

Du bon usage de l'analyse spatiale et de l'évaluation territoriale dans les politiques sanitaires

ALAIN VAGUET

ALAIN VAGUET

Géographe,
maître de conférences,
Université de Rouen,
UFR lettres et sciences
humaines, UMR IDEES 6063,
76821 Mont-Saint-Aignan cedex,
France
alain.vague@univ-rouen.fr

Il est admis depuis l'origine de l'épidémiologie que l'espace géographique entretient avec les faits de santé des relations déterminantes. On cite toujours les cartes de J. Snow qui lui permirent de démontrer le lien entre l'épidémie de choléra de Londres en 1855 et la distribution d'eau par certaines bornes-fontaines. Plus près de nous, les répartitions spatiales de certains cancers mettant en évidence des *clusters*, alimentent des polémiques sur le rôle éventuellement pathogène des centrales nucléaires ou des incinérateurs (Gatrell et Dunn, 1995). Inutile de multiplier les exemples tant l'épidémiologie utilise couramment la dimension spatiale comme « pierre de Rosette », par exemple pour tenter de départager le poids respectif des faits génétiques et d'environnement. Les géographes commencent à participer à ces travaux mais en général, ceux-ci demeurent plutôt le fait des épidémiologistes (Salem et al., 2000). Nous montrerons, par une série d'études réalisées au Département de géographie de l'université de Rouen (UMR IDEES 6063), comment les géographes manipulant les outils de la géomatique et utilisant les méthodes de l'analyse spatiale, peuvent produire des documents de nature à alimenter les débats visant à mieux organiser les « Territoires » si fréquemment

convoqués dans le discours des élus. La question s'avère particulièrement sensible dans une région qui vient d'être déclarée en crise sanitaire, à la fois pour des raisons de sous-effectif de professionnels de la santé et du fait d'une notable surmortalité.

En reprenant ce terme de territoire, on souhaite également ajouter que les géographes ne sont pas uniquement des producteurs de cartes. La territorialité permet d'introduire une dimension complémentaire qui n'est plus seulement articulée autour des concepts de distance/temps et d'accessibilité. Il est certes bien toujours question d'espace, mais celui-ci est dès lors considéré dans sa dimension appropriée. En effet, les individus ou les groupes humains reconnaissent des limites à des entités dont ils se réclament. État, département, commune, quartier, entrent dans cette définition. Administrer, gouverner, encadrer, nécessite souvent un découpage territorial, qui se trouve généralement entériné par une élection, autour duquel se fixe parfois fiefs et identités. Les ciseaux du découpage ne sont pas souvent tenus par des géographes¹ mais la réflexion sur les limites, les conséquences qu'elles entraînent sont bien inscrites dans le champ disciplinaire. Quelle interférence produit donc ces coupures dans la prise en charge sanitaire ? Quel acteur les convoque, les invoque ou les révoque ? Compte tenu du poids économique du secteur de la santé et de son nombre d'emplois, peut-on dire qu'il contribue à aménager le territoire ? Est-il acteur, promoteur, organisateur ou résistant, force d'inertie, conservateur ?

Bien des travaux ont déjà pris en compte ces questions, à commencer par un texte synthétique de H. Picheral (1998). Un numéro de la revue *Hérodote* montre comment les problèmes de santé publique peuvent devenir des questions géopolitiques². Le PIR-ville CNRS a exploré les dimensions territoriales de la santé et a montré qu'il était difficile d'accorder une place aux forces locales de la santé publique compte tenu de l'histoire politique de la France, bien connue pour sa centralisation³. Dans la même veine, des enquêtes sur des recherches locales constituent le cœur d'ouvrages regroupant sociologues, politologues et géographes⁴ (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996 ; Fleuret et al., 2001). Toutefois, si le territoire y sert bien de base de réflexion, ces études font rarement l'objet d'un travail cartographique. On se doute que la

Abstract – About the good usage of spatial analysis and territorial evaluation in health policies.

The first goal of this paper is to introduce the research conducted by PhD fellows in the field of medical geography at the University of Rouen (Upper Normandy). This year, the local authorities declared the Region in a sanitary crisis stage. These researches aim to answer to this social request. The Geomatic and Spatial Analysis methods are highly appreciated; they offer to Geographers and health professionals all together, to produce extremely important documents about distance and accessibility that could help the debate. The second goal of this paper is dealing with theory that leads geographer to go back and forth between the spatial concepts and territorial concepts. This point singles out political interactions such as health district making choices, localisation strategies for sanitary institutions, competition between them and so on. Finally, it conducts to assess the relevance of the territorial policies considering the population uses. How far can we explain the location of a new maternity clinic in city? Can we compare British and French prevalence of pace maker surgery? At the time of mobility, is it necessary to withdraw hospitals of city centres? Is there any link between psychological emergency and precariousness? All these questions are discussed within this paper. The challenge in analysing the present situations would be to assess the part of authorities compared to the role of the population.
© 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
Tous droits réservés

Avec la collaboration de Raphaël Faccon, Jean-François Mary, Jean-Manuel Toussaint, doctorants géographes, MTG/UMR IDEES.

¹ Revue Géographique de Lyon, 1999. Les ciseaux du géographe (numéro spécial).

² Santé publique et géopolitique, 1999. Hérodote.

³ Santé Publique et Territoires, 10 ans de décentralisation, actes du colloque de Rennes, ENSP, 182 p., 1995.

⁴ Les figures urbaines de la santé publique, 1998. Enquêtes sur des expériences locales. Coll. « Recherches », La Découverte, Paris, 238 p.

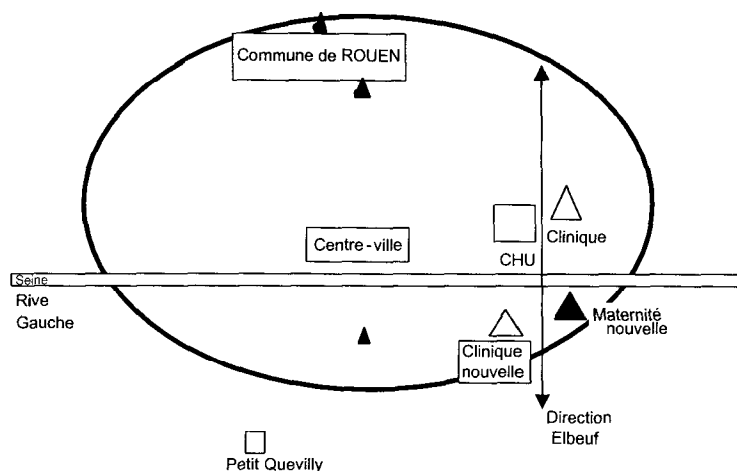
localisation précise de faits liés à la santé peut s'avérer très confidentielle mais des méthodes appropriées permettent de pallier cet inconvénient pour produire des documents socialement acceptables (par exemple par la Cnil). C'est la raison d'être de ce texte. Il s'agit de montrer que, malgré les réticences à communiquer des informations venues du monde de la santé et l'interdiction d'utiliser les échelles trop fines, les géographes peuvent apporter une contribution singulière et pertinente en utilisant toute l'épaisseur de leur savoir-faire.

Le territoire légitime⁵ ?

Plus encore que pour les autres activités du secteur tertiaire, la localisation judicieuse des services de santé semble essentielle pour assurer une bonne desserte des populations et cette remarque prend tout son sens si l'on songe aux urgences médicales. Les grands modèles classiques de l'analyse spatiale, construits sur le concept de distance/temps, peuvent aider à optimiser la disposition des services dans l'espace (Merenne Schoumaker, 1996). D'ailleurs, les études de géomarketing les utilisent bel et bien pour les implantations des grandes surfaces commerciales, mais il se trouve que pour la plupart, les établissements de santé existent déjà et que tous les soins ne sont pas urgents. C'est ce qui explique la présence d'hôpitaux sur les mêmes sites depuis de longues périodes alors qu'autour d'eux les populations se sont considérablement déplacées et que les rares nouvelles implantations prennent parfois place dans des lieux inattendus. Suivre les mécanismes de prise de décision relative à la localisation d'une maternité nouvelle nous a permis de clarifier les enjeux relatifs des divers sites envisagés et les arbitrages entre un grand nombre de facteurs et d'acteurs.

Ce premier exemple a pour cadre la ville de Rouen⁶, où sévit toujours une disparité caricaturale entre un centre rive droite « bourgeois » et une rive gauche « ouvrière ». Une société anonyme va installer une clinique neuve, regroupant les lits d'établissements de rive droite qui cherchent plus d'espace (carte 1). La construction prévue sur la rive gauche de la Seine prend logiquement le contre-pied de l'actuelle polarisation des services de maternité sur la rive droite et de ce fait, de prime abord, elle semble adaptée. Les terrains achetés pour mener à bien l'opération laissent à penser en effet que les remarques des tutelles souhaitant une desserte équilibrée entre les rives ont été entendues. Toutefois, le site choisi, tout juste au débouché d'un pont, montre qu'il n'en est rien. Cette localisation rive gauche ne satisfait pas totalement les responsables sanitaires soucieux de l'organisation du territoire médical, mais vise plus fondamentalement à améliorer la qualité de vie des praticiens lesquels disposent de parts de clinique. Ceux-ci ne souhaitent pas trop s'éloigner de chez eux : aller de l'autre côté du pont, oui mais pas plus !

En conséquence de ce choix, entre Rouen et le Centre hospitalier d'Elbeuf, 20 km plus au sud, il n'existe toujours aucune maternité pour une popula-



Carte 1. Le boulevard des cliniques.
La maternité nouvelle va remplacer les anciens sites (triangles noirs).

tion d'au moins 150 000 habitants. Les tutelles ont vainement plaidé pour que cette construction soit placée à équidistance ou du moins ailleurs qu'au bord de la Seine car sur un petit périmètre (le « boulevard des cliniques »), on trouve, outre le CHU, mais également les plus grandes cliniques de l'agglomération. Les hasards des disponibilités foncières semblent avoir prévalu sur une répartition plus harmonieuse des ressources sanitaires. Il est regrettable qu'à cette occasion, il n'ait pas été possible de renforcer par une maternité, un autre pôle sanitaire public déjà existant dans une autre commune (le Petit Quevilly). Ce qui a joué également contre une meilleure répartition des services de santé et donc contre un aménagement plus logique du territoire, c'est vraisemblablement la crainte de la mairie de perdre les taxes professionnelles des maternités privées. Voilà un déterminant qui explique pourquoi ces lits devaient rester sur le territoire de la commune de Rouen.

À une simple question d'analyse spatiale : doit-on concentrer l'offre de soins à proximité du centre-ville ou la diffuser dans l'agglomération en respectant la disposition des densités de populations, se substitue donc la question des territoires politiques communaux, la difficile péréquation des taxes et ce, même dans le cadre de l'intercommunalité.

La délocalisation des maternités et l'ouverture d'un nouvel établissement sert le projet de ville de Rouen en offrant l'occasion de transformer l'image d'un des quartiers particulièrement stigmatisé. D'autres territoires communaux pourtant plus défavorisés auraient pu bénéficier eux aussi des retombées positives de l'installation d'un tel établissement, dans le cadre d'un rééquilibrage des agglomérations.

Souvent au cours de nos travaux, nous nous sommes, comme dans l'exemple précédent, heurtés à des limites territoriales imperméables qui semblaient contrecarrer la fluidité de l'organisation des prises en charges sanitaires. Nous faisons l'hypothèse que mettre en évidence les incohérences entre territoires rend possibles les évolutions, facilite les adaptations.

⁵ Clin d'œil à un titre de J. Lévy : *L'espace légitime*, 1994.

⁶ Ville de un peu plus de 100 000 habitants dans une agglomération de 450 000 habitants.

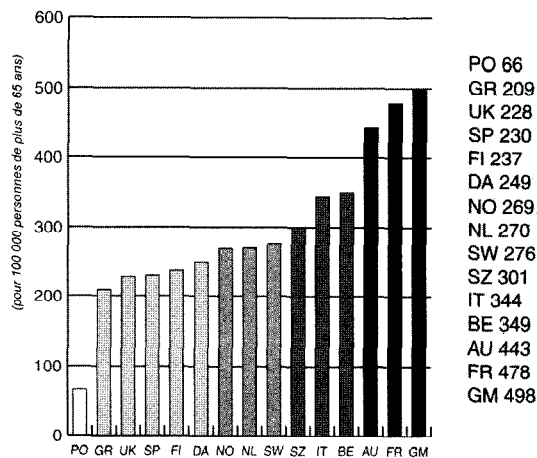
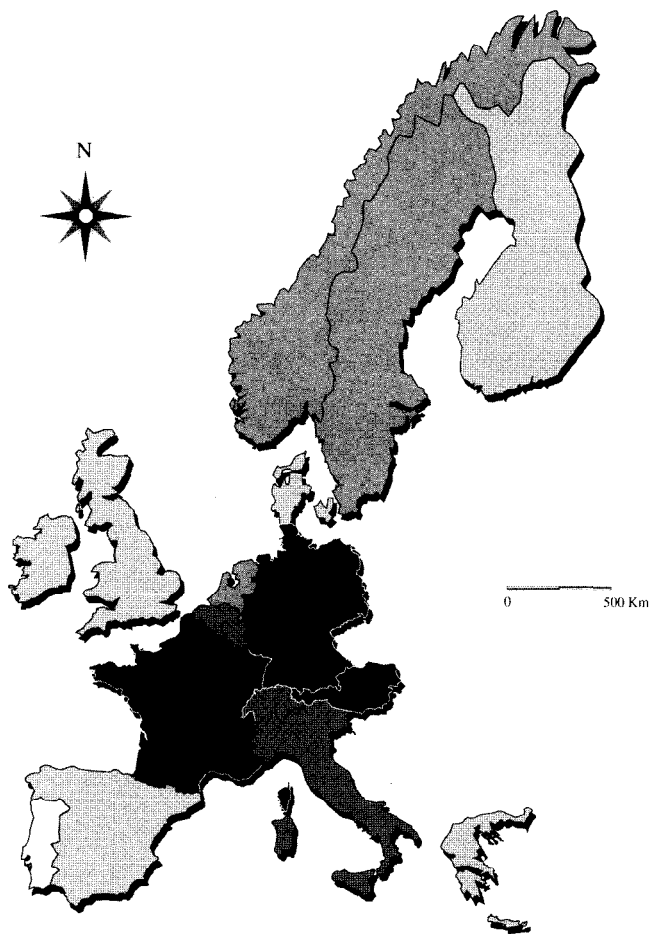
La pertinence des découpages emboîtés ?

Les États impriment leurs choix sur leurs territoires. Entre un système de prise en charge des soins bismarckien ou béveridgien⁷, les options sociales-démocrates ou libérales etc., les densités d'établissements varient parfois beaucoup. Si on observe, à titre d'exemple, la carte du nombre de centres de pose de stimulateurs cardiaques en Europe, on ne peut qu'être frappé par les disparités du nombre des centres de pose et des taux entre les pays (Toussaint, 2001) (carte 2). Ainsi, malgré des masses de populations similaires et des espérances de vie semblables, les systèmes de santé français et britannique quadrillent différemment leur territoire d'institutions sanitaires (carte 3). Les options nationales divergentes conduisent à cette situation mais entre frugalité et pléthore, qui a raison ? Certains États, face aux dépenses imputables au vieillissement des populations et aux coûteuses techniques médicales, refusent déjà les prises en charge de certaines opérations. Ces inégalités entre les territoires

provoqueront-elles bientôt des flux de patients vers les mieux servis ? Les premières velléités entre le sud de l'Angleterre et la France ont été vite arrêtées par l'assurance maladie (Lacoste et Vaguet, 1994). En matière de système de soins, l'Europe reste à construire, leur gestion reste essentiellement le fait des nations et les discontinuités se ressentent particulièrement dans les territoires transfrontaliers.

Au plan infra national, les compétences sanitaires sont partagées entre les multiples niveaux des territoires emboîtés. Depuis la décentralisation, l'échelon départemental contrôle, par exemple, la prise en charge des cancers. Mais la région, si souvent prônée comme le bon niveau de gestion du territoire, est dépourvue de cette compétence. Entre État et commune, la relative absence d'intermédiaire, donne-t-elle une place exagérée à la dimension locale pour résister aux initiatives nationales ? On sait que depuis déjà deux siècles, les établissements de santé dépendent des territoires communaux. Les maires faisant automatiquement partie de leur conseil d'administration, on comprend comment (et combien) ils

⁷ Financement des systèmes de santé sur les cotisations des actifs ou sur l'impôt.

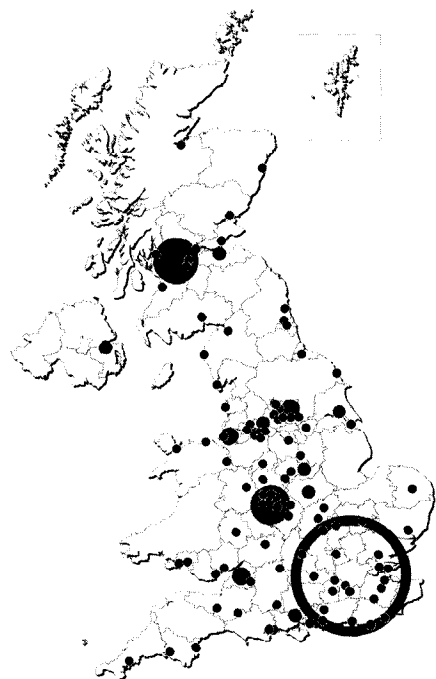


Calcul : (Nb de poses/Personnes âgées) x 100 000
Moyenne : 296

Source : US Census Bureau - Estimations Medtronic Europe.

Réalisation et © : Toussaint Jean-Manuel - Laboratoire MTG - Rouen, France, 1999.

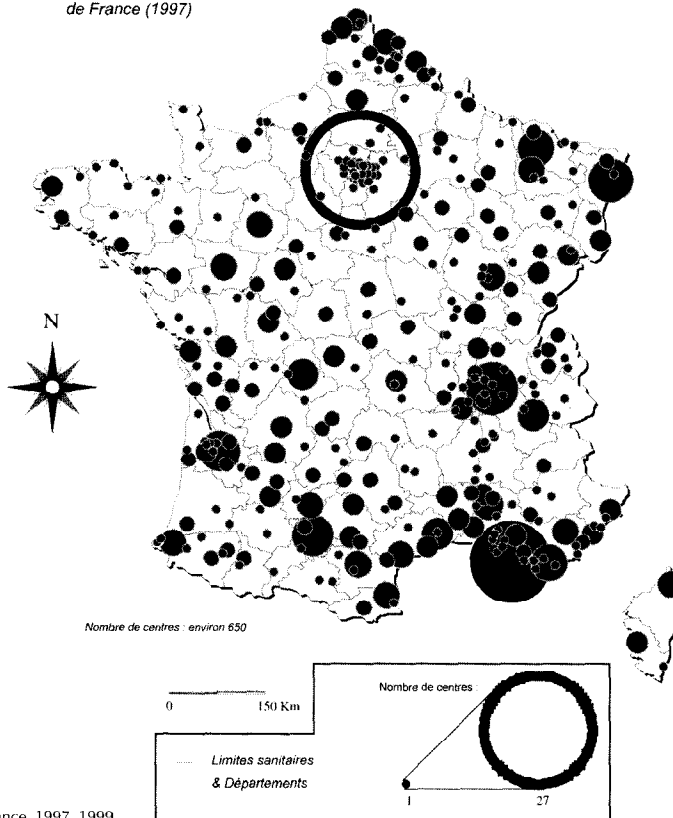
Carte 2. Taux de poses de pacemakers dans la population âgée en 1999.



Nombre de centres : 162

Source : BPEC, Medtronic France.

Réalisation et © : Toussaint Jean-Manuel – Laboratoire MTG – Rouen, France, 1997, 1999.



Nombre de centres : environ 650

Carte 3. Répartition des centres de poses de stimulateurs cardiaques.

peuvent peser pour tenter d'organiser la défense de leur fief en évitant les fermetures des services.

D'autres sortes de territoires, établis par l'administration en tant que cadres pour les allocations de ressources, semblent mal correspondre aux pratiques des populations. Celles-ci franchissent par exemple les limites des secteurs sanitaires définis par les schémas régionaux d'organisation sanitaire en fonction de leurs cheminements familiers, dans un monde de mobilité accrue. Les personnes malades pouvant organiser leur recours sanitaire librement⁸, on en a souvent conclu qu'elles transgressaient facilement ces limites perméables. Pourtant, à l'occasion d'une étude, l'Urcam de Haute-Normandie⁹ a démontré que, sauf aux marges, les déplacements extra-régionaux pour des soins demeuraient très minoritaires, y compris avec Paris (130 km de Rouen). La planification n'est pas toujours aussi abstraite qu'on l'a dit (Picheral, 1992). En effet, 95 % des Hauts-Normands ont recours à une structure d'hospitalisation régionale. En 30 ans, on est surpris de constater que le tropisme médical parisien a quasiment disparu, alors même que les facilités de mobilité explosaient.

Si l'on change encore d'échelle, on peut dire que l'aire de recrutement des établissements de soins correspond à leur territoire. Ceux-ci assurent une desserte dans une aire d'influence qui se trouve aussi correspondre à une aire de concurrence. Il leur faut

s'imposer pour survivre, gagner des parts du « marché » de la santé. Les établissements de soins, quel que soit leur secteur, public ou privé, doivent naviguer entre leur propre logique et celle de ceux qui les financent et les fréquentent. Chaque lieu de santé tente en particulier de contrôler son territoire en s'organisant pour soigner son accessibilité ou même tout simplement son stationnement. A contrario, le CHU de Rouen, grand pôle émetteur de trafic et de circulation, n'est pas encore desservi par le système de tramway (en site propre) ouvert en 1994. Malgré les polémiques, la population devra attendre la création d'une deuxième ligne pour que la connexion soit assurée à ce moyen plus confortable que les bus.

Ces enjeux constituent des éléments de stratégie pour les établissements, surtout s'il existe plusieurs hôpitaux dans une même agglomération. Dès lors, la répartition des services et des crédits devient un véritable enjeu, par exemple comme nous allons le voir entre les sites d'un même groupement hospitalier. Dans ce contexte, les analyses spatiales calculant l'accessibilité relative des divers lieux de santé pour les populations résidentes peuvent devenir des pièces argumentaires de choix dans les projets d'établissements.

En construisant un système d'information géographique pour les hôpitaux publics de la ville du Havre, J.F. Mary (2001) a ainsi pu calculer les temps d'accès des habitants des divers quartiers aux deux principaux

⁸ Il n'y a aucune interdiction mais les prises en charge des déplacements s'effectuent sur la base de la distance à l'hôpital le plus proche.

⁹ Union régionale des Caisses d'assurance maladie de Haute-Normandie : étude des mouvements de populations hospitalisées, 1999.

sites publics. Ce travail exige une couche d'information originale sur les vitesses de circulation dans les différents segments routiers, connaissance recueillie auprès des chauffeurs des véhicules d'urgence. On peut considérer leur avis comme subjectif mais ils disposent d'une expérience unique en la matière. Une fois les tables renseignées, les calculs ont permis d'attribuer à chaque groupe de population dans son îlot (Iris 2000, en langage Insee), une durée du trajet vers les deux grands centres hospitaliers. En comparant les résultats, pour chaque lieu a été déterminée la meilleure accessibilité théorique temporelle. Finalement, comme les rocadés permettent de circuler plus rapidement, l'hôpital le plus central de la ville montre la moins bonne accessibilité. De fait, à l'aire du « tout automobile », il en est des centres de santé comme des hypermarchés, les facilités de trafic et de stationnement semblent les déterminants principaux poussant à l'exurbanisation des centres de soins. De la sorte, le secteur de la santé contribue lui aussi à renforcer la tendance au polycentrisme des villes contemporaines.

Pourtant, ces résultats remarquables sur l'offre hospitalière peuvent-ils à eux seuls déterminer une politique d'allocation de ressources ? Faut-il, au seul nom de la circulation automobile, réorienter les services ? L'étude présuppose un comportement des consommateurs de soins surtout conditionné par le concept de distance qui se heurte en milieu urbain dense à des effets de concurrence. En effet, la personne malade ajuste son comportement en fonction de divers choix plus probabilistes que déterministes, c'est-à-dire par exemple, davantage conditionnés par des facteurs de qualité que de proximité. Ainsi, l'étude des fréquentations des lieux d'accouchement, dans la même ville du Havre, montre que la maternité la plus centrale, pourtant moins accessible selon l'étude citée, est choisie en plus forte proportion par les populations dont le statut socio-économique est le plus élevé (Moy, 2000). Dès lors, on peut faire l'hypothèse que ces personnes déterminent leurs fréquentations hospitalières non pas seulement en termes de distances physiques, mais en fonction de distances sociales, d'où l'intérêt de l'étude géographique des fréquentations prenant en compte les configurations socio-spatiales. Sur 600 femmes interrogées dans les maternités de la ville, à propos des déterminants du choix de leur site d'accouchement, le critère de sécurité est le plus souvent cité, bien avant le facteur distance temps. Les parturientes de l'hôpital le plus central se déclarent les plus sensibles à ce critère, il est vrai que ce sont celles qui ont, en moyenne, réalisé les plus longues études.

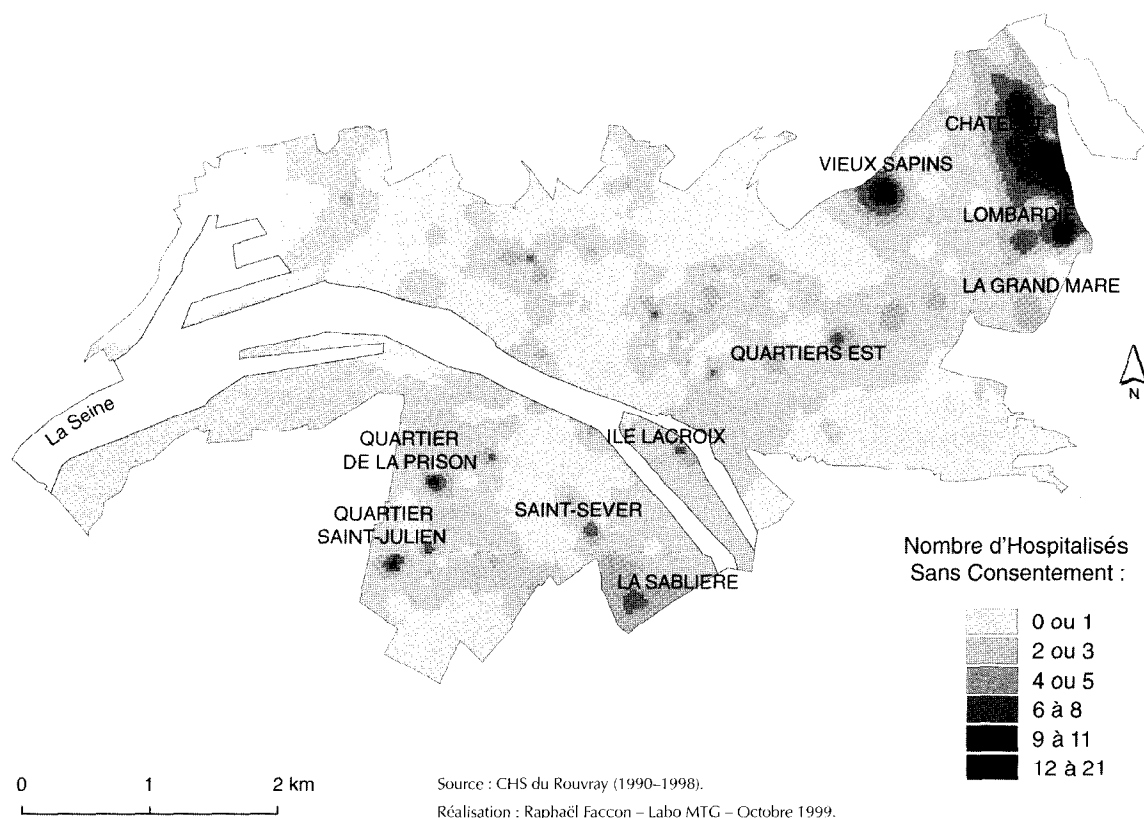
On observe que la population exerce son choix et celui-ci peut parfois différer des décisions de planification visant surtout à minimiser les déplacements. Dans ce cas, est-il légitime de reconvertir progressivement le site de centre ville en redéployant les financements vers un établissement de périphérie ? Dans les villes voisines, les mêmes contraintes de mobilité n'ont pas conduit aux mêmes options. Par exemple, à Rouen, le CHU demeure le plus central, sans être forcément le plus inaccessible.

Le passage à des échelles encore plus fines révèle l'existence d'autres types de territoire. La psychiatrie par exemple, a choisi avec la sectorisation une option

de prise en charge des maladies mentales sur une base territoriale. Pour simplifier, disons que chaque individu souffrant de troubles mentaux, quel que soit son état, est traité dans un pavillon qui tient compte de son lieu de résidence originel. Cette organisation, très géographique, est censée permettre d'éviter l'effet pervers d'un asile, hors du champ de l'espace vécu du sujet (Boudy, 1998). Au contraire, dans le cas de la sectorisation, l'hospitalisation correspond seulement à une étape sur la voie espérée de la réinsertion, via l'hôpital de jour, le foyer de post-cure et l'atelier protégé. Ainsi, la sectorisation a donné aux psychiatres l'occasion de travailler avec le reste de l'équipe soignante, un travail en réseau avant la lettre qui a pu faire dire que le secteur psychiatrique avait de l'avance comparativement à la médecine, chirurgie, obstétrique.

Pourtant, D. Dory a proposé un bilan très contrasté de cette organisation où les délimitations sont pensées de façon avant tout quantitatives (un pour 7 000 habitants) sans grande homogénéité. « Malgré quelques micro ajustements, la planification sanitaire psychiatrique française apparaît conçue essentiellement comme une organisation de l'offre de soins plutôt que comme une réponse flexible à des demandes et à des besoins évolutifs » (Dory, 1990). Autrement dit, contrairement aux intentions initiales, les territoires de gestion ainsi mis en place, sont davantage considérés par D. Dory comme des outils créés par les professionnels pour les professionnels que comme des innovations à vocation thérapeutique.

Pour mieux connaître les interactions entre le territoire et les prises en charge psychiatriques, nos travaux se sont concentrés sur la question des hospitalisations sans consentement. Ces entrées en urgence, sur demande d'un tiers, correspondent, doublons exclus, à environ un millier de cas en 8 ans pour la commune de Rouen (carte 4). Ventilées à l'échelle de l'îlot urbain et présentées sur une carte par isolignes, elles donnent à voir une variabilité spatiale importante sans lien avec les densités (Faccon, 2001). Ces discontinuités se superposent assez bien avec des aires de précarité bien connues. On ne peut certes pas conclure avant d'avoir davantage validé ces premiers travaux, mais il semble bien que la carte obtenue puisse donner une indication sur les fameuses « souffrances sans nom », le mal-être. De façon intéressante, nos premiers résultats ne correspondent pas aux conclusions d'une recherche sur la consommation de psychotropes (Bizet et al., 1997). Celle-ci semblait en effet plus importante dans les territoires des bâtis pavillonnaires ouvriers, anciens et vêtustes alors que pour l'hospitalisation sans consentement, ce sont plutôt les lieux de la précarité dans les grands ensembles qui se démarquent, les fameux territoires de l'exclusion, pour lesquels des actions supplémentaires sembleraient nécessaires. Un secteur n'est pas égal à un autre, et, faute de pouvoir traiter la question de la précarité à la racine, la définition de priorités de financement devraient permettre de rétablir un peu d'équité.



Carte 4. Origine des HSC rouennais entre juin 1990 et décembre 1998.
Méthode : isolignes (interpolations linéaires).

Conclusion

Sans entrer dans une défense corporatiste, il faut bien dire que la géographie se remet difficilement d'un long manque de visibilité. Lors de la journée *Natures, Sciences, Sociétés* de 1999, où furent présentés ces exemples, des personnes représentant des institutions importantes de la santé découvraient que des recherches pouvaient être menées en spatialisant des informations. On imagine donc bien les soucis des géographes lorsqu'ils se présentent dans des lieux de santé pour être reconnus comme partenaires sérieux à qui l'on peut confier des informations sensibles. Les difficultés vont croissant lorsqu'ils prétendent de plus à des financements.

Il semble tout à fait révélateur que les grands hôpitaux aient souvent demandé la réalisation d'une histoire de l'établissement et quasiment jamais une étude géographique. De même, les représentants de l'ANRS¹⁰ déclarent ne pas avoir épuisé leurs crédits faute de projets recevables. On a, en France, décerné un prix à un géographe Peter Gould¹¹ pour ses travaux aux États-Unis sur la diffusion du sida à l'échelle infra urbaine. Cependant, pour l'instant, il n'est possible de travailler que sur des données à l'échelle départementale. Qu'il faille protéger les personnes malades semble une évidence également partagée par toutes

les sciences humaines. Ceux qui spatialisent ont une éthique également. Les informations géo référencées et rendues anonymes par des procédés éprouvés sont certainement d'un grand intérêt pour la recherche, elles ne permettent en aucun cas de localiser précisément un individu. La démocratie sanitaire passe aussi par la fin de l'opacité, sans qu'il soit nécessaire d'attendre que des médias poussent à la transparence (classement des hôpitaux proposé par la revue *Science et Avenir*).

Au-delà de l'effort de spatialisation, de cartographie, il faut également que les géographes « territorialisent ». Longtemps ils ont abandonné la parole politique à d'autres disciplines en s'interdisant de se confronter aux grands choix de société au profit de l'ordre immuable, du temps long. Cette période semble révolue. On a vu que la prise en compte du territoire, fut-il réticulaire, révélait les logiques politiques aux différents niveaux des territoires. Si des cas précis sont exposés dans ce texte ce n'est nullement pour souscrire à la mode du factuel dont on dit qu'elle refuse la théorie. Mais en présentant quelques premiers résultats de recherche, nous souhaitons souligner la valeur ajoutée des géographes, tout particulièrement lorsque ceux-ci sortent de leurs querelles d'écoles et acceptent le va et vient entre espace et territoire.

¹⁰ Agence nationale de recherche sur le sida.

¹¹ Récemment disparu, ce chercheur a rédigé une synthèse présentant la géographie médicale anglo-saxonne dans le chapitre 19 de : *The geographer at work*, 1991. Routledge and Kegan Paul, Londres. Le titre de son chapitre : « Geography and medicine: an old partnership » nous rappelle que la participation des géographes français à l'analyse de ces questions de santé est beaucoup plus récente.

La compréhension des logiques territoriales des systèmes de soins passe par l'étude de toutes les échelles ; les géographes se trouvent bien seuls pour manipuler ce concept finalement très synthétique, souvent utilisé implicitement par les autres disciplines. Les géographes ne sont pas les mieux placés pour dire si leurs méthodes peuvent apporter ou non aux décisions de santé publique mais l'inverse est vrai, la santé féconde beaucoup les réflexions des géographes et leur offre l'occasion de croiser leur regard avec celui des autres disciplines.

BIBLIOGRAPHIE

- Bizet, F., Bussi, M., Czernichow, P., De Ridder, G., Legrand, C., Le Moingne, P., 1997. Lieux et milieux de désarroi urbain. *Espaces Temps* (64-65), 59-62.
- Boudy, C., 1998. Les lieux de la psychiatrie. Mémoire de maîtrise, Rouen.
- Contandriopoulos, A.P., Souteyrand, Y., 1996. L'hôpital stratège, dynamiques locales et offre de soins. J. Libbey Eurotext, Mire.
- Dory, D., 1990. À propos d'un aspect de l'accessibilité aux soins psychiatriques en France. *Hommes et Terres du Nord*, 103-107.
- Faccon, R., 2001. Le mal-être urbain ? Proposition d'un nouvel indicateur. *Gestions Hospitalières* 407.
- Fleuret, S., Lerouillois, G., Séchet, R., 2001. L'hôpital entre ville et politique de santé. *L'Information Géographique* 2.
- Gatrell, A.C., Dunn, C., 1995. Geographical information systems and spatial epidemiology: modelling the possible association between cancer of the larynx and incineration in North-West England in *The Added Value of Geographical Information Systems in Public and Environmental Health*. The Geojournal Library, Kluwer academic Publishers.
- Lacoste, O., Vaguet, A., 1994. Frontière et Santé. *Hommes et Terres du Nord* (2-3).
- Mary, J.F., 2001. Apport du SIG à un projet d'établissement. *Gestions Hospitalières* 407.
- Merenne Schoumaker, B., 1996. La localisation des services. Nathan Université, Paris.

Résumé – Du bon usage de l'analyse spatiale et de l'évaluation territoriale dans les politiques sanitaires.

La région de Haute Normandie a été décrétée en état de crise sanitaire par le Conseil économique et social au début 2001. Ce texte a pour premier objectif de rendre compte des recherches du Groupe géographie et santé de l'université de Rouen qui s'est engagé à répondre à une demande sociale en quête de propositions et de solutions sur ces problèmes. Il s'appuie sur des travaux sélectionnés parmi des thèses en cours qui s'appliquent à démontrer que les méthodes de l'analyse spatiale et de la géomatique, privilégiées par l'équipe MTG, sont alors pertinentes. Introduites en collaboration avec les institutions intéressées et les autres chercheurs concernés par le champ de la santé, elles permettent de rassembler et de mettre en cohérence les connaissances utiles pour l'amélioration de la gestion des services sanitaires en relation avec les attentes et les pratiques des malades.

Ce faisant, et c'est le deuxième objectif, un point de vue théorique est proposé préconisant un va-et-vient entre les concepts strictement spatiaux (localisation, polarisation, accessibilité) et ceux de territoire et de territorialité qui renvoient aux notions d'identité et d'appropriation. L'approche par le territoire privilégie la prise en compte de toutes les interactions que les pratiques spatiales engendrent vis-à-vis du secteur de la santé : localisations, découpages, concurrences, stratégies... et permet d'estimer la validité des politiques territorialisées au regard des pratiques sociales des populations. © 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés

- Moy, L., 2000. Géo-obstétrique de la ville du Havre. Mémoire de maîtrise, Rouen.
- Picheral, H., 1992. Les politiques de santé et le géographe. Colloque Credes.
- Picheral, H., 1998. Territoires et valeur d'usage de l'espace : éléments d'une géopolitique de la santé. 5^e colloque Géographie et socio-économie de la santé. Credes.
- Salem, G., Rican, S., Joula, E., 2000. Atlas de la Santé. Mire.
- Toussaint, J.M., 2001. L'Italie pose-t-elle trop de pacemakers ? *Gestions Hospitalières* 407.