



*Journée scientifique de Pôle Suds*

*Avec la participation  
du Collège International des Sciences du Territoire (GIS CIST)*

## ***Quartiers et Santé en milieu urbain***

*Regards croisés sur la dimension locale  
des faits de santé dans les villes du Nord et du Sud*

***Jeudi 27 septembre 2012***

***9h30 - 17h30***

*Institut National d'Études Démographiques  
133, boulevard Davout, 75020 Paris  
(Métro Porte de Montreuil ou Porte de Bagnolet)  
Salle Sammy*

*Journée scientifique coordonnée par :  
Clémentine Rossier (INED) et Julie Vallée (CNRS, UMR Géographie-Cités)  
Contacts : [clementine.rossier@ined.fr](mailto:clementine.rossier@ined.fr) et [julie.vallee@parisgeo.cnrs.fr](mailto:julie.vallee@parisgeo.cnrs.fr)*

Un nombre croissant d'études adopte l'échelle du quartier pour observer les inégalités de santé des populations. Si cette approche locale de la santé permet de réaliser des diagnostics territorialisés et de mener des actions ciblées d'aménagement du territoire et de santé publique, elle correspond également à une reconnaissance des effets des quartiers sur le bien-être des populations, leur état de santé et leur recours aux soins. Que ce soit en sciences humaines (géographie, sociologie, démographie, sciences politiques, anthropologie etc.) ou en sciences de la santé (épidémiologie et santé publique), différents travaux ont en effet souligné la relation entre la santé des populations et différentes caractéristiques des quartiers, comme par exemple la composition sociale de la population et sa cohésion, la présence de ressources sociales et physiques, la salubrité de l'environnement, les politiques spécifiques mises (ou non) en place.

En croisant des travaux qui portent sur des contextes urbains variés aussi bien dans les pays du Nord et que dans les pays du Sud et en faisant intervenir des chercheurs de différents champs disciplinaires, cette journée permet de prendre du recul vis-à-vis du concept de « quartier » tel qu'utilisé dans les travaux portant sur la santé.

### INFORMATIONS PRATIQUES

L'entrée est libre dans la limite des places disponibles. Un buffet sera offert à midi.

Merci de **confirmer votre participation** en vous inscrivant par courriel au plus tard **le lundi 10 septembre** à l'adresse: [polesuds\\_contact@listes.ined.fr](mailto:polesuds_contact@listes.ined.fr)

## Le quartier, un espace à risque

*Pourquoi les enfants meurent-ils plus dans les quartiers informels ? Le cas de Ouagadougou.* Clémentine Rossier (INED), Abdramane Soutra, Stéphanie Dos Santos, Aude Nikiema, Bruno Lankoande et Roch Millogo.

Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso, connaît actuellement une croissance démographique rapide, surtout concentrée à sa périphérie. L'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO) suit depuis 2008 environ 800 000 individus dans cinq quartiers périphériques de la ville, dont la moitié habite dans des quartiers informels (occupation illégale des terres). Dans cette analyse, nous étudions les inégalités sociales et spatiales de la mortalité chez les jeunes enfants et les différents facteurs de risques associés (prévention, morbidité, statut nutritionnel, recours aux soins). Le statut socio-économique est mesuré de trois manières : niveau de vie du ménage, niveau d'instruction du chef de ménage, et résidence du ménage (en quartier informel ou non). Nous trouvons que les enfants nés de parents pauvres et non scolarisés meurent deux fois plus que les autres et qu'ils ont un moindre accès aux services de santé préventifs et curatifs. Les jeunes enfants vivant dans les zones informelles meurent également deux fois plus que les autres. Cette surmortalité s'explique non seulement par un effet de composition (les quartiers informels étant peuplés de ménages plus pauvres et d'adultes moins instruits), mais aussi par un effet de contexte. L'insalubrité des quartiers informels en font des quartiers où les enfants sont très fréquemment malades, quelles que soient leurs autres caractéristiques. Ces maladies fréquentes semblent avoir deux conséquences, elles-mêmes nocives pour la santé. Tout d'abord, les enfants sont plus souvent malnutris en non loti, toutes choses égales par ailleurs; et deuxièmement, les habitants du non loti tendent à consulter moins pour les enfants.

*Risques environnementaux et fièvres chez les enfants pendant la saison pluvieuse à Dakar, Sénégal : Résultats de modèles hiérarchiques.* Jean-Yves Lehesran (Unité Mère et Enfant face aux Infections Tropicales, IRD), Stéphanie Dos Santos, Iulia Rautu, Mody Diop, Abdou Illou Mourtala, Alphousseyni Ndonky et Richard Lalou.

Dans les villes africaines, les fièvres dues aux maladies hydriques, telle que la fièvre typhoïde, ou aux maladies à vecteurs, telles que le paludisme ou la dengue, sont parmi les plus fréquentes chez l'enfant durant la saison des pluies. Ainsi, en dehors des facteurs individuels ou du ménage, les facteurs environnementaux peuvent avoir une influence sur l'occurrence de ces fièvres. Une enquête ménage conduite en 2008 à Dakar a été complétée par une enquête communautaire portant notamment sur les caractéristiques environnementales des quartiers. Ces deux bases de données ont été fusionnées afin de permettre des analyses multi-niveaux à trois niveaux, portant sur 7300 enfants issus de 3000 ménages résidant dans 50 quartiers. Les résultats montrent que l'occurrence de la fièvre varie substantiellement d'un quartier à l'autre de Dakar, de 10 à 37%. Cette occurrence est influencée par les facteurs issus des trois niveaux hiérarchiques. Cependant, les facteurs du niveau 3, le quartier, ont un rôle plus faible dans l'explication de l'occurrence de la fièvre chez l'enfant que les facteurs issus des deux autres niveaux (individuel et ménage). Parmi les facteurs de l'environnement au niveau du quartier, l'effet de la salubrité est particulièrement intéressant.

## Le quartier, un espace politique

*Peut-on composer et penser une offre de soins à l'échelle du quartier pour les populations migrantes en situation précaire ? Des exemples à Rennes et Poitiers,* Anne-Cécile Hoyez (UMR ESO, CNRS).

Cette contribution aura pour objectif de proposer quelques éléments de débats sur la place de la notion de quartier en santé au regard de la situation de populations spécifiques : les demandeurs d'asile. Il s'agira de travailler ensemble la question des ancrages et des mobilités au prisme de l'organisation des acteurs de la santé et du social et des expériences quotidiennes des patients. L'examen des modalités de recours aux soins de ces populations souligne l'ambiguïté et le décalage entre les dispositifs et actions mis en place à l'échelle locale, et les besoins des patients. En effet, l'accès aux soins des demandeurs d'asile dépend de structures spécifiques aux objectifs et aux fonctionnements régis par les impératifs de territorialisation, à l'échelle du quartier, de l'action publique en matière de santé, de social, et d'immigration. Mais les expériences du quotidien pour ces populations sont loin d'être ancrées dans ces mêmes quartiers : elles sont au contraire marquées par l'instabilité résidentielle et les mobilités forcées. Pour illustrer ces décalages, nous reviendrons sur quelques résultats issus d'une enquête de terrain menée à Rennes et à Poitiers sur l'accès aux soins des demandeurs d'asile. Cette étude révèle d'une part que les « parcours de soins » de ces populations sont marqués par le non recours, les retards, les dysfonctionnements administratifs, en grande partie liés à l'absence de lieu de résidence stable. D'autre part, nous verrons que l'action publique territorialisée, qui peine à parvenir à un accueil et à un suivi adapté à ces populations, est relayée par les mobilisations associatives qui croisent dans leurs actions l'impératif territorial (ancrage à l'échelle du quartier) et l'impératif de la mobilité (capter et suivre des populations mobiles).

*La prise en compte du quartier dans les diagnostics locaux d'aide au pilotage de politique locale de santé publique : exemple du dépistage du cancer du sein à Gonesse.* Zoé Vaillant (Laboratoire Espace, Santé et Territoires, Université Paris Ouest Nanterre La Défense), Stéphane Rican, Audrey Bochaton, Hélène Charreire, Candy Jangal, Philippe Basse et Jean-Marie Chali.

L'analyse des disparités intra-urbaines d'accès au dépistage du cancer du sein des femmes de 50-74 ans à Gonesse (approche quantitative géocodage à l'adresse des données du dépistage individuel – données assurance maladie- et des données du dépistage organisé –données de la structure de gestion du Val d'Oise, analyse qualitative de terrain) montre qu'un constat vrai à une échelle large et populationnelle (par exemple le lien entre profil socio-économique et niveau d'accès au dépistage) ne l'est plus lorsqu'on affine l'échelle et surtout que l'on considère la construction singulière du territoire. Ainsi les combinaisons dans chaque quartier de différents facteurs liés à l'accès à la prévention (morphologie urbaine, vulnérabilité socio-économique, degré d'implication locale des acteurs publics et des habitants, disponibilité d'une offre de soins et infrastructures de transports etc.) font qu'à profil socio-économique similaire entre deux quartiers, l'accès à la prévention présente pourtant des niveaux différentiels.

Cette étude produite dans le cadre d'un partenariat entre une association d'élus locaux impliqués en santé et des étudiants en géographie insiste sur l'importance et l'intérêt de la co-production et du partage de la connaissance pour agir vers la réduction des inégalités socio-territoriales de santé, ce partage constituant en soi également une dimension qui participe à la construction du territoire.

*Du soin à la prévention, l'action d'une collectivité territoriale pour la santé publique : Evolution, structuration et projet du service santé de la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH).* Maud Harang Cissé et Agnès Demare Lecossais (Direction Santé Hygiène Environnement, Communauté de l'Agglomération Havraise)

La Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) est un des rares établissements publics de coopération intercommunale à avoir choisi d'œuvrer dans le champ de la promotion de la santé au titre de compétences facultatives. Les évolutions de cette mission de santé sont retracées depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle. De par sa méthodologie de projet en santé publique, les actions de prévention sanitaire qu'elle mène, à la croisée des priorités des plans nationaux et régionaux et des diagnostics locaux, répondent aux attentes et aux besoins de la population et des professionnels de santé avec lesquels elle travaille en étroite collaboration. Cette volonté politique et ces savoir-faire pour le développement de programmes locaux et coordonnés de santé sont toutefois soumis aux changements induits par les réformes, l'évolution du paysage sanitaire et par le contexte socio-économique et démographique. Face à ces nouvelles contraintes, comment la CODAH poursuit-elle son objectif d'amélioration de la santé des citoyens au quotidien et sur son territoire ? Deux exemples seront développés : l'élaboration du Contrat Local de Santé comme illustration d'une démarche partenariale et plurisectorielle ; la création du « LH dentaire », nouveau centre de formation pour contrer le déclin démographique des professionnels de santé dans le territoire de l'agglomération havraise.

## **Le quartier, un espace de ressources sociales**

---

*L'effet du voisinage sur les comportements sanitaires à Ouagadougou: consultations prénatales, vaccinations, utilisation des moustiquaires et des médicaments de la rue.* Abdramane Soura (ISSP, Université de Ouagadougou), Oumarou Hebié, Roch Millogo et Clémentine Rossier.

On a pu observer dans plusieurs études africaines un effet de la composition socio-économique du voisinage sur les comportements sanitaires individuels, toutes choses égales par ailleurs, effet que l'on peut imputer à la densité des interactions sociales dans le territoire proche. Mais l'organisation sociale de type villageoise a disparu, ou tend à disparaître, dans les quartiers des villes africaines d'aujourd'hui. Un citadin de type nouveau semble y apparaître : il est « "libre", affranchi de ses ancrages territoriaux, inscrit dans des réseaux sociaux de moins en moins spatialisés, se déplaçant de pôle en pôle dans un espace éclaté, recomposé autour de nouvelles centralités » (Authier et al., 2007, p.7). Cette multi-localisation de la vie des individus a-t-elle anéanti les effets de voisinage dans ce contexte, en particulier en ce qui concerne le comportement sanitaire des individus ? A partir de données récoltées dans l'Observatoire de Population de Ouagadougou, cette communication explore l'existence d'effets de voisinage sur le recours aux consultations prénatales, la vaccination des enfants et l'utilisation des médicaments de la rue.

*Les quartiers pauvres à Antananarivo : trappe à pauvreté ou support des individus ? Quelle relation avec le bien-être ?* Jean-Michel Wachsberger (Ceries, Université de Lille 3).

Antananarivo connaît de fortes différenciations sociales et spatiales. Les quartiers de la « ville basse », aux infrastructures défectueuses, concentrent les habitants les plus pauvres et les plus démunis socialement, dans des habitations souvent insalubres et loin des principaux centres d'activités économiques. Il apparaît pourtant que leurs habitants, parce qu'ils y trouvent un espace de participation sociale et de reconnaissance interpersonnelle a minima, y sont souvent très

fortement attachés. On peut dès lors se demander quelles conséquences cette appartenance peut avoir sur leur bien-être (bien-être subjectif, santé psychologique, santé physique). On mobilise ici les données de l'enquête SIRS de 2003, menée auprès d'un échantillon représentatif de 3000 adultes de l'agglomération malgache, et dont le mode d'échantillonnage permet de réaliser des analyses par quartier. Les niveaux de bien-être n'apparaissent pas significativement plus faibles en moyenne dans les quartiers les plus pauvres. En revanche, les degrés d'intégration au quartier des individus (entraide, attachement) jouent, mais pas toujours dans le sens attendu. La présentation vise à éclairer ces paradoxes en prenant en compte tant les caractéristiques socio-démographiques des individus que les autres dimensions de leur intégration sociale.

## Le quartier, un espace de services

---

*Le non-recours au dépistage VIH dans l'agglomération parisienne. Etudier le rôle de la proximité aux médecins de ville et aux CDAG.* Annabelle Lapostolle (Équipe DS3, U707, INSERM), Julie Vallée, Véronique Massari et Pierre Chauvin.

En France, en dehors de certains sous-groupes de populations (e.g. les femmes enceintes) à qui un dépistage VIH est systématiquement proposé et de situations bien précises (dons de sang, d'organes, de sperme, d'ovocytes et de lait), le dépistage du VIH repose sur une démarche volontaire. Les dépistages volontaires sont essentiellement réalisés en médecine générale, en gynécologie et dans les laboratoires d'analyse médicale ou les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG). L'objectif de notre étude est d'estimer si, dans l'agglomération parisienne, la proximité aux CDAG et la densité médicale du quartier de résidence sont associées à des dépistages volontaires plus fréquents. Cette étude s'appuie sur les données collectées par la cohorte SIRS en 2010, auprès d'un échantillon aléatoire représentatif de 3000 adultes interrogés dans 50 quartiers de Paris et des 3 départements de la première couronne. Selon les quartiers, entre 10% et 49% des individus interrogés ont réalisé un dépistage volontaire du VIH au moins une fois dans leur vie. Ces variations spatiales sont largement associées à l'accessibilité de l'offre de dépistage. Les analyses par modèles multiniveau ont ainsi montré que - après ajustement sur certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques individuelles et contextuelles - la proximité aux CDAG (mesurée par le nombre de centres à moins de 20 minutes en transport en commun du lieu de résidence) est positivement associée au dépistage VIH volontaire lorsque la densité médicale (médecins généralistes, gynécologues et laboratoires d'analyse médicale) du quartier de résidence est faible.

*Etre "éloigné" du système de soins : l'effet de distances de nature géographique et sociale.* Antoine Rode (chercheur associé à l'UMR PACTE).

A Grenoble, les centres de santé ont été créés dans 5 quartiers prioritaires pour garantir une équité dans l'accès aux soins et pour lever en particulier le problème de la distance géographique, qui faisait qu'un certain nombre d'habitants de ces quartiers ne prenaient pas en charge leur santé. Pour autant, les professionnels de ces centres constatent amèrement que des personnes « éloignées » des soins demeurent dans les quartiers. Elles leur échappent doublement : à leur action mais également à leur compréhension. Pourquoi, malgré la mise en place de dispositifs adaptés et basés sur la proximité, les personnes en situation de précarité sociale accèdent et utilisent moins le système de soins que les autres ? Cette question, d'autres se la posent en France. Les sciences sociales sont appelées à donner leurs clés de lecture et ainsi expliquer des situations qui semblent *a priori* paradoxales. C'est l'objet d'une enquête sociologique que nous avons menée à Grenoble puis dans d'autres villes de France. Elle est basée sur une série d'entretiens avec les personnes identifiées comme étant « éloignées » du système de soins. Elle montre que des distances d'autre nature que celle géographique, pourtant bien réelle, jouent. Il peut s'agir de la distance sociale entre médecins et patients ou encore de la distance qui existe entre les normes véhiculées par les dispositifs de soins et celles portées par les individus que nous avons rencontrés. Parfois, c'est une mise à distance volontaire qui est exprimée par ces derniers et qui renferment un sens critique à l'égard du système de soins.

## Quartier et espaces de vie

---

*Enclavement du quartier, mobilité quotidienne et difficultés d'accès aux soins à Conakry et Douala,* Lourdes Diaz Olvera, Didier Plat et Pascal Pochet (Laboratoire d'Économie des Transports, Université de Lyon).

En matière d'offre de santé en Afrique subsaharienne, les villes apparaissent mieux loties que les villages. Aussi, les disparités d'accessibilité aux lieux de soins ont-elles été peu étudiées à l'échelle intra-urbaine. Dans quelle mesure, en contexte de pauvreté, l'accès des citoyens africains aux soins se trouve-t-il entravé par les caractéristiques intrinsèques des équipements de santé, mais aussi par leur répartition spatiale et les conditions d'accessibilité ? Des analyses secondaires de deux enquêtes ménages mobilité et d'entretiens réalisés en 2003 à Conakry et à Douala apportent des éléments de réponse. Dans un premier temps, l'approche développée, qui se concentre sur les pratiques de mobilité quotidienne et l'accès aux aménités urbaines, est présentée. Puis, les outils et recueils de données réalisés sont rapidement décrits, avant de présenter

les principaux résultats de cette étude. L'analyse du recours aux établissements publics / privés de différents niveaux dans les deux villes met en évidence un accès contrarié au système sanitaire. Parmi les différents obstacles relevés, il ressort que les problèmes d'accessibilité renforcent l'effet des déficiences propres au secteur (coût élevé, mauvaise qualité des soins) sur les difficultés rencontrées pour se soigner. Ces problèmes d'accessibilité se trouvent accentués, et sont plus particulièrement ressentis dans les zones périphériques enclavées, à la fois mal desservies par les transports en commun et sous-équipées en établissements sanitaires.

*Pour une approche multiscalair de l'accessibilité aux ressources de santé : accessibilité dans le quartier et accessibilité dans la ville, Julie Vallée (UMR Géographie-Cités, CNRS).*

L'(in)accessibilité spatiale d'un équipement ou d'un service est autant une question de personnes que de lieux. En ce sens il serait intéressant de définir et de mesurer l'accessibilité spatiale à partir d'un seuil de distance que l'on ferait varier selon les habitants. Pour illustrer cette idée, cette communication se propose de caractériser les inégalités d'accès aux ressources de santé (pharmacies, médecins généralistes et spécialistes) dans l'agglomération parisienne à partir de l'analyse quantitative des pratiques et des représentations spatiales de 3000 habitants (l'enquête « SIRS »). Le premier temps de cette communication concerne les pratiques de mobilité des habitants et leur espace d'activité. On montrera notamment pourquoi il importe d'articuler l'échelle de la ville à celle du quartier de résidence pour affiner la mesure des inégalités d'accès aux ressources de santé. Si on se concentre ensuite sur les équipements accessibles au sein du quartier de résidence (i.e. la seule échelle qui importe pour les populations peu mobiles), on se trouve confronté à la complexité et à la variabilité de la délimitation spatiale de ce qu'on entend par « quartier ». Chaque habitant a en effet sa propre représentation du quartier dans lequel il réside et de ses frontières. Dans un second temps, cette communication portera ainsi sur les façons dont les habitants se représentent l'espace de leur quartier afin de mettre en place des mesures locales d'accessibilité aux équipements qui tiennent compte non seulement de la localisation des équipements mais également de la capacité différenciée des individus à s'approprier l'espace. Ces mesures centrées sur les individus ("people-based accessibility") seront confrontées à des mesures plus classiques d'accessibilité centrées uniquement sur la répartition spatiale des équipements ("place-based accessibility") afin de voir si l'ampleur des inégalités intra-urbaines d'accès aux ressources locales de santé varie lorsque les représentations spatiales des individus sont prises (ou non) en compte.

*Le quartier de résidence dans les études environnement – santé : d'un focus exclusif sur le quartier à son intégration dans les trajectoires de mobilité. Basile Chaix (Équipe DS3, U707, INSERM).*

L'objectif de la présentation est de s'intéresser à un ensemble d'approches mises en œuvre pour intégrer de façon quantitative la notion de quartier dans les études d'épidémiologie sociale et contextuelle. Après une mise au point sur le sens que revêt la notion de quartier pour l'épidémiologiste, une première partie théorique s'attachera à discuter des différents critères de définition du quartier dans ces études. Alors que la majorité des études ont eu recours à une définition administrative du quartier, la seconde partie de la présentation rapportera différents exemples, notamment appuyés sur la Cohorte RECORD, d'un traitement automatisé et d'une délimitation automatisée du quartier dans l'étude des effets de quartier sur la santé à partir de larges bases de données. Un intérêt particulier sera porté à l'examen empirique de l'échelle spatiale du quartier comme zone d'exposition locale. Toutefois, au-delà de ces traitements automatisés, il semble important de collecter des informations auprès des participants d'études sur le sens qu'ils accordent à la notion de quartier et sur les contours qu'ils lui donnent. Une troisième partie de la présentation s'attachera à décrire l'application web de cartographie interactive VERITAS qui permet notamment de collecter des données sur les délimitations perçues ou vécues du quartier. Reconnaisant enfin qu'il est important de tenir compte de la façon dont le quartier de résidence s'intègre dans les trajectoires globales de mobilité dans les études des effets de l'environnement sur la santé, la présentation conclura sur l'utilité de recourir aux technologies GPS dans ces travaux, en présentant brièvement le protocole de l'Etude RECORD GPS en cours.