

Les territoires inégaux face à la santé : une forme méconnue de discrimination

RÉSUMÉ > Longtemps, on a gommé les inégalités géographiques face à la santé, seules les inégalités sociales étaient considérées. En réalité, les deux sont liées. Alors qu'en France les inégalités territoriales ne reculent pas, des solutions ciblées peuvent réduire ces différences géographiques et résoudre le dilemme entre, d'un côté, concentration et qualité des soins, de l'autre, proximité et accès égal pour tous.



TEXTE > **SANDRINE HAAS** et **EMMANUEL VIGNERON**

La compréhension et la lutte contre les inégalités de santé commande l'adoption de trois partis pris.

Le premier parti pris est celui de l'histoire, avec une mise en perspective historique des inégalités territoriales de santé qui permet non seulement d'en mesurer l'ancienneté et la persistance, mais aussi d'expliquer ce qui en a limité la prise en compte aussi bien par les scientifiques que par les politiques. Cette lecture historique montre que si les contextes institutionnel et politique ont longtemps fait obstacle à la lutte contre les inégalités territoriales de santé, les conditions sont aujourd'hui réunies pour que ce sujet prenne toute sa place dans les priorités des politiques publiques.

Le second parti pris est celui de l'observation. Il n'est pas nécessaire d'être exhaustif tant les exemples abondent et se recourent. Mais il est important de mettre en exergue les grands « faits stylisés » des transformations actuelles du paysage socio-sanitaire de la France. Il suffit donc d'observer un choix ciblé de cartes thématiques, représentatives des travaux les plus avancés récemment publiés sur le sujet.

Le troisième parti pris enfin est celui de l'action. Tout d'abord, pour agir il faut comprendre. Il faut donc proposer, au-delà des constats, un cadre d'interprétation des inégalités territoriales de santé. Nous retiendrons trois grandes familles de facteurs explicatifs : les déterminants

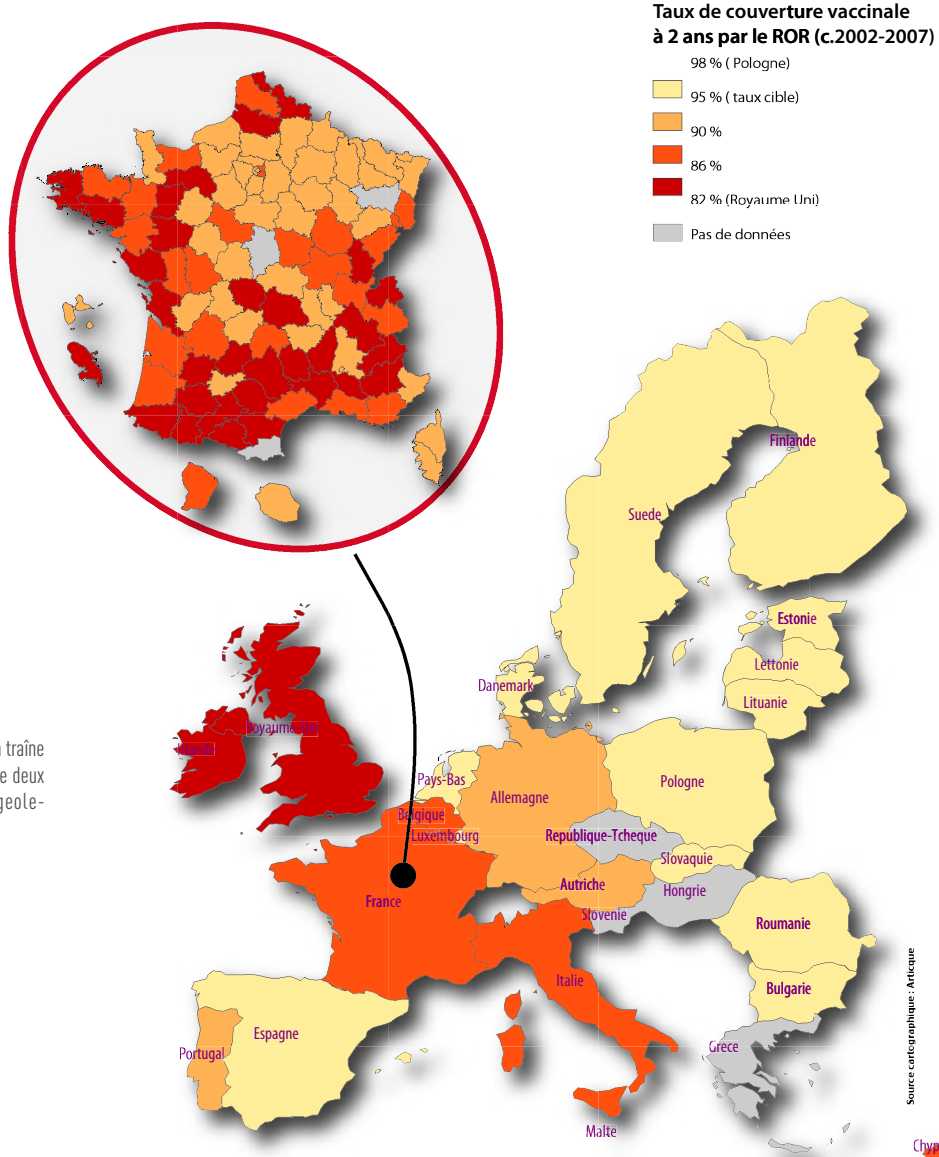
SANDRINE HAAS est directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires. Sandrine-Haas@nft.fr

EMMANUEL VIGNERON est professeur d'Aménagement du Territoire, université de Montpellier. Emmanuel-Vigneron@nft.fr





Le "retard français"



Sources : DREES, 2010, Certificats de santé du 24e mois

© NFI 2010

sociaux, prophylactiques et géographiques. Par ailleurs, pour agir il faut aussi trouver les leviers d'action, les bons points d'ancrage, les bonnes pratiques de gestion.

Des inégalités niées au nom de la République

L'analyse de la littérature sur les inégalités de santé montre de quelle manière la République, et le dépassement de l'ordre ancien qu'elle a incarné, a favorisé en France le développement des travaux sur les inégalités sociales de santé : dès le début du 19^e siècle s'est affirmée l'idée selon laquelle la mortalité n'était pas le fait de Dieu mais bien celui des conditions de vie. L'état de santé des populations admet donc bel et bien des déterminants sociaux, qui, avec les progrès d'enregistrement de l'état civil et des données de population, feront l'objet d'analyses de plus en plus systématiques au cours du 20^e siècle.

Mais en même temps qu'elle a permis de lutter contre la conception de l'ordre ancien de la mortalité et de la santé et ainsi reconnu les déterminants sociaux de la santé, l'approche républicaine des inégalités de santé en a estompé les dimensions géographiques. La conception jacobine de la République, qui considère la Nation comme une et indivisible, nie, et ce faisant renforce parfois, l'existence de ces aspérités territoriales, qui représentent autant d'obstacles à sa cohésion. Elle s'est dotée d'une administration centralisée, qui marquera la gestion des politiques publiques en France jusque dans les années 1980.

Nécessité d'une approche territoriale

Dans ce contexte, les travaux sur l'approche territoriale des inégalités de santé ont connu un développement plus discontinu et moins affirmé que ceux consacrés aux inégalités sociales de santé.

Il faut refuser le débat stérile et académique qui, trop souvent, oppose les inégalités sociales et territoriales de santé. De la même manière que les inégalités territoriales de santé ont été politiquement occultées par la volonté unificatrice de la République, les inégalités sociales de santé, quoique mieux décrites, sont loin d'avoir eu l'attention qu'elles méritent, car leur reconnaissance est politiquement dérangeante : elles mettent en cause le mythe de l'égalité des chances qui fonde le modèle capitaliste libéral, et les politiques de réduction des inégalités sociales

appellent à refonder les rapports sociaux de production.

Il serait au contraire utile que les solides connaissances acquises sur les déterminants sociaux de la santé soient abondées par une approche plus territoriale de la question. Le mouvement engagé de décentralisation des politiques publiques, et, en matière de santé, la place qui est accordée aujourd'hui aux territoires et aux besoins de santé, le développement d'outils de gestion de ces politiques décentralisées, les préoccupations grandissantes des élus sur ce thème, sont autant de tendances qui rendent opportun et nécessaire le développement des travaux sur l'approche territoriale des inégalités de santé.

En France aujourd'hui, des signaux d'alerte

Bien entendu, la France n'est pas le Niger, ni même l'Algérie ou la Russie, et les différences de deux ans d'espérance de vie entre les départements du Nord et le reste du pays ne doivent pas masquer les différences de plus de dix ans avec ces nations presque voisines. De même, les quatre années qui, en 1990, séparent les départements où les femmes vivent le plus longtemps des départements moins bien lotis n'ont rien de comparable aux quinze années d'écart d'espérance de vie entre ces mêmes extrêmes au début du 20^e siècle.

Et pourtant, les inégalités territoriales de santé ont cessé de reculer en France depuis la fin des années 1990. Cet arrêt du progrès doit alerter. Derrière l'amélioration du taux de mortalité prématurée en France, les écarts se creusent à l'échelle cantonale. La grande majorité (85 %) des cantons qui étaient en surmortalité au début des années 90 le reste dix ans plus tard, et près de 60 % d'entre eux voient même les écarts se creuser : les progrès enregistrés en matière de mortalité prématurée ne touchent donc pas tous les cantons.

On constate également une dégradation de la situation d'un grand nombre de cantons qui bénéficiaient dix ans plus tôt d'un taux de mortalité prématurée inférieure à la moyenne, soit parce que leur situation est moins favorable qu'elle ne l'était (36 %), soit parce qu'elle devient défavorable, offrant en fin de période des taux de mortalité prématurée supérieurs à la moyenne (23 %). C'est l'évolution de la mortalité dans la région PACA ou encore le Languedoc-Roussillon, qui illustre le mieux cette sourde détérioration de l'état de santé qui frappe de nombreux cantons.

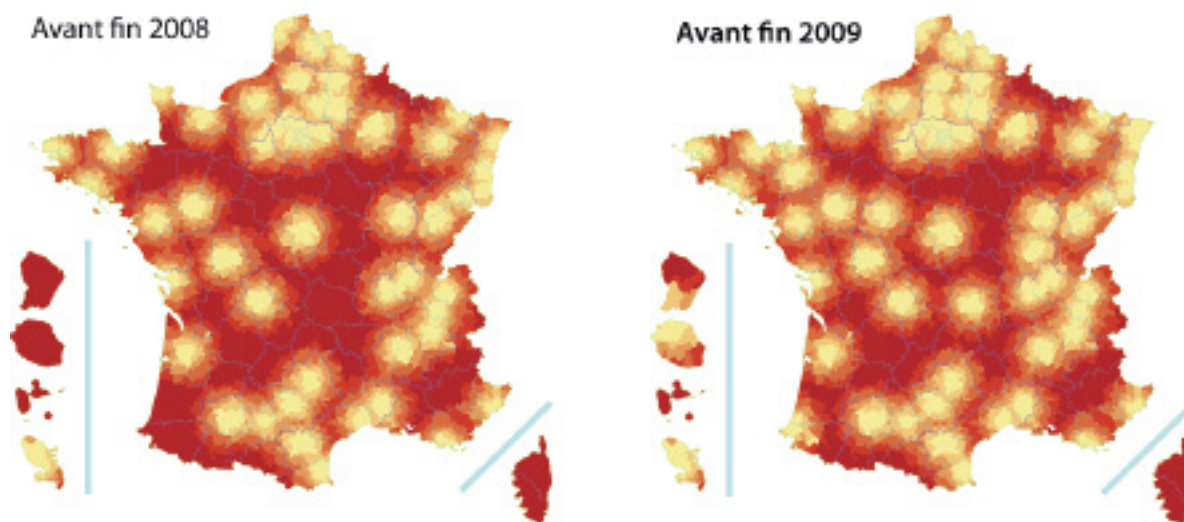
Dès le début du 19^e siècle s'est affirmée l'idée selon laquelle la mortalité n'était pas le fait de Dieu, mais bien celui des conditions de vie.

Les inégalités territoriales de santé ont cessé de reculer en France depuis la fin des années 1990.

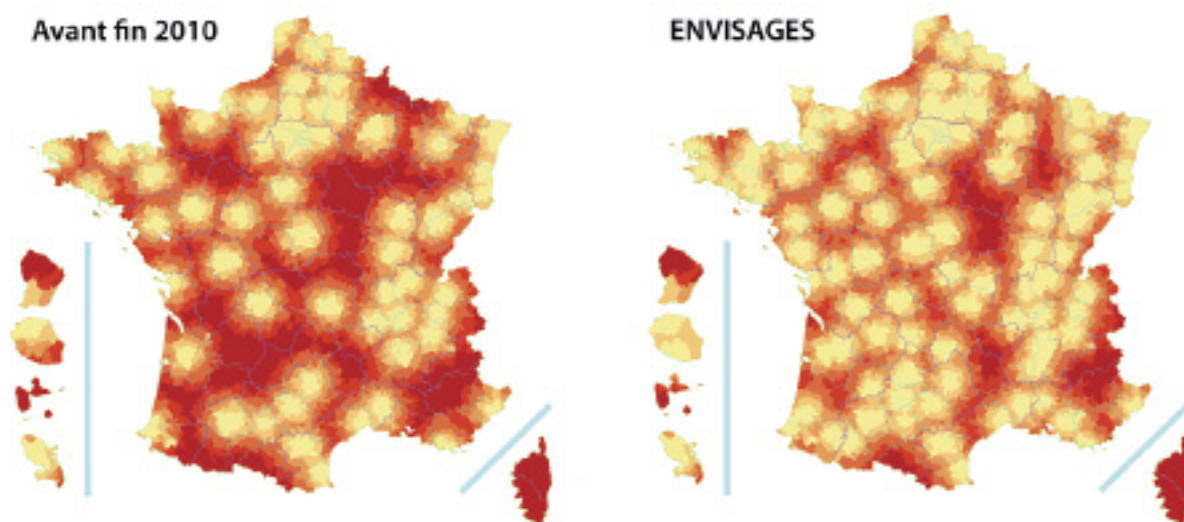




Accessibilité aux unités neuro-vasculaires pour les accidents vasculaires cérébraux



Le temps mis pour accéder aux unités AVC selon les territoires: de 0 minutes (en jaune clair) à 60 minutes (en rouge), et l'amélioration de ce délai ces dernières années.



© Emmanuel Vigneron - fév.2010

Temps d'accès

0 10 20 30 45 60'

Trois constats alarmants

La géographie des inégalités de santé pourrait être décrite à l'infini, puisqu'elle change selon les pathologies observées. Les plus récentes études mettent en évidence trois faits stylisés, caractérisant la géographie des inégalités de santé en France :

- le poids persistant du fait régional, traduisant l'influence des modes de vie et de consommation, comme on peut le supposer dans de très nombreux cas, ainsi, par exemple, pour le cancer de l'œsophage ; ou l'influence du climat, très probablement en première ligne explicative des différences géographiques de la prévalence de l'asthme ;

- la convergence des situations des grandes villes, certainement liée à leur dynamisme démographique et économique et à l'homogénéisation relative des modes vies qu'elles abritent ;

- corrélativement la situation fragile des périphéries et marges départementales, clairement illustrées en Île-de-France, et plus généralement dans l'observation de différences significatives de mortalité prématurée entre les cantons proches et éloignés des villes préfectorales de leur département.

Cette géographie des inégalités de santé doit être mise en relation avec différents facteurs tels que le dynamisme démographique, la desserte médicale, ou encore le niveau de vie. La France n'est décidément pas la même ici et là : les problèmes de santé n'ont pas partout la même ampleur, ne sont pas de même nature, n'admettent pas les mêmes déterminants sur tous les territoires. La portée de l'approche territoriale est bien de discerner ces territoires et de cibler l'action des politiques publiques sur les leviers les plus pertinents.

Pour des actions locales ciblées

Refusant d'opposer inégalités sociales et inégalités territoriales de santé, il faut analyser les relations étroites de l'une à l'autre. L'existence de liens entre l'état de santé et la position sociale des individus est aujourd'hui bien établie. Il convient d'insister sur les conséquences géographiques de ce constat.

D'une part, les inégalités sociales de santé laissent leur empreinte territoriale par un simple effet dit « de composition » de la population résidant sur les territoires. En effet, si tous les territoires accueillait dans les mêmes

proportions les différentes catégories socio-économiques d'habitants, les inégalités sociales de santé resteraient invisibles sur le territoire. Mais ce n'est pas le cas. Différentes études du paysage socio-économique de la France illustrent les phénomènes de différenciation spatiale, ou, disons-le, de ségrégation spatiale, théoriquement analysée autour de trois mouvements : la « gentrification » dans les centres-villes, la « périurbanisation », et la « relégation » dans les proches banlieues. Dans ce contexte, gradient social de santé et gradient territorial s'épousent. Sur les territoires où se concentrent les difficultés sociales se concentrent aussi les besoins de santé.

Il faut en outre souligner la nature potentiellement cumulative des difficultés sociales et de santé : les études réalisées sur les Zones urbaines sensibles montrent que lorsqu'il y a une forte concentration de populations vulnérables sur des territoires peu ouverts, où les populations sont peu mobiles, et installées depuis longtemps, il peut y avoir une amplification des relations négatives entre situation sociale et état de santé. Ainsi, pour une même catégorie sociale et économique, l'état de santé diffère selon qu'elle vit dans un territoire ou dans un autre. C'est ce que l'on nomme l'effet de contexte.

Des leviers pour agir localement

Les inégalités territoriales de santé sont en partie déterminées par les inégalités sociales, mais ne se résument pas à elles. Le territoire compte parce que le territoire joue. En termes d'action publique, cela permet d'agir sur les inégalités de santé sans attendre l'avènement improbable d'un nouvel ordre économique des rapports sociaux de production. Les politiques de croissance, d'emploi, de répartition et de salaires sont évidemment des instruments essentiels de lutte contre les inégalités de santé, mais ce ne sont pas les seuls, et d'autres leviers doivent aujourd'hui être mobilisés, localement, sur les territoires les plus vulnérables.

Les recommandations s'inscrivent sur trois axes, qui visent ensemble à outiller l'action locale, par le développement d'instances de gouvernance décloisonnées, l'élaboration d'outils d'observation et la diffusion de pratiques d'évaluation, l'incitation et la mobilisation des acteurs et de la population locale dans des actions bien ciblées et durables.

On constate un poids persistant du fait régional. Il traduit l'influence des modes de vie et de consommation ou bien celle du climat.

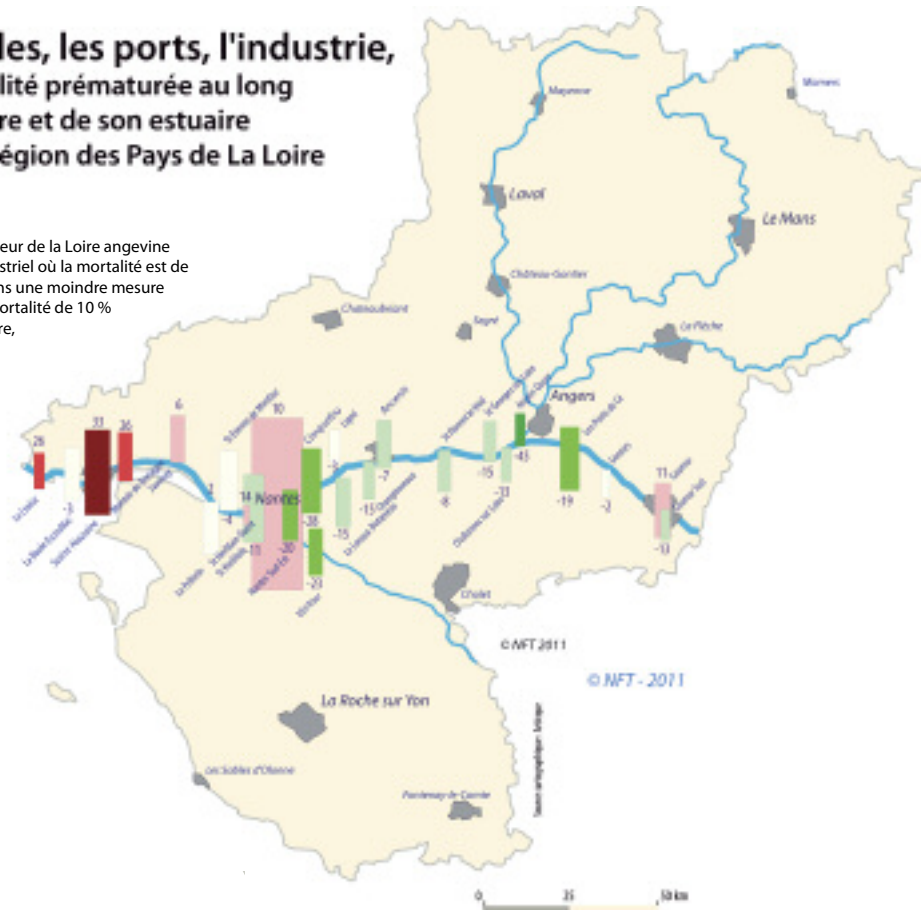
La géographie des inégalités de santé doit être mise en relation avec des facteurs comme le dynamisme démographique, la desserte médicale ou le niveau de vie.





Les villes, les ports, l'industrie, la mortalité prématurée au long de la Loire et de son estuaire dans la région des Pays de La Loire

Que de contrastes entre la fameuse douceur de la Loire angevine et la situation des villes de l'estuaire industriel où la mortalité est de 25 à 30 % supérieure à la moyenne et dans une moindre mesure des villes Nantes, Saumur, avec une surmortalité de 10 % mais aussi Angers, qui n'est pas sur la Loire, et dont la surmortalité atteint 6 %



La Loire est une rivière traversant un pays favorable à son cours Jean de la Fontaine

Indices Comparatifs de Mortalité prématurée pour la période 2005-2009 (base 100 = France)

La surface des barres est proportionnelle à la population des communes. La couleur des barres correspond à la surmortalité (en rouge) ou à la sous-mortalité (en vert). L'écart de mortalité est indiqué en % par rapport à la moyenne nationale en dessous (sous-mortalité) ou au-dessus (sur-mortalité) de chaque barre. Source des données : IINSEE Etat-Civil et INSEE RP 07
Calculs et mise en forme : NFT 2011

Emmanuel-Vigneron@nft.fr

Quelques indicateurs de contexte

Canton	Revenus*	Chomage**	Forme d'emploi***	Logement****	Médecins spécialistes
Le Croisic	18 382	13	16	8	13
La Baule-Escoublac	21 360	11	14	5	14
Saint-Nazaire	16 458	15	20	25	15
Montoir-de-Bretagne	16 177	12	18	14	8
Savenay	17 470	8	14	6	8
Le Pellerin	17 533	7	13	5	11
Saint-Etienne-de-Montluc	18 841	6	12	10	8
Saint-Herblain-Ouest	18 074	9	13	12	11
Saint-Herblain	17 752	11	13	24	14
Nantes	18 158	14	21	21	16
Nantes Sud-Est	19 854	8	12	8	11
Carquefou	21 118	7	11	8	10
Vertou-Vignoble	20 719	6	10	3	9
Ligné	17 764	7	13	1	6
Le Loroux-Bottereau	17 713	6	15	4	8
Champtoceaux	16 254	6	16	6	6
Ancenis	17 155	7	16	11	8
Saint-Florent-le-Vieil	15 369	7	17	12	10
Saint-Georges-sur-Loire	17 585	6	14	8	13
Chalennes-sur-Loire	16 526	8	16	10	11
Angers-Ouest	21 489	7	12	10	8
Les Ponts-de-Cé	19 110	8	14	13	12
Gennez	15 912	10	18	9	10
Saumur	15 647	14	21	22	15
Saumur-Sud	16 727	9	20	7	8

* Moyenne pondérée cantonale du revenu médian par Unité de consommation en 2006 en euros
 ** Part des chômeurs de 15 à 64 ans dans la population active de 15-64 ans en 2006 en %
 *** Part des emplois précaires dans la population salariée de 15 ans et plus en %
 **** Part des résidences principales HLM louées vides dans le total des résidences principales en %
 Nb de médecins Spécialistes pour 10 000 habitants

Le long de la Loire, un important contraste pour la mortalité prématurée (survenant avant 65 ans) entre Angers et Saint-Nazaire où elle se situe à 30% au dessus de la moyenne.

Accès aux soins : les inégalités s'accroissent

L'accès aux soins primaires demande aujourd'hui toute l'attention des politiques publiques, car il présente de sérieuses failles, dont il est impératif de prévenir l'extension, qui laisserait décrocher la santé d'une grande partie de la population.

Il existe dans cette lutte trois principales difficultés. La première est relative à la répartition des professionnels de santé. Si les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'actuellement, leur répartition ne cesse d'approfondir les déséquilibres anciens entre le nord et le sud de la France, et plus récemment entre les littoraux et l'intérieur des terres, entre villes et campagnes, entre centres des agglomérations et périphéries, entre territoires peuplés et aisés et territoires ralentis et/ou défavorisés. Plus inquiétante encore, la forte similitude des comportements d'installation de l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et para-médicaux. Une analyse détaillée de la dynamique de la répartition des professionnels de santé montre la forte inertie de ces mouvements, notamment par le rôle que jouent la répartition et la taille relative des facultés de médecine, très développées, pour des raisons historiques dans le sud de la France.

Les recommandations en matière de démographie médicale doivent trouver une ligne d'équilibre entre incitation et coercition. Les premières nominations dans la spécialité de médecine générale, devraient être l'occasion de développer les postes dans les régions les plus affectées par le manque de professionnels de santé. Par ailleurs, le financement de maisons pluridisciplinaires de santé reste territorialement discriminant. Enfin, le conseil de l'ordre devrait être engagé par la loi dans l'organisation de la mission temporaire de service public de continuité territoriale de l'offre de médecine libérale.

Le recours aux urgences faute d'argent

La seconde difficulté de l'accès aux soins a trait à l'accessibilité économique, qui s'est détériorée ces dernières années avec un renoncement aux soins accru, et le développement du secteur 2 : marginal en 1987 (moins de la moitié des départements comptait une part du secteur 2 supérieur à 25 % de l'offre des médecins spécialistes), il est devenu dominant aujourd'hui (cette part est de 60 % des départements en 2007). Ces conditions détériorées d'accès aux soins de ville ont conduit, dans toutes les ré-

gions, à une explosion du recours aux urgences hospitalières. Elles expliquent aussi les différences locales des taux d'hospitalisations potentiellement évitables, celles dont on considère qu'elles auraient pu être évitées par une prise en charge précoce par la médecine de ville, et dont la fréquence sur un territoire est largement associée à la situation socio-économique et au niveau de formation des populations résidentes : c'est notamment ce qui a pu être observé en l'Île-de-France. Le développement de centres de santé et de soins, publics ou privés non lucratifs doit être sérieusement envisagé pour limiter ces difficultés d'accessibilité économiques aux soins primaires, dont on perçoit le coût social élevé.

Une prévention insuffisante

Il existe enfin une troisième difficulté, celle de la faiblesse de la prévention en France. Au-delà des discours et des engagements on ne peut qu'être surpris de la place marginale et constante, comme une sorte de minimum syndical indexé, que tient le poste de la prévention dans les dépenses de santé. Au surplus la plupart des politiques préventives ne parviennent pas à toucher l'ensemble des territoires car elles sont insuffisamment ciblées quand pour parvenir à égaliser les situations, elles devraient être territorialement différenciées. L'observation de la couverture vaccinale à 2 ans montre à la fois le retard de la France au regard de ses partenaires européens, et les écarts interdépartementaux marqués, atteignant près de dix points entre les départements les mieux et moins bien couverts.

De la même façon, la comparaison des taux de participation au dépistage des cancers du sein et colorectal en 2010 dans la Drôme et l'Ardèche montre les forts contrastes entre la plaine et les zones montagneuses pour le premier, tandis que s'agissant du cancer colorectal les écarts suivent moins les lignes de partage géographiques que les frontières administratives avec le département de la Drôme nettement mieux couvert que son voisin ardéchois.

S'organiser à l'échelle régionale

Au total, on doit souhaiter une santé publique réinvestie, qui mettrait notamment l'accent sur la médecine scolaire, et un redéploiement des contours de la santé publique, à travers une plus grande diffusion des métiers qu'elle couvre, un plus grand rayonnement des aires d'interventions des médecins au-delà de leurs établissements

Les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'aujourd'hui, mais leur répartition approfondit des déséquilibres anciens entre le nord et le sud de la France, le littoral et l'intérieur, les villes et les campagnes, les centres des agglomérations et les périphéries, les territoires aisés et les territoires défavorisés.

Faute d'argent, le renoncement aux soins s'est accru ces dernières années.





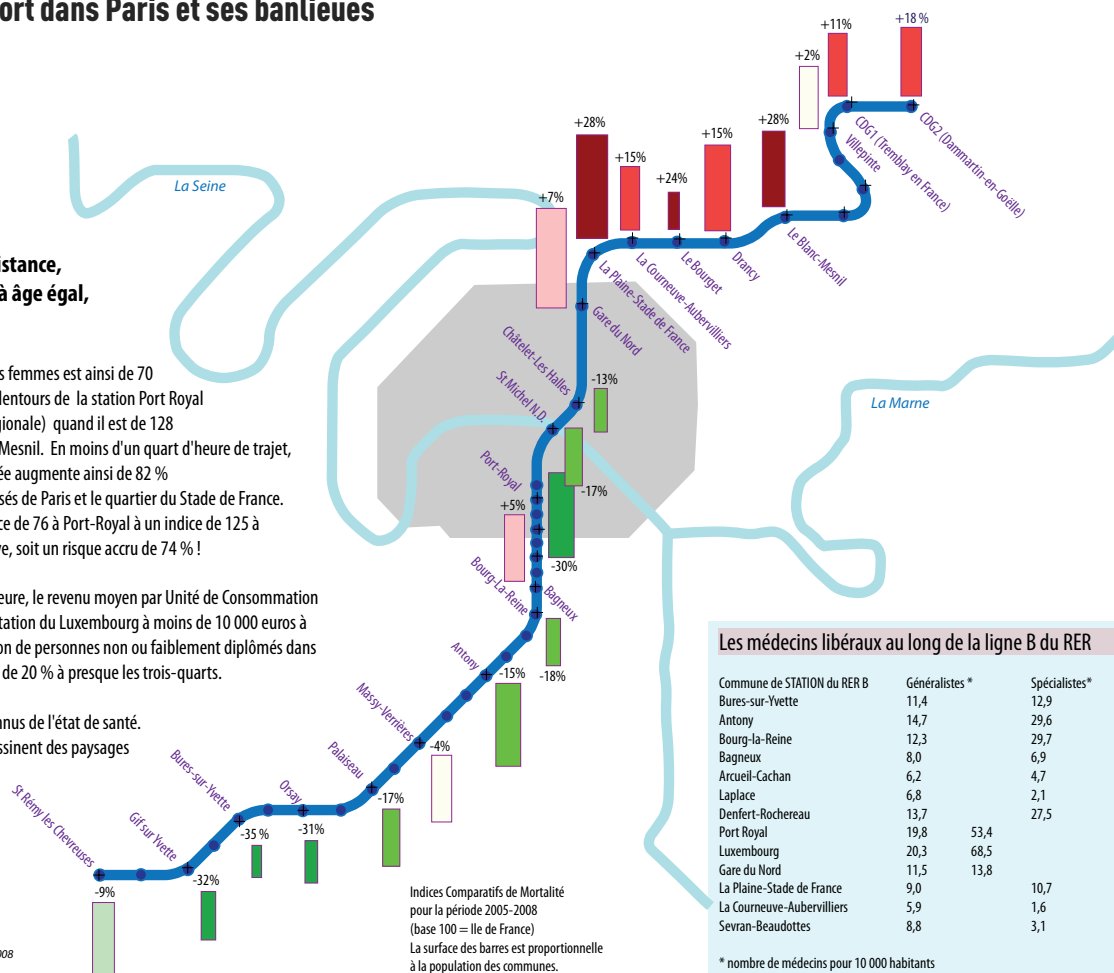
La ville, la vie, la mort dans Paris et ses banlieues au long du RER B

A quelques kilomètres de distance, le risque moyen de mourir, à âge égal, varie du simple au double.

L'indice Comparatif de mortalité des femmes est ainsi de 70 dans le VIème arrondissement aux alentours de la station Port Royal (-30 % par rapport à la moyenne régionale) quand il est de 128 à La Plaine Saint-Denis ou au Blanc-Mesnil. En moins d'un quart d'heure de trajet, le risque de mourir une année donnée augmente ainsi de 82 % entre les arrondissements les plus aisés de Paris et le quartier du Stade de France. Pour les hommes on passe d'un indice de 76 à Port-Royal à un indice de 125 à Saint-Denis et de 132 à La Courneuve, soit un risque accru de 74 % !

Dans le même temps d'un quart d'heure, le revenu moyen par Unité de Consommation passe de 37 000 euros autour de la station du Luxembourg à moins de 10 000 euros à La Courneuve tandis que la proportion de personnes non ou faiblement diplômés dans la population adulte passe de moins de 20 % à presque les trois-quarts.

Or, ce sont là des déterminants reconnus de l'état de santé. Par leur concentration même, ils dessinent des paysages socio-sanitaires tranchés que l'on ne soupçonne guère tandis que le RER B parcourt les 70 km de sa ligne.



Les médecins libéraux au long de la ligne B du RER

Commune de STATION du RER B	Généralistes *	Spécialistes*
Bures-sur-Yvette	11,4	12,9
Antony	14,7	29,6
Bourg-la-Reine	12,3	29,7
Bagneux	8,0	6,9
Arcueil-Cachan	6,2	4,7
Laplace	6,8	2,1
Denfert-Rochereau	13,7	27,5
Port Royal	19,8	53,4
Luxembourg	20,3	68,5
Gare du Nord	11,5	13,8
La Plaine-Stade de France	9,0	10,7
La Courneuve-Aubervilliers	5,9	1,6
Sevran-Beaudoctes	8,8	3,1

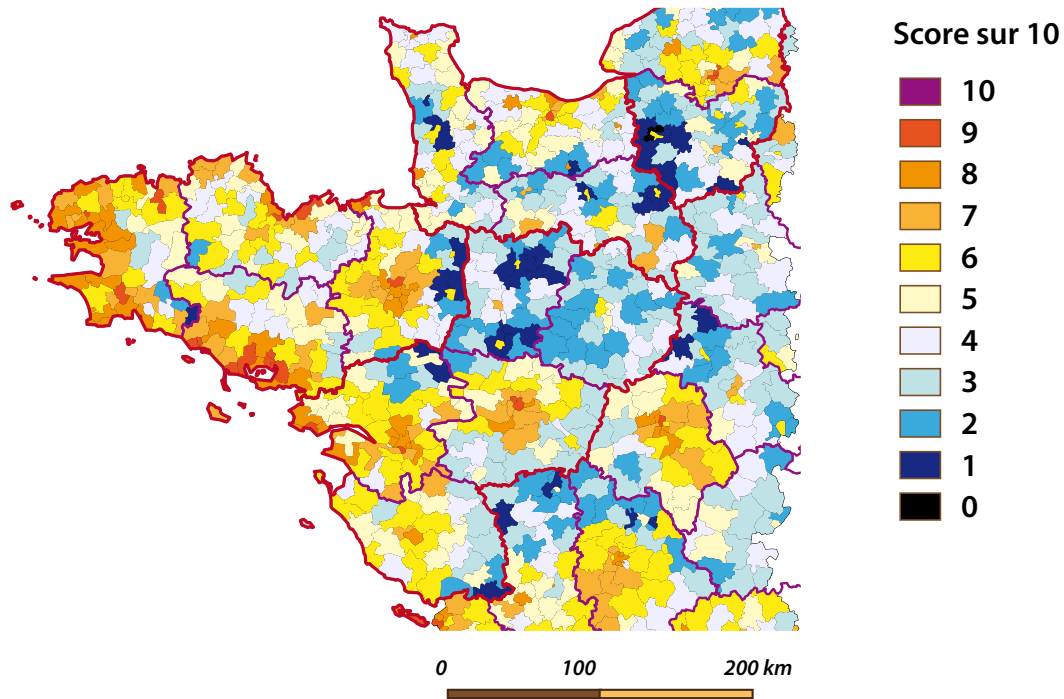
* nombre de médecins pour 10 000 habitants

Le long du RER B, écart impressionnant de la mortalité entre les banlieues nord et le centre et le sud-ouest de Paris.

© E.Vigneron/NFT 2010
Source des données : INSERM SC8 et INSEE-RP 2008
Calculs et mise en forme : NFT 2010

Les professions de santé dans les cantons de France

Métropoles médicales et déserts médicaux



Source des données - Fichier Adeli Min. de la Santé

Source cartographique : Articque

© NFT - 2010

Toute note est discutable. Elle l'est déjà beaucoup moins si l'on explicite ses critères de notation :

- Les effectifs de professionnels de santé présents dans un canton ont, bien sûr, été rapportés à la population.
- S'agissant des médecins spécialistes, aussi bien libéraux que salariés, il est naturel qu'ils ne soient pas présents dans tous les cantons. La note du canton est donc ici celle du Territoire de Santé auquel il appartient. Compte tenu de leur importance dans la médecine moderne, on les a notés sur 30. Les médecins généralistes libéraux sont le véritable pivot du système de soins. Ils prescrivent en outre des soins auprès des autres professionnels de santé. On les a notés sur 20. Compte tenu de la moins grande fréquence de leur consultation, pour les chirurgiens-dentistes, ou de leur subordination aux prescriptions médicales, pour les infirmiers libéraux ou les masseurs-kinésithérapeutes, on a noté ces professionnels sur 10. Enfin même si leur utilisation est libre mais du fait de leur importance, notamment pour les personnes âgées, on a intégré au score d'ensemble les pédicures-podologues en les notant sur 10. La note totale est donc obtenue sur 90. Elle est donnée ici en moyenne sur 10.

Les cantons de l'Ouest notés de 0 à 10 (du noir au violet) en fonction du nombre de professionnels de santé.



ou de leur cabinet, et enfin des moyens supplémentaires, notamment sur la recherche-action et la prévention médicalisée.

Progrès médical, concentration, qualité des soins : l'accessibilité géographique des soins ne s'improvise pas, mais elle peut s'organiser à l'échelle régionale.

Le lien entre distance et santé

La question proprement géographique des liens entre distance et santé est une question majeure à laquelle nous avons accordé une place centrale dans nos travaux. Loin des débats outranciers que l'on entend sur le thème, ces travaux ont permis de démontrer trois points essentiels :

– Le premier est que la concentration géographique de l'offre de soins, notamment de soins hospitaliers, est le prix à payer d'une plus grande qualité des soins : elle est à ce titre aussi inévitable qu'opportune.

– Le second est que l'éloignement des structures de soins en décourage ou en retarde l'accès. La concentration est donc un frein à l'accessibilité aux soins.

– Le troisième est que la contradiction qui semble résulter des deux premiers points n'est, dans la réalité, rencontrée que localement. Sur l'ensemble des restructurations qui ont eu lieu ces quinze dernières années, et les 121 opérations préconisées par le Conseil national de chirurgie, une trentaine seulement appellent à une réelle vigilance pour la population. C'est finalement peu, de sorte qu'il est possible que ces cas soient traités avec la plus grande attention, dans un débat ouvert entre les médecins, l'administration et les élus locaux, qui permettrait l'émergence de solutions appropriées, alternatives ou pas à la fermeture des services de chirurgie.

Qualité ou proximité : un dilemme

Il existe également diverses évolutions favorables, qui pourraient être saisies par un modèle de diffusion d'innovations susceptibles de limiter les problèmes qu'impose l'éloignement sur le recours aux soins hospitaliers. Ainsi, en est-il des équipements d'Irm, sur lesquels reposent aujourd'hui tant de diagnostics. De même en sera-t-il probablement de l'organisation des Unités neuro-vasculaires, telle qu'elle est envisagée dans le cadre du Plan Avc, et qui ne laisserait dans l'ombre qu'une dizaine de zones à risque pour lesquelles des solutions doivent être proposées. Enfin, l'hospitalisation à domicile, aujourd'hui

encore très inégalement répartie sur le territoire, constitue une opportunité insuffisamment développée. Toutes ces solutions font un large recours à la télémédecine qui n'est pas une fin en soi mais un moyen.

Finalement, s'il y a bien un dilemme entre qualité et concentration des soins, d'un côté, et accessibilité, de l'autre, les solutions existent, qui méritent d'être développées à l'échelle régionale, autour de trois axes : la graduation des soins et des filières et l'organisation des parcours de soins et de santé, incluant des solutions de transport ; la consolidation des clefs d'accès que sont justement les transports, l'hébergement ou la télémédecine ; et enfin le resserrement du maillage territorial, avec notamment l'incitation à l'émergence de projets territoriaux de santé, impliquant au-delà des médecins, les professionnels, les élus et les habitants. ■

La question des liens entre distance et santé est une question majeure.

Mais comment concilier la concentration géographique des soins, gage de qualité, et l'accès de ceux qui en sont éloignés ?

POUR ALLER PLUS LOIN

-Aïach P. *Les inégalités de santé* – Écrits, Economica, An-

thropos, Paris, 2010

-Haut Comité de la Santé Publique - *La Santé en France*, la Documentation Française, 2002.

-Kervasdoué J. et Picheral H. - *Santé et territoire Carnet de Santé de la France*, Dunod, 2004.

-Trugeon, Thomas, Michelot et Lémery - *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*, Masson-Fnors, 2010.

-Tonnellier F., Vigneron E. - *Géographie de la santé en France*, Puf, Que sais-je ?, 1999.

-Vigneron E., *Distance et Santé - La Question de la proximité des soins*, Puf, 2001.

-Vigneron E. et Haas S. - *Les Villes moyennes et la santé*, La Documentation Française, 2008.

-Vigneron E. et Haas S. - *Solidarités et Territoires*. Atlas Santé Autonomie. Paris Fepap/Le Moniteur, 2010.

-Vigneron E. - *Les Inégalités de la santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*, Elsevier Masson, 2011.

-Vigneron E. et Haas S. - *Les Clefs de l'accès aux soins. Inégalités sociales et territoriales*, Fehap, 2012.