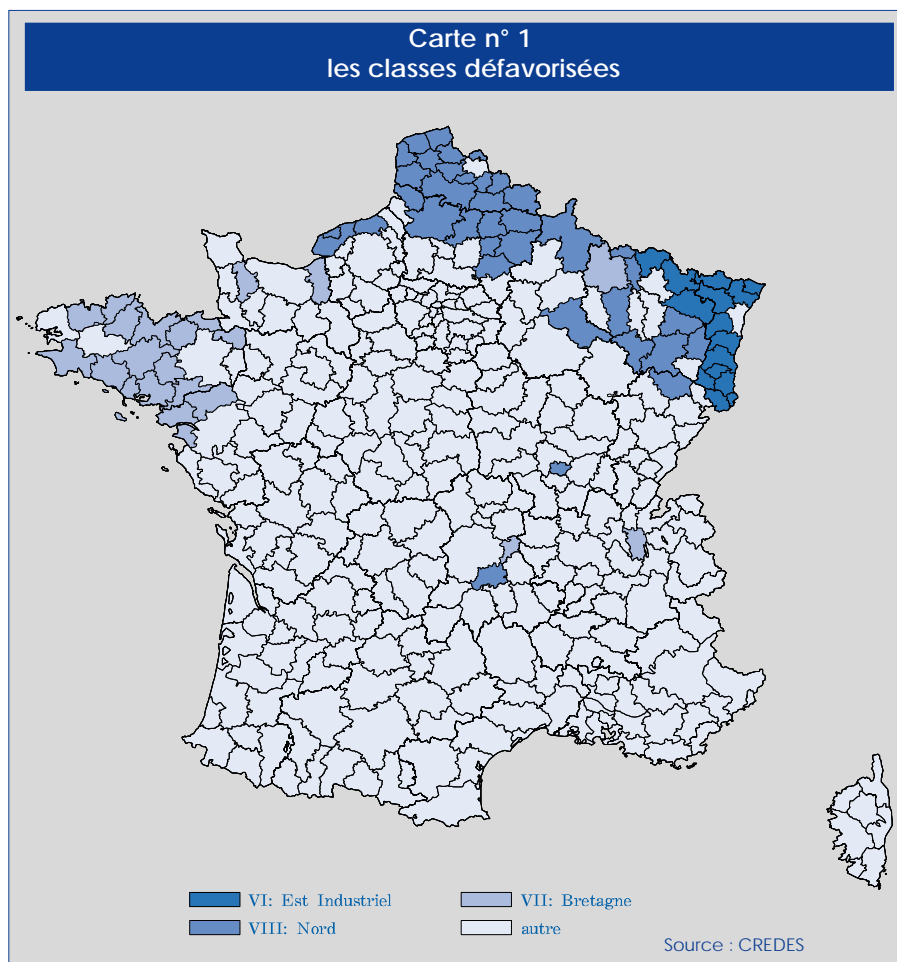
Indice comparatif de mortalité par zone d'emploi en 1990



Les zones d'emploi, créées par l'Insee en 1984, sont basées sur les déplacements domicile/travail. Elles sont au nombre de 348.

Sources : CREDES-97, E. Vigneron-97

Nous avons analysé la situation de chaque zone d'emploi du point de vue de ses caractéristiques démographiques, économiques (composition socio-professionnelle, taux de chômage), d'état de santé (indice comparatif de mortalité, voir définition) ainsi que d'offre et de consommation de soins. De cette analyse, on a pu dégager une typologie en 12 classes. La contiguïté spatiale des différents types obtenus montre qu'il existe des comportements locaux, des caractéristiques régionales qui se superposent et dépassent les frontières administratives. Nous n'allons pas procéder à une énumération détaillée de toutes les classes mais insister sur les classes que l'on peut qualifier de 'favorisées' ou 'défavorisées'. Cela permet de voir comment est formée l'opposition Nord/Sud, non plus à partir des contours classiques, mais à partir de spécificités locales de composition sociale, d'offre de soins, ou de mortalité. De cette façon des modèles locaux desincent avec leurs particularités des paysages.



2

Les pôles urbains : de bons indicateurs d'offre de soins et d'espérance de vie

Les trois premières classes regroupent les types urbains. Ils comprennent Paris intra-muros, une grande partie des capitales de régions, les banlieues des pôles (principalement la banlieue de Paris). Ces classes « urbaines » (I à IV) comptent 41 % de la population pour 12,8 % de la surface totale. Les indices comparatifs de mortalité sont bons (87 dans la classe I, 98 dans la classe II, 95 dans la classe III pour une moyenne de 100 pour la France). Le niveau d'équipement en lits ou en personnel notamment en spécialistes est très fort pour Paris et les pôles régionaux. En revanche, le type 'banlieue' est caractérisé par de faibles densités de spécialistes mais aussi de généralistes qui sont pourtant les soins de premier recours.

Pour ces trois types, l'évolution de l'emploi comme le taux de chômage sont plutôt favorables. Le type 'banlieue' est en croissance démographique importante.

Une classe intermédiaire peut être jointe à ce groupe. Elle est constituée de villes moyennes industrielles (Bourges, Chalon-sur-Saône). Mais la mortalité y est elle aussi dans la moyenne française : l'environnement industriel n'entraîne pas une surmortalité.

Les classes défavorisées : de la Bretagne à l'Alsace

Les trois classes suivantes peuvent être qualifiées de 'défavorisées' pour les indicateurs de santé en raison du niveau élevé de la mortalité. Ces classes, qui comptent 18 % de la population, se caractérisent également par une offre de soins inférieure à la moyenne. En revanche, elles se différencient entre elles par leur composition socio-économique. La concentration au Nord de ces types est l'élément géographique le plus marquant : le traditionnel déséquilibre Nord/Sud ou croissant de surmortalité qui va de la Bretagne à l'Alsace est très marqué.

L'intérêt de la classification est de rappeler que cette surmortalité septentrionale est constituée de contextes distincts (carte n° 1) :

- L'Est Industriel (VI, 3,3 % de la population) est la classe la plus industrielle, le taux de chômage global y est inférieur à la moyenne (5,3 % contre 9,7 %) mais celui des jeunes est très élevé.
- Le type 'Nord' (VIII, 10,3 % de la population), lui aussi industriel, regroupe également la Lorraine et les vieux foyers industriels. Ce type a un taux de chômage en progression plus important que la moyenne. Les indicateurs de précarité sont fréquents. Tous ces éléments, joints au fait que la population a diminué entre 1982 et 1990, montrent que cette classe est représentative de la crise de l'industrie.
- Le type Bretagne (classe VII, 4,4 % de la population) est lui, en revanche, fortement agricole, mais avec une activité en déclin dans ce secteur.

Les indices comparatifs de mortalité sont de 116 pour le type Nord et le type Bretagne et 120 pour l'Est industriel.

Le Sud favorisé

Les deux classes suivantes représentent des classes favorisées (classes IX et X, carte n°2). Elles sont concentrées au Sud et au Sud-Ouest de la France à l'inverse du groupe précédent. Ce dernier groupe recouvre donc une opposition traditionnelle entre les moitiés Nord-Est et Sud-Ouest de la France (schématiquement la ligne Saint Malo/Genève).

Les classes 'Provence' et 'Sud-Ouest' (7,7 % et 10,4 % de la population) peuvent être considérées comme favorisées, en raison des fortes densités de généralistes ou de spécialistes et de faibles indicateurs de mortalité (93 et 96 respectivement). Le type Provence est aussi caractérisé par une évolution favorable de l'emploi de 1982 à 1990 et une forte croissance démographique. Ici aussi, l'in-

térêt de la classification est de montrer que l'opposition Nord/Sud ne peut pas être expliquée par un schéma simpliste et global.

Les zones rurales : accès aux soins et aménagement de l'espace.

Les deux dernières classes 'Pôles ruraux' et 'Rural isolé' représentent 9 % de la population pour 25,8 % du territoire. On reconnaît ici la France des basses densités de population (carte n° 3). Il faut souligner que les indicateurs comparatifs de mortalité sont exactement dans la moyenne (99 et 100). Mais ces types montrent que les zones rurales ont des besoins particuliers notamment en raison de leur éloignement et du pourcentage important de personnes âgées. Ceci est particulièrement vrai pour la classe XII (rural éloigné). Ici encore la typologie met l'accent sur une question majeure de l'aménagement du territoire en le reliant aux indicateurs de santé.

Matériel et méthodes

Les données

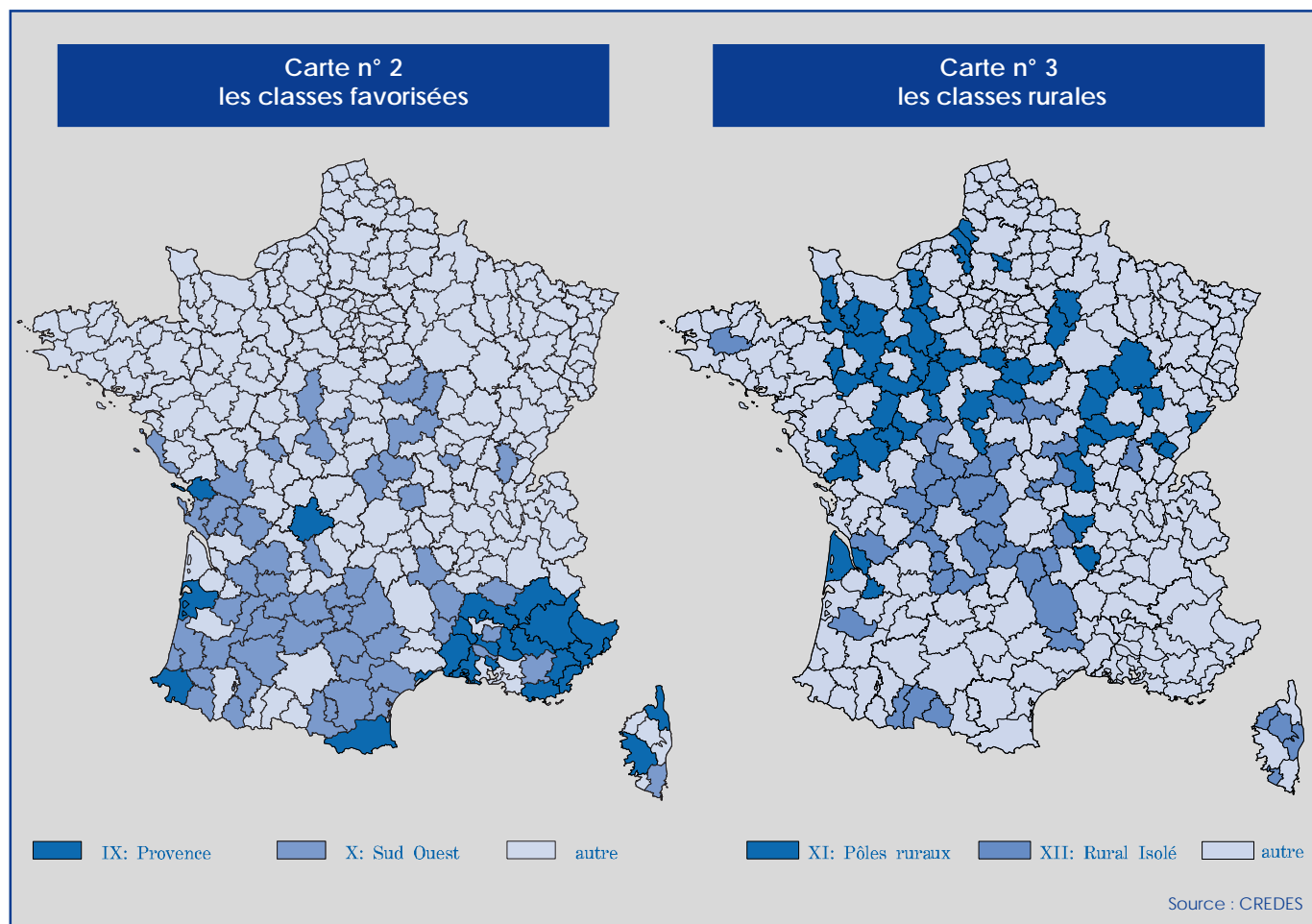
Les données concernent l'offre de soins libérale et hospitalière, la consommation de soins de généraliste par personne, la composition sociale (Pcs, âge, diplômes, branches d'activité), la mortalité et l'emploi. Sources : Ministère de la santé, CNAMTS, INSEE, INSERM, et CREDES.

Méthodes

La recherche des associations entre structures sociales, emploi et santé a été réalisée en utilisant les méthodes d'analyse multidimensionnelle que sont l'analyse en composantes principales (ACP) et la classification ascendante hiérarchique (CAH).

Définition

Indice comparatif de mortalité : cet indice est une mesure de la surmortalité ou de la sous-mortalité d'une zone géographique indépendamment de la structure par âge (un indice 110 veut dire que la mortalité est supérieure de 10 % à la moyenne française).



Réseau urbain, centre et périphérie

Le premier mérite de cette classification est de souligner que la partition du territoire est fondée d'abord sur les hiérarchies urbaines qui sont aussi des hiérarchies sanitaires et sociales : Paris, banlieues des métropoles, pôles secondaires, pôles ruraux. Cette classification part du centre pour aboutir à la périphérie : à partir d'un premier pôle (Paris) sont distingués les pôles régionaux (classe II), les banlieues (classe III) puis les pôles secondaires (classe IV), jusqu'aux classes rurales avec des pôles ruraux (classe XI) qui sont distincts du rural éloigné (classe XII).

Certaines classes sont favorisées au regard des indicateurs de santé. Il faut souligner la diversité des situations des types 'favorisés' au regard des indicateurs d'offre. Les types banlieue et pôles secondaires ont en ce domaine des valeurs faibles mais des valeurs moyennes pour l'espérance de vie. Les types Provence et Sud-Ouest ont en revanche des indicateurs d'offre supérieurs à la moyenne et de très bonnes valeurs de l'espérance de vie : les inégalités d'offre et d'état de santé ne se recouvrent pas. On peut seulement noter que si les classes défavorisées cumulent les inégalités, la classe Provence (IX) cumule les avantages aussi bien en terme de santé qu'en terme de croissance de l'emploi et de la population.

Ceci permet de mettre en évidence des paysages socio-sanitaires qui devraient être étudiés localement de façon plus approfondie. Il serait exagéré de parler de 'fracture spatiale' mais notre typologie montre qu'il peut exister une conjonction de facteurs associant crise économique et indicateurs de santé, ce qui doit être pris en compte au plan de la Santé publique.

Santé, environnement : une relation complexe

Ces données démontrent qu'il n'y a pas de causalité simple entre indicateurs de santé, offre et consommation de soins, environnement social. Il serait d'ailleurs illusoire de vouloir interpréter ces données comme une évaluation du système de santé, ou une forme de 'résultat'. Tout au plus, on peut noter que dans l'espace, il y a toujours pour certaines zones une «conjonction de facteurs», qui sont associés à une surmortalité.

Par exemple, il y a une corrélation inverse entre offre et besoins pour les spécialistes libéraux comme pour les lits d'hospitalisation en prenant comme indicateur de besoins le pourcentage de personnes âgées. Pour les spécialistes il y a encore une relation inverse entre offre et besoins, en mesurant les besoins cette fois-ci par l'indice comparatif de mortalité, indicateur de surmortalité donc de surmorbidity à âge égal. Même si une corrélation ne signifie pas nécessairement causalité, ces données conduisent à s'interroger sur l'adéquation de l'offre aux besoins.

Les associations trouvées dans l'espace sont significatives. L'homogénéité et la

contiguïté des classes obtenues montrent que l'on arrive à identifier des comportements locaux (paysages socio-sanitaires) qui témoignent probablement de comportements, de modes de vie ou d'attitudes culturelles distinctes. Ces facteurs peuvent être considérés comme marqueurs des besoins de santé, même si on ne connaît pas précisément les déterminants de santé.

* * *

En définitive, et il s'agit là d'une information importante au moment où les conférences régionales de santé traitent des inégalités intra régionales, les résultats montrent que très peu de régions sont homogènes ; seules l'Alsace et le Nord restent à peu près dans ce cas, à l'exception des métropoles régionales. Aucun type ne reste complètement cantonné à l'intérieur d'une région sauf Paris. Ceci souligne la nécessité de réfléchir à une allocation de ressources infra régionale, alors que les allocations sont seulement envisagées au niveau régional.

De ce point de vue, les zones d'emploi fondées sur les relations domicile/travail peuvent être considérées comme des bassins de vie et servir de base à la reconnaissance de véritables bassins de santé, c'est-à-dire des espaces géographiques pertinents pour la décision.

Pour en savoir plus

- Une typologie des paysages socio-sanitaires en France, V. Lucas-Gabrielli, F. Tonnellier, E. Vigneron, CREDES, Avril 1998, n° 1220, Prix : 140 F.
- Actualité et dossier en Santé Publique, « Santé, société, inégalités géographiques en France », dossier « Géographie de la Santé », E. Vigneron, 1997, p. 19, 12-14.
- Colloque « Allocation de ressources et géographie des soins », CREDES, Avril 1998, Actes à paraître.
- Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités, V. Lucas-Gabrielli, F. Tonnellier, Données Sociales, INSEE, 1996.
- Géographie de la Santé en France, F. Tonnellier, E. Vigneron, Paris, P.U.F, Que Sais-Je, à paraître, Septembre 1998.