

Zoé Vaillant,
Stéphane Rican,
Audrey Bochaton,
Gérard Salem⁽¹⁾
et Laurent El Ghazi,
Aude Salamon⁽²⁾

Coproduire des connaissances pour agir



L'accès à des données de santé fines, fiables, mobilisables et partagées par les différents acteurs impliqués est un des enjeux majeurs pour réduire les inégalités socioterritoriales de santé. La plate-forme « Géodépistage », élaborée en Île-de-France, est un outil opérationnel permettant de décroquer, coproduire et partager les connaissances et, ce faisant, aider à la décision et à l'évaluation des politiques publiques.

Comment lutter efficacement contre le creusement des inégalités socio-territoriales de santé ? Un des axes de réponses réside dans la production partagée de connaissances et dans la mise en place d'un dialogue entre les différents acteurs en présence, à une échelle adaptée. La plate-forme Géodépistage fournit un exemple réussi de coproduction, de partage de connaissances et de mobilisation d'acteurs habituellement séparés.

Affirmation du local comme échelon pertinent pour lutter contre les inégalités

Depuis les années 1980, de nombreux travaux soulignent l'aggravation constante des inégalités sociales de santé en France (MENVIELLE et al., 2007). Ces évolutions sont fortement corrélées à un processus de ségrégation socio-résidentielle⁽³⁾ qui tend à se durcir (GUILLUY, 2006) à différentes échelles – villes, quartiers, microquartiers pouvant être très proches – plus spécialement dans les grands centres métropolitains. L'Île-de-France est particulièrement concernée (RICAN et al., 2013). Parallèlement, le niveau local est désigné comme l'échelon d'intervention pertinent pour organiser l'action publique au plus près des besoins de la population sur un ensemble de déterminants relevant de politiques sectorielles distinctes (éducation, loisirs, culture, emploi, logement...). Or, en France, les villes n'ayant pas de compétences légales en santé, ne sont pas en capacité optimale de produire et de capitaliser la connaissance nécessaire pour élaborer des programmes

d'action, ni même d'accéder à une connaissance à des échelles suffisamment fines pour prendre en compte les spécificités de leurs territoires (GIROD DE L'AIN, 2005)⁽⁴⁾. Les acteurs et décideurs locaux ont donc besoin de données et de connaissances fiables, valides et adaptées aux singularités de leurs contextes locaux.

Décloisonnement des acteurs et mise en place de la plate-forme Géodépistage

Partant de ce constat, les géographes de la santé des universités Paris Ouest Nanterre (UPO) et Paris Est Créteil (UPEC) et l'association nationale Élus, Santé Publique & Territoires (ESPT) développent depuis 2007, avec les collectivités territoriales, une expertise à l'échelle infracommunale réalisée sous forme de diagnostics territoriaux de santé (VAILLANT et al., 2012). Depuis 2011, les deux partenaires ont mis en place en Île-de-France une plate-forme dite « Géodépistage » qui réunit de nombreux acteurs de la lutte contre le cancer et de la santé publique agissant à différents niveaux territoriaux, du local au régional. Cette plate-forme cadre la production, chaque année, sur une dizaine de villes, de

La plate-forme Géodépistage : des acteurs nombreux

Les membres de la plate-forme « Géodépistage » sont l'Institut national du cancer (INCa), l'assurance maladie (AM), les structures départementales de gestion du dépistage organisé du cancer du sein et colorectal (SG), l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF), l'Union régionale des professionnels de santé – Médecins Île-de-France (URPS), la Ligue contre le cancer, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Observatoire régional de santé, la direction générale de la santé, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Les décideurs locaux (incluant leurs équipes et les ASV) sont représentés par l'association ESPT. L'AM et les SG fournissent les données sur le dépistage.

(1) Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Lab. Mosaïques.

(2) Élus Santé publique et Territoires.

(3) Inégalités entre les espaces qui cumulent les avantages sociaux et sanitaires et ceux qui, au contraire, concentrent les difficultés.

(4) Toutefois, certaines villes par une volonté politique particulière, se sont engagées, parfois de très longue date en santé (Centres municipaux de Santé) et poursuivent leur engagement – d'autres débutent – notamment via la mise en place d'Ateliers Santé Ville et de Contrats locaux de santé.

diagnostics portant sur les déterminants des inégalités intra-urbaines d'accès aux dépistages des cancers du sein. Les étudiants du master « Géosanté⁽⁵⁾ » réalisent les diagnostics dans le cadre de leur formation. La démarche vise à coproduire et à partager la connaissance pour aider les élus, leurs collaborateurs et les acteurs de terrain, dans leurs décisions.

Des enseignements pour l'analyse des inégalités

En montrant les différentes composantes de l'effet de lieu à l'œuvre dans la constitution des inégalités locales de santé, l'approche géographique de l'accès au dépistage permet de cibler finement les zones en situation de « risque » et d'identifier pour les décideurs, les composantes de ce « risque » et donc de possibles segments sur lesquels faire porter leur action⁽⁶⁾.

Les résultats produits montrent comment les disparités locales ne sont pas uniquement le reflet des différences socio-économiques des habitants mais qu'elles s'ancrent dans l'agencement des territoires urbains. En effet, si l'épidémiologie (PORNET et al., 2010; CHAUVIN et al., 2009) souligne l'existence d'un gradient social associé à la participation au dépistage du cancer du sein⁽⁷⁾, ce lien n'apparaît pas aussi systématique quand on spatialise l'information à échelle fine. Ceci pose pleinement la question du contexte de résidence, de l'espace de vie. En effet, les travaux montrent, également, qu'à ces situations socio-économiques peuvent s'ajouter des situations d'enclavements multi-formes. Les éléments constitutifs de l'enclavement peuvent être physiques (par exemple, un quartier isolé du reste de la ville par des coupures fortes telles qu'une voie ferrée, une route nationale avec peu d'accès piétonniers) et/ou sociaux (par exemple, un quartier présentant peu de lien social, une faible dynamique associative, un vieillissement sur fond de niveaux socio-économiques défavorisés, etc.), liés à la faiblesse ou l'absence d'offres de soins de proximité (SQUIBAN et al. 2013). L'implication des acteurs locaux est aussi une des composantes de cet effet de lieu qui peut véritablement faire la différence entre deux quartiers en matière d'accès à la prévention. Par exemple, à niveau socio-économique également défavorable entre deux quartiers d'une même ville, celui où l'ASV (soutenu par l'élu à la Santé et la structure départementale de gestion du dépistage) aura mené un projet de « campagne affinitaire » (consistant à mobiliser des femmes habitantes du quartier dans un atelier visant à adapter les supports d'information officiels pour les rendre plus accessibles à leurs pairs), présentera des taux de participation, de loin supérieurs à celui qui n'en aura pas bénéficié (JANGAL et al., 2012).

La combinaison originale, ici ou là, de ces différents éléments constitutifs d'un enclavement peut accroître la distance au dépistage.

La co-construction des travaux et le partage des résultats favorisent les retombées opérationnelles

L'apport d'éléments objectivés sur la situation des différents quartiers facilite la mise en mouvement des acteurs (municipaux, structures de gestion), légitime la décision d'agir vers tel ou tel quartier ou population. Ainsi, à Argenteuil comme à Antony, un quartier a été ciblé pour la mise en place d'actions de prévention à la suite de la réalisation du diagnostic. À Saint-Denis, l'étude a contribué à la structuration d'un axe « Santé des femmes » dans le Contrat local de santé; à Gonesse, elle a renforcé la légitimité du rôle des acteurs locaux et associatifs comme relais d'information en prévention, et permis le ciblage d'un programme sur le quartier identifié comme en retrait. L'ARSIF utilise, quant à elle, les cartes produites comme un outil d'évaluation des inégalités, dans le cadre du comité régional de pilotage des cancers. Enfin, le dispositif offre la possibilité de refaire les travaux à différents moments et avec une méthodologie comparable. Ceci permet de suivre les évolutions fines de la participation au dépistage et de mesurer l'impact des actions menées ou des mutations territoriales en cours (par exemple, l'impact de la fermeture de cabinets de radiologie ou des programmes de rénovation urbaine). Ainsi à plusieurs titres, cette plate-forme constitue un outil d'évaluation et de diagnostic fin, répondant au plus près aux besoins des acteurs.

Conçu au départ comme un outil de formation des étudiants, la plate-forme Géodépistage s'avère, après quatre ans d'expérience, l'être aussi pour les acteurs entre eux qui, réunis pour ce projet, s'acculturent autour d'une compréhension commune des liens réciproques entre dynamiques urbaines et dynamiques de santé. Outil inédit de recherche scientifique, d'aide au pilotage et à l'évaluation d'actions, il peut être appliqué à de multiples thématiques de santé notamment les maladies chroniques pour lesquelles les effets des programmes de prévention se mesurent dans le temps long. Un enjeu fort réside donc dans la pérennisation de cet outil.

(5) Géographie, santé, territoires et environnement.

(6) Rapports complets sur les 41 villes étudiées (2011-2014) disponibles à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense auprès de la direction du master de géographie de la santé. Diaporamas disponibles sur le lien suivant : www.espace-sante-territoires.fr/actu.php#5

(7) Les taux de participation au dépistage sont plus élevés parmi les femmes plus aisées.

Références bibliographiques

- CHAUVIN P., PARIZOT I., *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne: une analyse de la cohorte SIRS*, Éditions de la DIV (coll. Les documents de l'Onzuz), 2009. <http://i.ville.gouv.fr/Data/inserrhitlien.php?id=5161>, Paris.
- GIROD DE L'AIN M., « Les élus face aux inégalités sociales de santé: pouvoirs et impuissance », *Les Cahiers du DSU*, n°43, Lyon (France): CR-DSU, 2005.
- GUILLUY C., NOYE C., *Atlas des nouvelles fractures sociales en France. Les nouvelles classes moyennes oubliées et précarisées*, Ed. Autrement, 2006.
- JANGAL C., CHALI J.-M., BASSE P., *Inégalités infra-urbaines de participation au dépistage du cancer du sein. Analyse dans une commune du Val-d'Oise (95): Gonesse*, 2012, 85p. UPO
- MENVILLE G., CHASTANG J.-F., LUCE D., LECLERC A., Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 55(2): 97-105, 2007.
- PORNET C., DEJARDIN O., MORLAIS F., BOUVIER V., LAUNOY G., 2010, Socioeconomic and healthcare supply statistical determinants of compliance to mammography screening programs: A multilevel analysis in Calvados, France. *Cancer Epidemiology*, 34: 309-315.
- RICAN S., SALEM G., VAILLANT Z., JOUGLA E., « Les inégalités territoriales de santé », dans Laurent E. (dir.), *Vers l'égalité des territoires: dynamiques, mesures, politiques*, Paris, La Documentation française, 2013, pp 113-129.
- SQUIBAN C., SAMASSA M., *Les disparités de recours au dépistage organisé du cancer du sein à Trappes (Yvelines)*, 2013, 101 p. UPO.
- VAILLANT Z., RICAN S., SALEM G., « Les diagnostics locaux de santé: levier de sensibilisation et de mobilisation pour le pilotage des politiques locales de santé publique visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé? » *Bull. Ass. Géographes Français*, 2: 184-193, 2012.