

## SESSION 3-4

### « Inégalités et anthropologie appliquée »

Thursday, September 12<sup>th</sup>

Room : E 102 à 15h00

#### **Saliha Chouguiat**

**Town** : Constantine, Algeria

**Job Title** : Enseignante

**Company** : Université de Constantine

**Title of the presentation** : « La Perception Des Risques Sanitaires Lie A L'habitat Insalubre A Constantine. »

#### **Abstract** :

La dynamique urbaine en Algérie est marquée par l'expansion spectaculaire des grandes villes. Celles-ci ont continué à capter une population de plus en plus importante. Les conséquences directes de cette situation est la prolifération de nouvelles périphéries urbaines. En effet, de nouveaux noyaux de vie s'installent, différents les uns des autres, tant sur le plan morphologique, social que spatial, d'où l'émergence des banlieues populaires en périphérie. La présente communication porte un regard spécifique sur la question de l'habitat et la santé. En tant qu'urbaniste, nous allons essayer de privilégier l'approche urbaine des problèmes sociaux de santé. En l'occurrence, il s'agit d'un quartier considéré comme l'un des quartiers les plus déshérité de la ville de Constantine et dont la marginalité dans la ville est reconnue du fait de son type d'habitat précaire et de sa population « pauvre » : c'est la cité de transit des 1500 chalets située à El Gammas à la périphérie Est de Constantine. Ce quartier est considéré en tant que territoire ayant une forte concentration de pauvreté et de précarité. Ces habitations sont exiguës, et abritent deux à trois familles vivant dans des conditions d'hygiène très aléatoires. C'est à travers ces observations sur le terrain que nous allons asseoir notre intervention. Cette sélection est fondée sur trois critères essentiels : dynamiques urbaines, environnement, et santé. Le lien entre ces trois concepts fondamentaux va nourrir de nombreuses interrogations autour de laquelle se structure cette communication : Les mauvaises conditions d'habitat insalubre en milieu urbain seraient elles la source de nombreuses pathologies (manifestations allergiques et de maladies cardiovasculaires) ? La normalisation de l'habitat serait - elle un facteur prépondérant pour une meilleure organisation d'accès aux soins par les élus locaux et acteurs des collectivités locales. Beaucoup de questions et tant d'autres restent à soulever et auxquelles nous tenterons de d'apporter un éclairage à partir de données récentes d'une enquête de terrain. Mots clés : dynamique urbaine, santé, environnement, pauvreté, habitat.

## **Caroline DE PAUW**

**Town** : Faches Thumesnil, France

**Job Title** : No indicated

**Company** : URPS Médecins Nord - Pas-de-Calais

**Title of the presentation** : « Renforcement des inégalités sociales de santé en médecine générale : influence des lieux d'implantation des cabinets et de leur aménagement. »

### **Abstract** :

La prise en charge des personnes précaires et la réduction des inégalités de santé est un leitmotiv sans cesse répétée dans les politiques. Ce souci, associé à celui d'assurer une égalité dans l'accès aux soins, aboutit à des expérimentations importantes mises en place ces dernières années comme la création des maisons de santé pluridisciplinaires ou encore l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, notamment pour les cabinets situés dans les zones appelés « déserts médicaux ». Cette communication se propose de présenter une partie des résultats issus d'une recherche ayant choisi d'explorer les conditions de consultation en médecine générale. 8 médecins installés dans des secteurs diversifiés (secteur défavorisé, secteur favorisé et secteur semi-rural) ont participé à cette recherche sociologique. Une ethnographie des cabinets médicaux a permis l'observation de 879 « attentes » et 698 consultations, complétées par les échanges informels et les entretiens semi-directifs avec chaque généraliste. Les résultats de cette recherche montrent que les médecins sont en situation d'anomie en ce qui concerne la prise en charge des personnes précaires : incertitude et absence de règles entraînent des pratiques hétérogènes qui ont un impact pour les patients. L'analyse des pratiques révèle certes l'impact du secteur d'exercice et de la patientèle qui le constitue, mais également l'influence du médecin lui-même. Plus spécifiquement, l'approche par les lieux a permis d'identifier des aménagements et des organisations des cabinets qui permettent non seulement de diminuer la stigmatisation des personnes précaires et d'améliorer les conditions de consultation, tant pour le médecin que pour ses patients. L'analyse des conditions d'accueil et de la salle d'attente permet d'appréhender comment l'aménagement d'un espace et l'accueil par une équipe de influence les conditions de la consultation à venir et confirme que la cohabitation sereine en salle d'attente de patients de catégories sociales différentes est possible. La prise en compte de la salle d'attente comme espace faisant partie intégrante du cabinet médical n'est pas évidente pour les médecins généralistes qui ne mesurent pas combien les conditions d'accueil peuvent contribuer à augmenter l'anxiété du patient, ou à la réduire si l'attente est rendue agréable. Or, la disposition spatiale (espace ouvert ou fermé, étroit ou vaste, etc.) et l'équipement (lumière, toilettes, chauffage, lecture, coin enfants etc.) des salles d'attente vont préfigurer les conditions de la consultation à venir. De plus, la présence d'un secrétariat présentiel joue un rôle d'accueil primordial. Par ailleurs, le cabinet de groupe, par la présence simultanée de professionnels voire d'une secrétaire médicale, semble être l'organisation qui permette le mieux de protéger les médecins des violences

parfois associées à l'exercice en secteur défavorisé comme les tentatives d'intimidation ou encore les menaces. A l'heure où les municipalités plébiscitent l'installation de maisons de santé au sein de leurs communes, cette communication se propose de discuter du lien entre urbanisation et système de soins et de mettre en lumière des organisations spécifiques en soins primaires qui permettent de contribuer à lutter contre les inégalités sociales de santé en améliorant non seulement l'accès aux soins mais également la qualité de ces derniers.

## **Cyrille HARPET**

**Town** : RENNES, France

**Job Title** : No indicated

**Company** : EHESP

**Title of the presentation** : « Ségrégations Spatiales Urbaines Et Cumuls Des Défaveurs : Analyse Anthropologique De Situations D'injustices En Santé-Environnement »

### **Abstract** :

La ségrégation spatiale de populations exposées au cumul des impacts en santé-environnement ne présente pas les mêmes formes d'un pays à l'autre. Il faut reconnaître avec Loïc Wacquant comparant la banlieue parisienne (la cité des 4000 à la Courneuve) avec les ghettos noirs américains (Chicago South Side), des similitudes dans les processus d'exclusion (refoulement aux marges des centralités urbaines de catégories sociales, économiques et ethniques) mais marquées par une différence essentielle entre les deux pays. « Il n'y a pas en France de ghetto monoethnique : il est de plus en plus pluriethnique »<sup>1</sup>. L'appartenance ethnique serait ainsi un premier facteur d'exclusion et de stigmatisation de communautés humaines, notamment sur les implantations urbaines à proximité de secteurs pollués. Nous en avons l'illustration à travers le mouvement de protestation en Caroline du Nord, « environmental justice », né suite à des affections de résidents d'un site industriel de stockage et recyclage de déchets chimiques. En France, la principale cause de ségrégation serait plutôt d'ordre socio-professionnel, d'appartenance ou non aux milieux populaires, « combinée avec un conflit de génération entre jeunes et adultes ». Ceci devient compréhensible avec la lecture que nous pouvons en faire de l'évolution des villes industrielles en périphérie des agglomérations urbaines françaises. L'observatoire des Zones Urbaines Sensibles (ZUS) mentionne que la moitié d'entre elles (dont 69% sont situées en Ile de France), sont affectées par des nuisances de bruit lié aux grandes infrastructures urbaines. Les communes inscrites dans ces périmètres sont deux fois plus exposées que les autres au risque industriel (périmètre SEVESO). L'historique des implantations industrielles et des classes ouvrières en expliquent les dynamiques urbaines, mais ne s'agit-il pas « des choix de localisation d'installations polluantes ou à risques dans les territoires défavorisés »<sup>2</sup> ? Aux inégalités socio-spatiales entre secteurs urbains s'ajoutent des vulnérabilités

environnementales. S'agit-il d'une acceptabilité sociale des populations quant à de telles expositions ou un déni des risques industriels, technologiques et sanitaires ? S'agit-il seulement de « disparités » territoriales, terme neutre et apolitique, ou faut-il y voir avec Cyria Emelianoff, un républicanisme qui « empêche de penser les différenciations, appose un couvercle sur les discriminations possibles ou latentes 3 ». A partir d'une enquête en anthropologie sur des territoires urbains (Lyon, Lille), les auteurs proposent d'analyser trois situations de cumuls de défaveurs pour qualifier les formes d'injustices associées. Auteurs : Cyrille Harpet (EHESP, Rennes, UMR 5600), Marie Peretti (CADIS-EHESP-Paris) 1 In « Ceinture rouge et ceinture noire », Aux marges des villes, traduction de An der Rändern des Städte, Hartmut Haeussermann, Martin Kronauer, Walter Siebel (sous la direction de ), Franckfurt-am-Main, Suhrkamp, 2004. Cette analyse est reprise partiellement dans le numéro spécial de la revue Espaces et Sociétés, Les villes nouvelles, 30 après, 119, n°4, éditions Erès, Paris, 2004, p219-224. 2 W ; Diebolt, A. Helias, D. Bidou, G. Crepey, Les inégalités écologiques en milieu urbain, Rapport de l'Inspection Générale de l'Environnement, Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable, Paris, 2005. 3 Dictionnaire de l'aménagement du territoire , état des lieux et prospective, sous la direction de Serge Wachter, éditions Belin, Paris, 2009 ; article « Inégalité environnementale », p167-171.

## **Nadia RACHEDI**

**Town** : Montpellier Cedex 4, France

**Job Title** : chef de service

**Company** : CONSEIL GENERAL DE L'HERAULT

**Title of the presentation** : « Amélioration de la couverture vaccinale dans un territoire urbain »

### **Abstract** :

Question traitée : la vaccination  
Méthodologie utilisée : Mise en place d'un groupe de travail transversal interinstitutionnel, plurisectoriel, transdisciplinaire : représentants du service Communal d'Hygiène et de Santé de la Ville de Montpellier; de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Hérault (CPAM 34) ; de l'Union Régionale des Professionnels de Santé du Languedoc-Roussillon des Pharmaciens et des Médecins; de l'Association Française des Pédiatres Ambulatoires; du Service Pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier; des Services de promotion de la santé des élèves de la Direction Académique des Services de l'Education Nationale et départemental de Protection Maternelle Infantile (PMI) de l'Hérault  
Territoire pilote : la ville de Montpellier  
Bases de données médico-administratives et ventes : CPAM 34 (2 ans) – année 2009 Bilan en écoles maternelles PMI 34 (4/5 ans) – année 2009/2010 GERS (consommation de vaccins 2009 et 2010 source pharmacies)  
Traitement des données par Tiers de confiance : Première étape : Géocodage à

l'échelle des Iris et cartographie, Géocible (statisticiens) Deuxième étape : Travail de validation et mise en perspective des données, rédaction d'un rapport d'étude et d'une synthèse, Nouvelle Fabrique des Territoires (Géographie de la santé) Résultats : - Construction d'une méthodologie et d'un outil permettant de produire une vision géographique à échelle fine d'une problématique de santé publique : le cartovaccins - Observation de la variété des profils de vaccination des enfants par quartier, ciblage des actions selon ses profils - Affichage et communication : Plaquette (Envoi postal aux pharmaciens, médecins libéraux, équipes PMI, médecins scolaires; Diffusion via les visites des Délégués de l'Assurance Maladie aux médecins et pharmaciens de Montpellier ; En ligne sur le site URPS médecins; Améli PRO local Montpellier) ; Communications (Congrès des pédiatres du Sud de la France le 15 juin 2012, 2ème états généraux de la santé en régions le 6 septembre 2012, le 28 novembre 2012, réunion des responsables des PMI Paris-Ile de France) ; Articles (Mag Hérault Novembre 2012; Moniteur des Pharmaciens) - Réunions des professionnels « Maison pour tous » : 1ère quartier Aiguelongue – Lunaret le 6 décembre 2012 - Actions auprès du public programmées la semaine européenne de la vaccination - Suivi et évaluation des actions réalisées, en particulier, grâce au cartovaccins 5 mots clés : vaccination, quartier, politique locale, suivi, démocratie sanitaire Inscription dans les thèmes proposés par le Colloque 3. Urbanisation et système de soins 5. Veille et observation de la santé et de ses déterminants

## **Gilles Armand Sossou**

**Town** : Orléans, France

**Job Title** : No indicated

**Company** : Laboratoire d'Economie d'Orléans

**Title of the presentation** : « Choix de médicaments dans un contexte de parallélisme de marché : variété réglementée versus variété parallèle »

### **Abstract** :

1. Question traitée La question traitée dans cette contribution se formule de la manière suivante : Quels sont les déterminants du choix entre la variété réglementée et la variété parallèle d'un médicament vendu dans un contexte de parallélisme de marché ? Depuis la fin des années 1980, le marché pharmaceutique béninois fait l'objet d'un parallélisme de marché. Ce phénomène se manifeste par la coexistence et le fonctionnement simultané de deux marchés pour un même médicament : un marché officiel et un marché parallèle. Pour un médicament, le consommateur a le choix entre la variété réglementée, offerte par le marché officiel, et la variété parallèle offerte par le marché parallèle. 2. Méthodologie utilisée L'étude a eu pour cadre Cotonou, la capitale économique du Bénin. Cotonou constitue la première ville du Bénin pour quatre motifs : sa croissance démographique et

spatiale ; sa contribution économique à la vie du pays et les opportunités qu'elle offre en termes d'infrastructures et d'équipements. Avec 52% du total des officines pharmaceutiques dénombrées au niveau national en 2011, Cotonou dispose d'une capacité d'offre de médicaments significative. Parallèlement à l'offre de la variété réglementée, il existe une offre de variété parallèle assurée par les différents réseaux du marché parallèle. Les données utilisées proviennent d'une enquête socioéconomique, en coupe instantanée auprès d'un échantillon de 480 ménages de Cotonou, réalisée d'octobre 2007 à janvier 2008. Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire administré au chef de ménage ou à son représentant dans six arrondissements sélectionnés de façon aléatoire parmi les 13 que compte la ville. Par construction, la population des chefs de ménage de Cotonou est partitionnée en deux groupes par un modèle logit, relativement à des variables économiques et sociodémographiques : le groupe des chefs de ménages qui choisissent la variété réglementée et celui des chefs de ménages qui choisissent la variété parallèle d'un médicament. Le modèle est estimé par deux méthodes : la méthode des intervalles de confiance standards et la méthode bootstrap. 3. Résultats Les résultats montrent que le choix des chefs de ménages est influencé par le prix de la variété, le différentiel de prix entre la variété réglementée et la variété parallèle d'un médicament, l'âge du chef de ménage, son sexe, son niveau d'instruction et le risque potentiel et/ou réel qu'il associe à la consommation de la variété parallèle d'un médicament. L'effet du revenu sur le choix des chefs de ménages n'est pas statistiquement significatif. 4. Mots clés : Choix, variété de médicaments, marché parallèle, parallélisme de marché, bootstrap.