



DEUXIEMES RENCONTRES DE GEOGRAPHIE DE LA SANTE

04 – 05 février 2021

Rennes

AVEC LE SOUTIEN DE :



INFORMATIONS

Rgs2020@protonmail.com

<https://rdvgeosante.sciencesconf.org/>

COMITE D'ORGANISATION

- | | |
|--|--|
| ▪ CHARREIRE Hélène
Université Paris Est Créteil / Lab'URBA | ▪ LUCAS-GABRIELLI Véronique
IRDES |
| ▪ GASQUET-BLANCHARD Clélia
EHESP / UMR ESO | ▪ RAPEGNO Noémie
EHESP / UMR ARENES |
| ▪ HOYEZ Anne-Cécile
CNRS – UMR ESO / Université Rennes 2 | ▪ SIFFERT Isabelle
Université Rennes 2 / UMR ESO |
| ▪ LE NEINDRE Charlène
IRDES | ▪ VAGUET Alain
Université de Rouen / UMR IDEES |
| ▪ LEFEBVRE Bertrand
EHESP / UMR ARENES | |

COMITE SCIENTIFIQUE

- | | |
|--|---|
| ▪ BOCHATON Audrey
Université Paris Nanterre / UMR LADYSS | ▪ HOYEZ Anne-Cécile
CNRS – UMR ESO / Université Rennes 2 |
| ▪ BONNET Emmanuel
IRD / UMI Résiliences | ▪ LE NEINDRE Charlène
IRDES |
| ▪ CHARREIRE Hélène
Université Paris Est Créteil / Lab'URBA | ▪ LEFEBVRE Bertrand
EHESP / UMR ARENES |
| ▪ CHASLES Virginie
Université de Lyon / UMR EVS | ▪ LUCAS-GABRIELLI Véronique
IRDES |
| ▪ CHEVILLARD Guillaume
IRDES | ▪ LYSANIUK Benjamin
CNRS -MàD à l'IRD / IFEA |
| ▪ DAUDÉ Éric
Université de Rouen / UMR IDEES | ▪ RAPEGNO Noémie
EHESP / UMR ARENES |
| ▪ ELIOT Emmanuel
Université de Rouen / UMR IDEES | ▪ TAGLIONI François
Université de la Réunion / UMR PRODIG |
| ▪ FLEURET Sébastien
CNRS – UMR ESO / Université d'Angers | ▪ SIFFERT Isabelle
Université Rennes 2 / UMR ESO |
| ▪ FOURNET Florence
IRD / UMI MIVEGEC | ▪ VAGUET Alain
Université de Rouen / UMR IDEES |
| ▪ GASQUET-BLANCHARD Clélia
EHESP / UMR ESO | ▪ VALLEE Julie
CNRS – UMR Géographie-Cités /
Université de Paris I |

LE PROGRAMME



LA CARAVELLE – RENNES

Photo par J-D Pauget

JEUDI 4 FEVRIER

09h30	OUVERTURE SESSION ZOOM Café d'accueil virtuel
10h-12h	SESSION INAUGURALE 10h00-11h00 : Partenaires institutionnels ▪ CNFG : <i>A. Vaguet et V. Lucas-Gabrielli</i> ▪ UGI : <i>E. Pilot</i> ▪ RFST : <i>S. Fleuret</i> ▪ CIST : <i>C. Le Neindre et A. Bochaton</i> 11h00-12h00 : Conférence inaugurale d'Éloi Laurent (OFCE / Sciences Po-Paris) ▪ « Environnement, santé et économie : des arbitrages aux co-bénéfices »
12h-13h	SESSION D'OUVERTURE – PRESENTATIONS COURTES Animateurs de session : B. Lefebvre, M. Fuentes ▪ 12h-12h15 « Modes d'accès à l'eau et risques sanitaires à Efoulan » <i>Judith Virginie Amougou</i> ▪ 12h15-12h30 « Mouvements de population associés à la diffusion et la propagation du nouveau coronavirus au Burkina Faso » <i>Issouf Traoré, François de Charles Ouedraogo</i> ▪ 12h30-12h45 « Apport des SIG dans la planification sanitaire : La prise en charge oncologique en Algérie » <i>Manel Naili, Djamel Telaidjia, Salah Eddine Lamri, Nessrine Naili</i> ▪ 12h45-13h00 « Modélisation Cartographie des territoires cancérogènes dans le sud algérien » <i>Manel Naili, Djamel Telaidjia, Salah, Eddine Lamri, Nessrine Naili</i>
13h-14h	DEJEUNER
14h-15h30	SESSION CNFG : ENJEUX ET STRATEGIES DE L'ACCES AUX SOINS Animateurs de session : V. Lucas-Gabrielli, C. Gasquet-Blanchard ▪ 14h00-14h20 « Pourquoi les patients contournent-ils l'établissement hospitalier le plus proche ? Le rôle de la qualité des soins » <i>Myriam Lescher, Charlene Le Neindre</i> ▪ 14h20-14h40 « De l'organisation de l'offre de soins aux inégalités d'accès aux soins : la prise en charge du cancer du sein en Ile-de-France » <i>Lucie Vialard-Arbarotti, Anne-Peggy Hellequin, Stéphane Rican</i> ▪ 14h40-15h00 « Accueillir et soigner. L'accès aux soins des demandeurs d'asile sur un territoire francilien » <i>Isabelle Siffert</i> ▪ 15h00-15h20 « Rendre les territoires ruraux attractifs pour les professionnels de santé : les apports d'une recherche participative (PLURAPLS 2016-2019) » <i>Thibault Moulaert, Grégoire Feyt, Marie-Christine Fourny, Jean-Luc Bosson</i>
15h30-16h	PAUSE
16h-17h30	SESSION CNFG : VILLES, ENVIRONNEMENT ET VULNERABILITE Animateurs de session : A. Vaguet, M. Sow ▪ 16h00-16h20 : « Évaluation des zones et périodes potentiellement favorables à l'implantation, à la prolifération et au maintien de population de moustiques vecteurs de la dengue, du virus Zika et du Chikungunya en région parisienne et à Bangkok (Thaïlande). » <i>Antoine Longo, Eric Daudé, Richard Paul</i> ▪ 16h20-16h40 : « Potentiels de vulnérabilité, de résilience et analyse des inégalités environnementales et sociales de santé grâce au développement d'indices composites à l'échelle des IRIS au sein de la Communauté Urbaine de Dunkerque. » <i>Delphine Brousmiche</i> ▪ 16h40-17h00 : « Vulnérabilité de la ville de Ouagadougou face à la dengue » - <i>Alix Rosemonde Wend-Bénédo Tougma, Emmanuel Eliot, Emmanuel Bonnet</i> ▪ 17h-17h20 : « Inégalités de santé face au diabète de type 2 au Sénégal: étude de cas dans la ville de Saint-Louis du Sénégal » - <i>Ndeye Awa Fall</i>

VENDREDI 5 FEVRIER

08h45	OUVERTURE SESSION ZOOM
09h-10h40	GEOGRAPHES DE LA SANTE EN ACTIONS (1) animateurs de session : G. Chevillard, H. Charreire 9h00-9h20 « Projet ACSESS : Analyse Cartographique et Socio-Economique du non-accès aux Soins en Santé mentale » <i>Jeffrey Blain, Virginie Chasles, Edouard Leane, Nicolas Chauliac</i> 9h20-9h40 « Le conventionnement sélectif, un outil pertinent pour lutter contre les inégalités territoriales de santé ? » <i>Guillaume Rousset</i> 9h40-10h00 « Difficultés et dilemmes autour de la construction d'un projet de recherche/action tourné vers la prévention de l'Ulcère de Buruli au Bénin » <i>Alexandra Boccarossa, Sebastien Fleuret</i> 10h00-10h20 « Atlasanté – un écosystème, une démarche, un outil ? » <i>Xavier Vitry</i> 10h20-10h40 « Méthode de territorialisation sanitaire du court séjour en France » <i>Jean-Marc Mace</i>
10h40-11h10	PAUSE
11h10-12h30	GEOGRAPHES DE LA SANTE EN ACTIONS (2) animateurs de session : I. Siffert, N. Rapegno 11h10-11h30 « L'espace de sociabilité : spatialiser le réseau social pour analyser les mécanismes du vieillissement en santé » <i>Giovanna Fancello, Basile Chaix, Cédric Sueur, Frank J. van Lenthe, Julie Vallée</i> 11h30-11h50 « Pour une géographie sociale de la santé mentale : questions méthodologiques, éthiques et réflexivité(s) » <i>Alexandra Baudinault</i> 11h50-12h10 « Réaliser son doctorat en CIFRE dans un réseau de santé et ses perspectives postdoctorales : géographe de la santé au sein de RESUVal » <i>Julie Freyssenge</i> 12h10-12h30 « Quels enseignements de la géographie de la santé pour la recherche sur l'action sociale ? » <i>Eugénie Terrier, Juliette Halifax</i>
12h30-14h	DEJEUNER
14h-15h40	PROMOTION DE LA SANTE animateurs de session : F. Taglioni, V. Chasles 14h00-14h20 « Agir sur un territoire pour promouvoir l'activité physique pour les personnes sédentaires en situation de précarité » <i>Anne Morillon, Stéphane Héas, Roselyne Joanny</i> 14h20-14h40 « Métropoles et sport-santé : dynamique nationale et étude du cas d'Orléans Métropole » <i>Romarc Rouennier, José Chaboche, Valérie Morales Gonzales</i> 14h40-15h00 « Promotion Santé et Développement Durable, deux approches sœurs à coupler pour le bien-être des habitants de la collectivité » <i>Timothée Delescluse, Anne Sophie De besses</i> 15h00-15h20 « La territorialisation sanitaire : le cas de la Martinique » <i>Audrey Jeannot, Pascal Saffache</i> 15h20-15h40 « L'initiation de l'allaitement maternel en France : tendances et disparités de 2010 à 2016 » <i>Andrea Guajardo Villar</i>
15h40-16h	SESSION DE CONCLUSION Préparation des prochaines RGS, discussion générale

LES PARTICIPANTS



IMGS 2015 – VANCOUVER

Photo par C. Gasquet-Blanchard

NOM	PRENOM	EMAIL
Amougou	Judith Virginie	ajuvie@yahoo.fr
Baudinault	Alexandra	baudinault@gmail.com
Blain	Jeffrey	j.blain@groupe-espi.fr
Boccarossa	Alexandra	alexandra.boccarossa@univ-angers.fr
Bochaton	Audrey	abochaton@gmail.com
Brousmiche	Delphine	delphine.brousmiche.etu@univ-lille.fr
Chantraine	Amélie	amelie.chantraine@irepsbretagne.fr
Charreire	Hélène	helene.charreire@u-pec.fr
Delescluse	Timothée	tdelescluse@promotion-sante-normandie.org
Fall	Ndeye Awa	ndevafall@yahoo.fr
Fancello	Giovanna	giovanna.fancello@parisgeo.cnrs.fr
Feyt	Grégoire	gregoire.feyt@univ-grenoble-alpes.fr
Fleuret	Sébastien	sebastien.fleuret@univ-angers.fr
Fourny	Marie-Christine	Marie-Christine.Fourny@univ-grenoble-alpes.fr
Freyssenge	Julie	j.freyssenge@resuval.fr
Fuentes	Mauricio	fuentesv.mauricio@gmail.com
Gasquet-Blanchard	Clélia	clelia.gasquet@ehesp.fr
Guajardo Villar	Andrea del Socorro	andrea.guajardo@santepubliquefrance.fr
Halifax	Juliette	juliette.halifax@apradis.eu
Hoyez	Anne-Cécile	anne-cecile.hoyez@univ-rennes2.fr
Jeannot	Audrey	amjeannot@gmail.com
Krafft	Thomas	thomas.krafft@maastrichtuniversity.nl
Laurent	Eloi	eloi.laurent@sciencespo.fr
Le Neindre	Charlène	leneindre@irdes.fr
Lefebvre	Bertrand	bertrand.lefebvre@ehesp.fr
Lescher Cluzel	Myriam	Myriam.CLUZEL@ehesp.fr
Longo	Antoine	antoine.longo@univ-rouen.fr
Lucas-Gabrielli	Véronique	lucas@irdes.fr
Macé	Jean-Marc	macejmarc@gmail.com
Morillon	Anne	anne2.morillon@gmail.com
Moulaert	Thibault	thibault.moulaert@umrpacte.fr
Naili	Manel	nailimanel.univannaba@gmail.com
Pilot	Eva	eva.pilot@maastrichtuniversity.nl
Rapegno	Noémie	noemie.rapegno@ehesp.fr
Rouennier	Romarc	rouennier.romarc@gmail.com
Rousset	Guillaume	guillaume.rousset@univ-lyon3.fr
Siffert	Isabelle	isabelle.siffert@univ-rennes2.fr
Sow	Mamadou	mosow@parisnanterre.fr
Taglioni	François	tagli@diplomacy.edu
Terrier	Eugénie	eugenie.terrier@askoria.eu
Tougma	Alix Rosemonde Wend-Bénédo	alixtougma@yahoo.fr
Traore	Issouf	t_issouf2000@yahoo.fr
Vaguet	Alain	alain.vaguet@univ-rouen.fr
Vialard-Arbarotti	Lucie	lucie.vialard@gmail.com
Vitry	Xavier	xavier.vitry@ars.sante.fr

LES RESUMES



LES HORIZONS – RENNES

Photo par F. Michel

Présentations courtes



LA VILAINE – RENNES

Modes d'accès à l'eau et risques sanitaires à Efoulan

Judith Virginie Amougou*¹

¹Université de Yaoundé I – Cameroun

Résumé

Des ménages de la ville de Yaoundé et en particulier du quartier Efoulan sont englués dans une vulnérabilité liée aux difficultés d'accès à l'eau potable avec pour corollaire des risques sanitaires multiples.

De nombreux auteurs ont montré comment un environnement pas toujours sain pouvait causer des maladies diarrhéiques (Nguendo, Salem et Bruneau, 2008). D'après Nola et al (1998) et Zebaze (2004), la qualité des eaux souterraines de Yaoundé expose les populations aux risques sanitaires à court ou long terme.

Cette recherche a pour but de montrer les liens existant entre les modes d'accès à l'eau et les risques sanitaires. Les enquêtes menées sur l'environnement de l'habitat et l'accès à l'eau ainsi que les analyses descriptives, explicatives de ces indicateurs ont permis de présenter l'état de vulnérabilité des ménages du quartier Efoulan. Les enquêtes portant sur les maladies hydriques (amibiase, typhoïde et démangeaisons) et la qualité de l'eau souterraine ont permis d'y déceler des risques sanitaires du fait de la pollution. Les analyses faites ont utilisé les statistiques descriptives notamment les fréquences absolues et les fréquences relatives de séries statistiques des variables, des associations à travers des tableaux croisés, des analyses statistiques de recherche de liens entre les variables notamment des corrélations. L'analyse corrélationnelle significative a enfin mis en exergue l'existence des influences entre l'accès à l'eau et les conditions de santé des ménages. En outre, l'analyse bactériologique de l'eau de puits et de sources, l'analyse qualitative et quantitative des risques sanitaires a mis en évidence les facteurs explicatifs de risques sanitaires des ménages.

Dans le cadre de cette thèse, nous proposons une modélisation qualitative et quantitative des risques sanitaires pouvant servir de référence aux pouvoirs publics, aux populations locales dans le cadre d'une gestion participative.

Mots-Clés: Yaoundé, Efoulan, Ménages, modes d'accès à l'eau et risques sanitaires.

*Intervenant

Mouvements de population associés à la diffusion et la propagation du nouveau coronavirus au Burkina Faso

Issouf Traore^{*1,2} and François De Charles Ouedraogo^{*2,3}

¹Université Ouaga II – Burkina Faso

²LERMIT – Burkina Faso

³Université Joseph Ki-Zerbo – Burkina Faso

Résumé

La pandémie du nouveau corona virus (Covid-19) interpelle le géographe de la santé pour documenter les aspects de diffusion et propagation qui restent des volets propres aux géographes. Le territoire du Burkina Faso est un écosystème dynamique et ouvert caractérisé par des mouvements de population par voies terrestre et aérienne. Ces mouvements de populations s'identifient, en fonction des échelles spatiale et temporelle, à trois types dont la circulation, la mobilité et la migration. Des facteurs comme la globalisation, l'internationalisation et la mondialisation ont sans doute exacerbé ces mouvements de population. L'objectif principale de cette étude vise à appréhender ces mouvements de population en rapport avec la diffusion et la propagation du Covid-19 à l'échelle nationale.

Le Covid-19 s'est propagé de la France au Burkina Faso par la combinaison de l'internationalisation et la mobilité. On dénombre au moins huit compagnies aériennes qui ouvrent le pays à la région Afrique et à l'international à partir de l'aéroport international de Ouagadougou. Une fois introduit au pays, la diffusion du Covid-19 s'est faite à l'intérieur de la ville de Ouagadougou à travers la circulation de sujets infectés par la fréquentation des lieux de culte, de travail et de commerce. La maladie s'est vite propagée à partir de l'épicentre Ouagadougou vers d'autres localités du pays. Cette propagation s'organise essentiellement autour de la mobilité interurbaine. De nombreuses compagnies de transport terrestre assurent quotidiennement la mobilité des usagers de Ouagadougou vers les autres villes du pays. La compagnie de transport la plus déconcentrée possède des gares routières dans 40 villes. Pour alimenter ce réseau, plus de 60 bus quittent chaque jours Ouagadougou. Le flux Ouagadougou-Bobo reste le plus important. On comprend pourquoi Bobo a été la seconde ville avec des cas confirmés de Covid-19. La maladie s'est propagée certainement de Ouagadougou à Bobo par l'entremise des compagnies de transport routier.

La circulation devient un type de mouvement de population qui assure la diffusion du Covid-19 à l'échelle de l'établissement humain. Cette diffusion prend place dans les milieux de vie, de travail et de jeux. Le nombre de sujets atteints augment dans la localité. Les mesures individuelles de protection comme le lavage de mains peuvent stopper cette diffusion. La mobilité quant à elle demeure le type de mouvement de population qui gouverne la propagation du Covid-19. Cette propagation implique les échanges entre deux ou plusieurs établissements humains. Le nombre de localités avec des cas augmente. La fermeture des aéroports et des gares routières sur toute l'étendue du territoire milite à la non propagation de la maladie.

*Intervenant

Apport des SIG dans la planification sanitaire : la prise en charge oncologique en Algérie

Manel Naili*¹, Djamel Telaidja*², Salah Eddine Lamri*³, and Nessrine Naili*⁴

¹Doctorante, Laboratoire Analyses Urbaines et Environnementales/ UBMA – Algérie

²Maître de conférences en Géographie et Aménagement. Chef d'équipe Dynamique urbaines et gouvernance au laboratoire " Analyses Urbaines et Environnementales"/ UBMA. – Algérie

³INSTITUT NATIONAL DE CARTOGRAPHIE ET DE TELEDETECTION – Algérie

⁴UNIVERSITE MHAND AKLI OULHADJ, BOUIRA – Algérie

Résumé

L'Algérie est un vaste territoire, le plus grand des pays d'Afrique avec une superficie de 2381741 km², administrativement est divisé en 58 wilayas selon le dernier découpage administratif. Sur le plan géographique 63 % des Algériens vivent dans le Nord, soit 4% du territoire national, 28 % sur les hautes Plateaux soit sur 9% du territoire alors que le sud, c'est-à-dire 87 % du territoire n'accueillent que 9% de la population totale.

L'Algérie est un pays très hétérogène caractérisé par des éléments physiques des conditions économiques et des pratiques sociales. Ces paramètres changeants induisent une transition épidémiologique marquée par les transformations environnementales, le changement des modes de vie, des modifications démographiques et d'autres paramètres historiques.

En 2019, 50.000 nouveaux cas des cancers différentiels et pas moins de 20.000 décès sont enregistrés. Face aux ces augmentations cauchemardesques des cancéreux, les acteurs de la santé publique sont face à des enjeux majeurs de prise en charge de cette pathologie lourde .

Devant l'ampleur du phénomène " Cancer ", L'Algérie a décidé de mettre en place son plan qui est adopté depuis 2015 pour atténuer de façon significative les effets sur la population algérienne, ce plan s'est fixé plusieurs objectifs centrés sur le patient, la maladie, le dépistage, prévention et l'information.

Par ailleurs, malgré les efforts de l'état dans l'amélioration de la planification sanitaire pour la prise en charge des cancéreux, les inégalités spatiales et les déséquilibres de l'offre de soins oncologiques est clairement visible en matière des moyens médico-techniques utilisés pour le dépistage ; diagnostic et traitement des cas de cancer ; ressources humaines spécialisées et non spécialisées ; capacités de formation de professionnels en médecins et personnel paramédical spécialisé.

L'Algérie compte 14 Centre de lutte contre le Cancer (CLCC), 77 unités oncologiques, 41 services et 20 cliniques privées inégalement répartis sur le territoire national. La visualisation de la cartographie de l'offre de soins généralement et spécialement en cancérologie démontre que la répartition spatiale des équipements se concentre sur la partie nord qui met

*Intervenant

la partie centrale et méridionale du pays dans déséquilibre sanitaire, de ce point les malades parcourent de longues distances du sud au nord pour se soigner, ce sont les distances qui pèsent sur les patients du point de vue physique, psychologique et surtout financier. Les systèmes d'Informations Géographiques (SIG) offrent des véritables avantages dans l'analyse de l'offre de soins par utilisation des outils d'analyse puissants, dans cette démarche, nous proposons de mesurer ces disparités socios spatiales d'accessibilité géographique aux structures sanitaires d'offre de soins oncologiques en se basent sur les informations géographiques et sanitaires, les sondages collectés de plusieurs sources pour intégrer ces données dans un seul modèle afin de ressortir les faiblesses dans la gestion des malades. Dans ce papier en doit démontrer l'apport du SIG dans l'analyse de l'offre de soins oncologiques en Algérie en répondants à ces questionnements : Quelles distances parcourent les malades. D'où proviennent-ils ? Pour quels types de services de santé ? Comment est répartie l'offre de soins oncologique ? Quelles sont les faiblesses dans la gestion des malades ? Comment y remédier avec les SIG?

Mots-Clés: Oncologie, SIG, Algérie, Cancéreux, Offre de soins.

Modélisation cartographique des territoires cancérigènes dans le sud algérien

Manel Naili*¹, Djamel Telaidja*², Salah Eddine Lamri*³, and Nessrine Naili*⁴

¹Doctorante, Laboratoire Analyses Urbaines et Environnementales/ UBMA – Algérie

²Maître de conférences en Géographie et Aménagement. Chef d'équipe Dynamique urbaines et gouvernance au laboratoire " Analyses Urbaines et Environnementales"/ UBMA. – Algérie

³INSTITUT NATIONAL DE CARTOGRAPHIE ET DE TELEDETECTION – Algérie

⁴UNIVERSITE MHAND AKLI OULHADJ, BOUIRA – Algérie

Résumé

L'Algérie est un territoire caractérisé par une hétérogénéité en géographie physique et humaine, le recensement général de la population et de l'habitat relève que 63% de nos habitants sont ainsi regroupés dans le nord sur 4% du territoire national. 28 % sont localisés sur les hauts plateaux soit 9 % du territoire alors que le sud, c'est-à-dire 87 % du territoire accueillent 9 % de la population. Le sud Algérien est un territoire à part à la suite des essais nucléaires, les impacts néfastes sur la santé de l'homme et environnement sont incalculables ce qui en fait un territoire spécifique.

Les rayonnements ionisants continuent de faire des ravages sur le plan environnemental comme sur le plan humain dans le sud Algérien. L'impact des rayonnements ionisants sur l'environnement et sur la santé est très écrasant, jusqu'à nos jours ces rayonnements continus d'affecter les populations locales par des cancers différentiels, des maladies des yeux, des malformations génétiques et d'autres maladies rares. D'autres parties de population ont été touchées directement ou indirectement par ces radiations mortelles transportées dans le sable, l'eau et l'air empoisonné. L'analyse des phénomènes spatiaux est plus efficace par l'utilisation des techniques de la Géomatique, lorsque les problématiques géographiques peuvent être quantitatives et qualitatives on peut faire une identification et interprétation des phénomènes, dans notre cas comment faire cette projection si notre phénomène est invisible, incolore et inodore.

Notre étude vise d'une part, à modéliser et à spatialiser les effets sanitaires et environnementaux, en évaluant la prédisposition du milieu à ce risque. Et d'autre part, à évaluer la susceptibilité du milieu à contenir des sources potentielles de contamination à partir de l'identification des zones qui présentent une plus grande contamination radioactivité, à l'aide de différentes méthodes analytiques.

Ces deux approches ont pour but de répertorier les zones risquées et d'orienter les hypothèses sur l'origine de la contamination épidémique. La zone d'étude concernée est l'extrémité sud Algérien. L'objectif est la mise en place d'un modèle géomatique qui nous permet de ressortir la relation de causalité entre la répartition spatiale des maladies épidémiologiques, les effets environnementale et les rayonnements ionisants, basé sur les données des cas et du milieu à partir de croisements entre ces données. Et ainsi leurs interactions, leurs combinaisons dans

*Intervenant

l'espace et le temps selon les critères d'Aléa et de vulnérabilité du milieu. Et d'autre part la mise en place des mesures de prévention.

En 2019 l'Algérie enregistre 50.000 nouveaux cas de cancer et pas moins de 20.000 décès. Dans la partie méridionale du pays les cancers courants sont la leucémie, le cancer de la thyroïde, le mélanome, cancer de sein et d'autres typologies. Le cancer est devenu une épidémie pour cela en doit se cerner aux profils des cancers pour étudier l'évolution épidémiologique de la région saharienne.

L'approche adoptée dans cette étude repose sur plusieurs méthodes nécessaires à sa réalisation. En effet les informations Spatiales, sanitaire, Environnementales a subits des traitements géographiques, mathématiques, physiques et informatiques. Les données obtenues ont été compilées et implémentées pour définir des modèles d'analyse diachronique et des cartographies thématiques.

Mots-Clés: Modélisation cartographique, Nucléaire, Territoire, Cancer, Sud Algérien

CNFG

Enjeux et Stratégies de l'accès aux soins



PALAIS DU COMMERCE – RENNES

Pourquoi les patients contournent-ils l'établissement hospitalier le plus proche ? Le rôle de la qualité des soins

Myriam Lescher^{*1,2} and Charlène Le Neindre

¹Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) – Institut de la Recherche et Documentation en Economie de la Santé – 117b rue manin, 75019 Paris, France

²Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche Appliquée en Economie de la Santé (LIRAES - EA 4470) – Université Paris Descartes - Paris 5 : EA4470 – Centre Universitaire des Saints Pères 45 rue des Saints Pères 75006 Paris, France

Résumé

Introduction :

En France, le système de santé garantit au patient le libre choix de son lieu de soins lors d'une hospitalisation programmée. Une part significative de patients contourne l'établissement hospitalier le plus proche de son domicile disposant de la spécialité médicale ou chirurgicale appropriée au traitement de sa pathologie, suggérant ainsi que la proximité géographique n'est pas le seul critère qui importe dans ce choix. Cette recherche étudie en particulier l'influence de la qualité hospitalière sur le consentement du patient à se déplacer au-delà de l'établissement le plus proche.

Méthodes :

Quatre bases de données sont appariées : (i) l'Enquête Santé et Protection Sociale (2012-2014) fournissant des données sur l'état de santé, la couverture maladie, les attributs socio-économiques et le recours aux soins des individus, (ii) le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (2011-2014) décrivant les séjours hospitaliers, (iii) la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (2011-2016) regroupant des informations sur leur nature, leurs capacités d'accueil et leurs activités et (iv) une base de données originale de la Haute Autorité de Santé (2011-2016) évaluant la qualité et la sécurité des hôpitaux et cliniques suivant cinq axes (certification de l'établissement, lutte contre les infections nosocomiales, évaluation de la douleur, suivi du dossier-patient, liens entre les soins hospitaliers et de ville) construite à partir d'informations en ligne accessibles à tous. La distance supplémentaire parcourue entre l'établissement de santé le plus proche et celui visité est estimée grâce à la géolocalisation des établissements et du domicile des patients dans un système d'informations géographiques, ainsi qu'au distancier routier développé par l'Agence de la biomédecine et l'Irdes. Un modèle de choix discrets permet d'analyser statistiquement la décision de contourner le service hospitalier le plus proche.

Résultats :

*Intervenant

Les résultats indiquent que (i) la majorité des séjours programmés ne se déroule pas au plus proche, (ii) la distance supplémentaire réalisée varie selon les spécialités, mais est souvent non négligeable et (iii) une meilleure qualité hospitalière n'accroît pas la probabilité de contourner le lieu de soins le plus proche. Le patient ne semble ainsi pas tenir compte de l'information mise à disposition par les autorités de santé. Ce résultat corrobore une littérature internationale peu démonstrative de l'efficacité de la publication de la qualité sur les choix hospitaliers. Les effets poussant le patient à contourner l'offre la plus proche paraissent davantage découler du canal de la recommandation de son médecin et d'autres caractéristiques de l'établissement. Et, l'âge avancé et la défaveur socio-économique demeurent les facteurs les plus importants qui confinent le patient à l'établissement le plus proche.

Discussion :

Pour encourager le choix éclairé du patient et la concurrence entre les établissements hospitaliers afin *in fine* d'améliorer la qualité des soins dispensés, il serait nécessaire de (i) repenser les modes de diffusion de l'information sur la qualité hospitalière et (ii) définir des indicateurs plus compréhensibles. Néanmoins, de la concurrence entre les établissements découlent leur spécialisation et la différenciation territoriale pouvant mettre à mal l'équité de l'accès aux soins, notamment pour les moins mobiles physiquement et/ou socio-économiquement.

Mots-Clés: accès aux soins, hospitalisation programmée, France, pratiques spatiales, qualité hospitalière

De l'organisation de l'offre de soins aux inégalités d'accès aux soins : la prise en charge du cancer du sein en Ile-de-France

Lucie Vialard-Arbarotti^{*1}, Anne-Peggy Hellequin², and Stéphane Rican²

¹LADYSS UMR 7533 – Université Paris Nanterre, Nanterre – France

²LADYSS UMR 7533 – Université Paris Nanterre, Nanterre – France

Résumé

Cette communication propose de présenter quelques résultats issus d'un travail de thèse en géographie de la santé. L'objectif est de montrer comment l'organisation des soins en cancérologie en Ile-de-France, peut participer à l'apparition de certaines inégalités territoriales de prise en charge du cancer du sein.

Cette étude a été produite d'une part, grâce aux données médico-administratives de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM), obtenues pour la période 2006-2014. L'exploitation de ces bases a permis la reconstitution et la comparaison des parcours thérapeutiques des femmes soignées pour un cancer du sein entre 2012 et 2014 en Ile-de-France. D'autre part, elle s'est fondée sur deux enquêtes qualitatives par entretien, conduites auprès de 31 femmes franciliennes affectées par la maladie et de 35 professionnels de santé exerçant dans la région.

L'organisation des soins en cancérologie vise à fluidifier et à structurer les parcours de soins des personnes malades. Depuis le Plan cancer 2003-2007, les hôpitaux héritent effectivement de missions respectives qui sont hiérarchisées à l'échelle régionale. Cette organisation a notamment été instituée pour rationaliser les investissements publics dans les équipements spécialisés en oncologie. Par ailleurs, la hiérarchisation de l'offre de soins a l'avantage de permettre aux personnes malades de bénéficier de soins adaptés à leurs besoins, au plus proche de leur domicile : tandis que quelques pôles de cancérologie assument les soins ultraspécialisés pour les cas complexes de cancer du sein, les sites de cancérologie sont théoriquement en charge à l'échelle locale, de la majorité des parcours dits " standards ".

Pourtant, les résultats de notre recherche montrent que cette organisation semble être en péril en Ile-de-France, car d'autres logiques viennent contrecarrer sa mise en oeuvre. En effet, dans cette région densément peuplée, de nombreux établissements sont titulaires d'une autorisation à traiter le cancer. Ainsi, les hôpitaux se disputent ardemment le recrutement des femmes soignées pour un cancer du sein et ce, indépendamment des missions qui leur sont théoriquement dévolues. Dans ce contexte très concurrentiel, les grands centres hospitaliers franciliens situés dans le centre de la région apparaissent extrêmement attractifs, car ils drainent l'essentiel des recours aux soins au détriment des autres hôpitaux.

Finalement, les inégalités d'accès à des soins de qualité menacent particulièrement les femmes qui résident dans les périphéries régionales et ce, pour deux raisons. Primo, elles risquent

*Intervenant

de ne pas accéder aux soins spécialisés dont elles pourraient avoir besoin, si elles sont systématiquement orientées vers les établissements périphériques en baisse d'activité. Secundo, elles risquent de ne pas bénéficier d'un accompagnement opportun et de subir inutilement le poids de la distance si elles sont systématiquement orientées vers les centres ultraspécialisés, a fortiori pour les femmes âgées ou socialement désavantagées.

A travers l'exemple de deux départements franciliens, cette communication propose de montrer comment ces rapports de concurrence sont territorialement construits, et en quoi ils influencent les conditions d'accès aux soins des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein.

Mots-Clés: Accès aux soins, Cancer du sein, Parcours de soins, Inégalités, Ile, de, France

Accueillir et soigner. L'accès aux soins des demandeurs d'asile sur un territoire francilien

Isabelle Siffert*¹

¹Espaces et Sociétés – Université de Rennes 2 – France

Résumé

Cette proposition de communication s'inscrit dans un travail de doctorat initié en septembre 2018 sur l'accès aux soins des personnes en demande d'asile sur un territoire de grande couronne francilienne. Il vise à adopter un regard géographique sur l'analyse des configurations d'accès aux services de santé et la collaboration des acteurs médicaux et sociaux impliqués dans l'accueil et la santé des demandeurs d'asile. Dans un double contexte de saturation et de répartition des dispositifs d'hébergement sur le territoire national, il s'agit de caractériser les voies d'accès aux soins des demandeurs d'asile selon leurs conditions résidentielles. Face aux spécificités administratives et sociales que posent le statut de demandeur d'asile, on peut notamment se demander si l'accueil dans une structure d'hébergement dédiée au " public migrant " rendrait plus opérante la prise en charge multimodale, à la fois administrative, sociale et médicale que suppose la condition de demandeur d'asile. Il s'agit alors d'évaluer le poids de l'instabilité résidentielle et des contraintes de mobilité sur un territoire fortement polarisé par la capitale. Ce projet de recherche s'intéresse également à la manière dont les acteurs médicaux et sociaux se heurtent aux évolutions des politiques d'accueil (transformations du Dispositif national d'accueil, politiques d'accès aux dispositifs dits " de droit commun ", à une couverture sociale...) ainsi qu'à la territorialisation de l'activité médicale et sociale. Il vise alors à décrire le déploiement d'une " problématique migrants " entre les acteurs médicaux et sociaux d'un territoire et les recompositions territoriales associées. La communication proposée reviendra plus précisément sur le contexte de l'accueil des demandeurs d'asile sur le territoire étudié et la typologie des acteurs impliqués dans leur accès aux soins, selon leur champ d'action sociale et leur statut institutionnel. Il s'agira également de présenter la méthodologie employée pour, d'une part recueillir les pratiques et points de vue des acteurs du soin et de l'hébergement social, d'autre part reconstituer les trajectoires de soins des personnes en demande d'asile en miroir de leur trajectoire résidentielle et leur parcours administratif. Les analyses proposées reviendront sur le développement d'actions et dispositifs spécifiques à l'accompagnement et la prise en charge sanitaire des populations migrantes ainsi qu'à l'évolution des interactions entre acteurs médicaux et sociaux dans leurs missions quotidiennes et leurs pratiques d'orientations. On s'interrogera notamment sur les capacités et moyens des acteurs médico-sociaux à se construire en réseau face à une problématique qui leur est plus ou moins nouvelle. Un regard particulier sera porté sur la mise en place d'espaces et de cadres de coordination et la manière dont ils contribuent à (re)dessiner les paysages sanitaires locaux.

Mots-Clés: demandeur d'asile, Dispositif national d'accueil, santé des migrants, coordination médico, sociale, trajectoire de soins

*Intervenant

Rendre les territoires ruraux attractifs pour les professionnels de santé : les apports d'une recherche participative (PLURAPLS 2016-2019)

Thibault Moulaert¹, Grégoire Feyt^{*2}, Marie-Christine Fourny^{*2}, and Jean-Luc Bosson

¹Pacte, Laboratoire de sciences sociales – Centre National de la Recherche Scientifique : UMR5194, Université Grenoble Alpes – France

²Politiques publiques, ACtion politique, TErritoires (PACTE) – Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, Université Joseph Fourier - Grenoble I, CNRS : UMR5194, Institut d'Études Politiques [IEP] - Grenoble, Université Pierre-Mendès-France - Grenoble II – IEP - BP 48 38040 Grenoble cedex 9, France

Résumé

Dans le cadre d'un programme européen, nous avons mené une recherche pluridisciplinaire (géographie, santé publique, sociologie) sur deux territoires ruraux alpins contrastés (Vercors et Trièves) afin de mieux comprendre les freins et leviers à l'installation des professionnels de santé dans ces espaces.

Si le cadre général des " déserts médicaux " est relativement bien identifié et associé à une panoplie de mesures de remédiation, l'enquête a voulu mieux comprendre le sens des freins à l'installation tant chez les soignants (modes de vie et d'habiter, attentes professionnelles, représentations des territoires, etc.) que dans les structures (complexité administrative des MSP, réseaux et relations sociales, etc.). La méthodologie s'est déployée en direction de trois publics. Une enquête préalable auprès de 20 professionnels de santé et 6 élus a visé à comprendre les difficultés vécues d'installation et les facteurs d'attractivité ; celle-ci a permis de mener une enquête quantitative auprès de 145 étudiants en médecine en 2ème et 3ème cycle, issus de milieux géographiquement diversifiés sur leurs attentes professionnelles et perceptions des espaces ruraux. Enfin, ces données ont alimenté des ateliers participatifs (Trièves) avec une vingtaine d'habitants, puis des élus et professionnels, avec l'objectif de dégager des " solutions " adaptées et réalistes.

Les soignants s'estiment conscients d'une spécificité de leur pratique dans ces contextes territoriaux : sentiment d'une pratique différente, attractivité (ou non) de la pratique de santé en zones fragiles, et enfin attrait pour l'innovation en santé. Grâce à l'enquête " étudiants ", une série d'hiatus entre leurs perceptions et les réalités rurales sont pointées. Les critères influençant le plus le choix du futur lieu d'exercice sont avant tout d'ordre personnel. On notera le faible score des dimensions économiques de l'installation : coût de la vie et du logement et aides à l'installation viennent en dernier. La qualité territoriale se joue ailleurs : dans la qualité de vie, dans les services mais aussi dans la couverture internet, le soutien des acteurs locaux, la dynamique éco et démo générale, mieux notés que les aspects strictement financiers. Quant aux conditions d'installation, elles sont peu connues. Fort logiquement, les étudiants déclarent bien connaître la pratique clinique et les conditions de travail d'un

^{*}Intervenant

exercice de médecin généraliste. Cependant, l'originalité de l'enquête a montré qu'une fois informés, les étudiants changeaient leurs représentations sur plusieurs facteurs.

Grâce aux ateliers, l'idée de " solutions évidentes " (primes à l'installation) a été battue en brèche. Le soutien au développement des MSP est apparu assez massif, tant pour les habitants que pour les professionnels de santé et élus, non sans une série de contradictions. Des pistes envisagées par les habitants, telle la télémédecine ou une " plaquette d'information " sur les professionnels de santé ne sont pas du tout suivies par les professionnels et les élus. Ensuite, certaines pistes ne sont pas envisagées avec la même priorisation entre d'un côté les professionnels de santé et les médecins, et de l'autre les élus. Ces derniers cherchent à agir sur les médecins, qu'il s'agit d'attirer ou d'encourager à améliorer leur disponibilité horaire, et moins à agir sur les collaborations entre professionnels de santé.

Mots-Clés: Déserts médicaux, attractivité et ruralité, recherche action, étudiants de médecine, représentations sociales

CNFG

Villes, Environnement et Vulnérabilité



PARC DU THABOR – RENNES

Évaluation des zones et périodes potentiellement favorables à l'implantation, à la prolifération et au maintien de population de moustiques vecteurs de la dengue, du virus Zika et du Chikungunya en région parisienne et à Bangkok (Thaïlande).

Antoine Longo^{*1}, Eric Daudé², and Richard Paul³

¹Identités et Différenciation de l'Environnement des Espaces et des Sociétés – Université de Caen Normandie, Université Le Havre Normandie, Université de Rouen Normandie, Centre National de la Recherche Scientifique, Université de Rouen Normandie : UMR6266 – France

²Identité et différenciation des espaces, de l'environnement et des sociétés (IDEES) – Université du Havre, Université de Rouen, CNRS : UMR6266, Université de Caen Basse-Normandie – MTG - IDEES
- Batiment IRED Université de ROUEN 7 Rue Thomas Becket 76821 MONT SAINT AIGNAN
FRANCE, France

³Institut Pasteur – Institut Pasteur de Paris – France

Résumé

Entre 2013 et 2016, le projet européen DENFREE a permis de modéliser le système pathogène de la dengue et a mis en évidence deux principaux résultats : i) certaines zones spécifiques peuvent être des points chauds de contamination hyper-localisés tout au long de l'année et ii) D'autres zones contribuent à la propagation du virus à plus grande échelle, agissant comme des " hubs ". Pour évaluer et généraliser ces résultats, l'objectif principal du projet MO3 (ANR 2020-2024) est d'identifier ces réservoirs potentiels de diffusion de virus en lien avec des facteurs environnementaux et anthropiques, pour agir efficacement pour la prévention des maladies. L'intérêt de ce travail de recherche sera d'estimer les potentielles niches écologiques des *Aedes* à une haute résolution spatiotemporelle, de chercher les facteurs socio-environnementaux liés à ces zones de niches, et de développer un outil capable de synthétiser ces informations pour l'aide à la lutte antivectorielle.

Ce travail de recherche, s'intéressant à l'implantation du moustique-tigre en région parisienne, s'appuie sur les résultats des précédents projets et modèles, notamment MODE (Model of Environment) qui avait pour but d'estimer les zones favorables à la prolifération d'*Aedes Aegypti*, à Bangkok et New Dehli. L'intérêt de ce nouveau travail sera triple : i) transposer MODE à une nouvelle espèce et dans un nouvel espace afin de tester sa généricité, ii) évaluer les estimations du modèle en allant relever la densité effective de moustique présent sur les zones testées (" hot spots ", " cold spots "), iii) identifier les facteurs sociodémographiques et socioculturels lorsque des différences spatialisées du risque vectoriel ne peuvent s'expliquer par des facteurs environnementaux.

*Intervenant

Pour accomplir ce projet de recherche, un travail bibliographique est en cours afin de construire une grille d'analyse des facteurs environnementaux qui sont corrélés avec la présence des *Aedes* (*Aegypti* à Bangkok, *Albopictus* en région parisienne), mais aussi pour connaître les facteurs anthropiques qui pourraient influencer sa présence sur certaines zones. Les enquêtes en population cible sont ici mobilisées, comme le font par exemple les études KAP (" Knowledge, Aptitudes, Practices ") qui mettent en relation les profils des individus (connaissance du risque) avec leurs pratiques et leur environnement proche.

Le modèle MODE et la chaîne de traitement développée sous le logiciel R serviront à réaliser les estimations de chaque élément de l'environnement ayant un impact sur l'implantation des *Aedes* (précipitations, température de l'air, végétation, gîtes larvaires potentiels et population humaine) afin d'évaluer les zones potentiellement favorables à leur diffusion. Des collaborations avec des chercheurs de Mahidol Institut (Bangkok) et de l'Entente de Lutte et d'intervention contre les zoonoses en Ile-de-France permettront de réaliser des enquêtes et des collectes par piégeage de moustique afin d'évaluer le lien statistique entre estimations et données terrain.

L'objectif de cette thèse est d'apporter une connaissance fine des facteurs environnementaux influençant l'implantation des *Aedes* dans les espaces urbains, mais aussi les facteurs moins reconnus comme ceux ayant une origine anthropique (culture du risque, niveau socio-culturel). L'outil développé sous R-Shiny sera conçu comme un outil stratégique permettant l'estimation simple et rapide du risque vectoriel à très fine résolution spatiotemporelle.

Mots-Clés: Risque – Maladies infectieuses – *Aedes albopictus* – Modèle de diffusion – Espaces urbains

Potentiels de vulnérabilité, de résilience et analyse des inégalités environnementales et sociales de santé grâce au développement d'indices composites à l'échelle des IRIS au sein de la Communauté Urbaine de Dunkerque

Delphine Brousmiche*¹

¹Laboratoire de Génie civil et Géo-environnement – Université de Lille – France

Résumé

Les évaluations actuelles des Inégalités Environnementales et Sociales de Santé portent principalement sur la vulnérabilité d'un territoire, qui reflète le cumul des contraintes péjoratives auxquelles sont soumises les populations. Ces analyses sont couplées à la caractérisation de facteurs sociétaux rendant ces populations plus ou moins fragiles. Elles n'intègrent pas, ou rarement avec la même importance, les impacts bénéfiques de l'environnement sur la santé.

Au regard de la diversité des facteurs impliqués en santé environnement, la complexité des interactions à considérer (les déterminants de santé n'étant pas indépendants) et la variabilité spatio-temporelle des phénomènes observés, des approches multidimensionnelles s'avèrent nécessaires. Une des méthodes reconnues pour traiter une telle problématique complexe repose sur la création d'indices composites, permettant également de rapprocher des domaines habituellement traités séparément. La transition d'un système complexe vers une mesure simple fait néanmoins face à de nombreux défis tels que la qualité, la disponibilité et/ou l'accessibilité des données mais également méthodologiques, l'unité spatiale d'analyse choisie conditionnant par ailleurs certains de ces défis.

Les indices reconnus étant plutôt développés pour de larges échelles, l'un des enjeux est de proposer une approche spatialisée de la balance résilience/vulnérabilité à très fine échelle en développant simultanément deux indices composites. Pour objectiver la pondération et l'agrégation, étapes cruciales pour la validité et la pertinence des indices développés, la méthode repose sur l'Analyse en Composantes Principales. Ces deux indices sont par la suite interprétés conjointement afin de pouvoir classer chaque unité spatiale parmi l'une des quatre typologies de territoire préalablement définies (" Résilient ", " A surveiller ", " Possède des ressources ", " Point noir territorial ").

Face à une situation où la Communauté Urbaine de Dunkerque (CUD) présente de fortes disparités sociales et de multiples sources de pollution, une démarche approfondie de diagnostic territorial tenant compte des enjeux de santé environnement a été engagée à très fine échelle. L'enjeu est de réduire les inégalités sociales et/ou territoriales de santé en prônant un environnement favorable à la santé et en garantissant l'accès aux équipements de santé pour toute la population. Afin de fournir la description la plus holistique possible des 93 IRIS de la CUD, 53 variables en lien avec le caractère multidimensionnel des phénomènes impliqués

*Intervenant

en santé environnement ont été collectées et/ou calculées. L'analyse conjointe des indices de résilience et de vulnérabilité a permis d'identifier 14 IRIS appartenant à la typologie " Point noir territorial ". Ces IRIS sont globalement plus vulnérables que les autres IRIS de la CUD (e.g. précarité économique plus élevée, population relativement moins diplômée, qualité de l'air plus dégradée) et ne possèdent pas/peu de ressources à mettre en oeuvre (e.g. évolution négative de la population active, faibles revenus, part moindre de la population avec un espace vert à proximité). Ce diagnostic constitue un outil d'aide à la décision pour par la suite prioriser la mise en place de politiques de santé publique spécifiquement adaptées.

Mots-Clés: Inégalités Environnementales et Sociales de Santé, Diagnostic territorial, IRIS, Point noir territorial, Politiques de santé publique adaptées

Vulnérabilité de la ville de Ouagadougou face à la dengue

Alix Rosemonde Wend-Bénédo Tougma*¹, Emmanuel Eliot², and Emmanuel Bonnet

¹Identités et Différenciation de l'Environnement des Espaces et des Sociétés – Université de Rouen
Normandie – France

²UMR IDEES – CNRS : UMR6266 – France

Résumé

Introduction : La dengue constitue un problème majeur de santé publique. L'urbanisation est un facteur important de l'expansion de la maladie, surtout en Afrique. Le Burkina Faso connaît ces dernières années une croissance de sa population urbaine, particulièrement dans sa capitale Ouagadougou, avec pour conséquence une dégradation des conditions sanitaires. Parallèlement, des cas de dengue y sont de plus en plus rapportés. Les années 2016 et 2017 ont enregistré des épidémies sans précédent de dengue, avec une inégale répartition des cas. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la vulnérabilité (définie comme capacité de prévention et de riposte) de la ville de Ouagadougou face à la dengue. Cette vulnérabilité s'observe au niveau de la population, mais aussi des autorités sanitaires, chargées de mener la riposte contre les épidémies.

Méthodologie : Nous avons adopté une méthodologie mixte. D'une part, une enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des populations de trois zones de la ville de Ouagadougou à niveau de vie différent a été réalisée. D'autre part, nous avons effectué des entretiens semi-directifs avec des structures ayant été impliquées dans la riposte aux épidémies de dengue de 2016 et 2017.

Résultats : L'enquête CAP a permis d'aboutir aux résultats suivants :

- Dans la zone à niveau de vie élevé, nous avons observé une bonne connaissance de la dengue, une utilisation de mesures de protection efficaces et un environnement de vie relativement salubre.
- Dans la zone à niveau de vie moyen, il y avait une faible connaissance de la maladie, une utilisation de mesures de protection limitées pour un plus grand nombre et efficaces pour une minorité. La gestion des déchets y était adéquate contrairement à celle des eaux usées.
- Dans la zone défavorisée, nous avons noté une très faible connaissance de la dengue et une utilisation de mesures de protection à efficacité limitée. L'environnement de vie y était insalubre avec une très mauvaise gestion des eaux usées et des déchets.

Les entretiens ont quant à eux révélé plusieurs failles dans la gestion des épidémies de 2016 et 2017 par les autorités sanitaires. Des problèmes d'ordre organisationnel et structurel, ainsi

*Intervenant

que des insuffisances dans la communication et la disponibilité des ressources matérielles, humaines, financières ont été relevées.

Conclusion : Les épidémies de 2016 et 2017 sont survenues dans un contexte de faible capacité de prévention et de riposte au sein de la population et des autorités sanitaires. Le degré de vulnérabilité diffère cependant d'un quartier à l'autre et dépend des conditions socio-économiques de celui-ci. La dengue reste une maladie urbaine, liée à l'insalubrité et au manque d'assainissement. En absence de vaccin, le meilleur moyen de lutte contre cette maladie est la lutte antivectorielle, qui nécessite une bonne coordination de la part des autorités sanitaires et une collaboration des différentes communautés.

Mots-Clés: Dengue, Ouagadougou, Vulnérabilité, Gestion des épidémies

Inégalités de santé face au diabète de type 2 au Sénégal: étude de cas dans la ville de Saint-Louis du Sénégal

Ndeye Awa Fall*¹

¹Université Gaston Berger de Saint-Louis Sénégal – Route de Ngallèle, B.P. 234 Saint-Louis, Sénégal

Résumé

Le diabète est une maladie chronique qui touche 463 millions de personnes à travers le monde en 2019 (Atlas FID, 2019). La majorité des diabétiques soit plus de 80% vit dans les pays à revenus moyens et faibles pendant que plus de la moitié des personnes vivant avec le diabète en Afrique ne sont pas diagnostiqués soit le pourcentage le plus élevé de diabète non diagnostiqué de toutes les régions du monde. L'Afrique subsaharienne est de plus en plus touchée par cette pathologie en raison de l'urbanisation progressive et des changements dans les habitudes alimentaires.

Au Sénégal, la prévalence du diabète tourne autour de 3,4% (STEPS, 2015) avec toutefois des disparités régionales considérables. La ville de Saint-Louis située au nord du pays enregistre l'une des plus fortes prévalences du pays soit 10,4% (Ndao, 2010). Au niveau de la principale structure hospitalière, le diabète fait partie des principales causes de morbidité et de mortalité (Fall, 2012). Un certain de déterminants sont à l'origine de cette situation. La consommation de menus gras et sucrés corrélée à une sédentarité est à en mettre en parallèle avec l'explosion du diabète, notamment en milieu urbain (Dimé, 2012). Ainsi, les enquêtes partielles réalisées couplées aux données de registres hospitalières et de la littérature font état d'une progression constante de la pathologie au sein de la population particulièrement chez les femmes de plus de 40 ans (Fall, 2013). Les raisons de cette situation sont liées à la sédentarité (79,7%), à l'obésité (30, 8%) la consommation alimentaire (75%).

Ces données montrent la nécessité d'une meilleure mise en œuvre du plan de lutte contre le diabète et d'une sensibilisation plus accentuée chez les femmes sans oublier la décentralisation de la prise en charge.

Mots-Clés: Maladies chroniques, diabète, déterminants, prise en charge, Sénégal

*Intervenant

Géographie de la santé en actions - 1



LOGEMENTS DU CROUS – RENNES

Projet ACSESS : Analyse Cartographique et Socio-Economique du non-accès aux Soins en Santé mentale

Jeffrey Blain^{*1}, Virginie Chasles², Edouard Leaune³, and Nicolas Chauillac⁴

¹Ecole supérieure des professions immobilières – groupe espi – France

²UMR 5600 Environnement Ville Société – Université Jean Moulin Lyon III, Université Jean Moulin - Lyon III – France

³Institut de recherches philosophiques de Lyon – Université Jean Moulin - Lyon 3 : EA4187 – France

⁴Health Service and Performance Research – Université Claude Bernard Lyon 1 : EA7425 – France

Résumé

Contexte : 3% de la population européenne n'a pas accès aux soins en santé mentale que nécessiterait son état. Ces besoins en santé non couverts concernent toutes les pathologies psychiatriques et correspondent à la fois à des ruptures de soins et à des situations de personnes n'ayant jamais eu accès à des soins. Ces besoins non couverts constituent un enjeu majeur de santé publique, en raison du nombre de personnes touchées et de leurs conséquences sociétales et individuelles. De multiples facteurs ont été évoqués pour expliquer ce non-accès aux soins, essentiellement sociodémographiques et économiques. Cependant, les études à ce sujet restent contradictoires, en particulier en raison de la difficulté d'accéder aux personnes concernées. C'est dans ce cadre qu'intervient l'équipe de psychiatrie Psymobile. Créée en 2012 au sein du Centre Hospitalier Le Vinatier, cette équipe a pour objectif de faciliter l'accès aux soins psychiatriques en se déplaçant à domicile et en agissant à la demande de proches ou d'autres intervenants. En 6 ans, plus de 1 100 patients en rupture de soins ou n'ayant jamais eu de contact avec des soins psychiatriques ont fait l'objet d'une demande.

Objectif : Le projet ACSESS a pour objectif d'identifier les facteurs de non-accès aux soins psychiatriques à partir de l'étude rétrospective des données des patients ayant été pris en charge par l'équipe Psymobile au sein de la Métropole de Lyon. Nous avons pour cela développé une approche quantitative qui vise à décrire la population d'étude et à caractériser les territoires de vie des patients.

Méthode : Dans un premier temps, la base de données patients Psymobile, qui inclut plusieurs informations individuelles, a été consolidée (année d'intervention, âge, sexe, diagnostic, demandeur, rupture de soins ou non et adresse du patient). Les données ont ensuite été géolocalisées à l'échelle de l'IRIS. Une typologie territoriale a été créée à partir de 7 variables démographiques, 6 variables socio-économiques et 7 variables de santé et de soins. Ces données ont été analysées par une méthode d'Analyse en Composantes Principales (ACP) et une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH). Un test de khi-deux a aussi été réalisé afin de comparer les différentes classes de la typologie territoriale.

Premiers résultats : Nous avons inclus dans notre étude 1 070 patients. L'analyse en ACP

*Intervenant

et la CAH nous ont permis de distinguer 6 profils de territoires au regard du contexte socio-économique, urbain et sanitaire. Quatre catégories de territoires ressortent comme ayant un lien avec une présence significativement plus forte de patients. Par ailleurs, les catégories de demandeurs de soins sont significativement différentes pour deux classes.

Perspectives : Le projet, en cours, sera complété avec de nouvelles analyses statistiques afin d'intégrer les informations sur les diagnostics médicaux des patients Psymobile et les variables individuelles des patients. Le développement de cette approche sera également mis en perspective avec les résultats d'entretiens semi-dirigés auprès des patients et de leurs familles et permettra d'identifier les territoires les plus fragiles à travers une analyse territoriale approfondie des obstacles à l'accès aux soins.

Mots-Clés: santé mentale, psychiatrie, non, accès aux soins, cartographie, analyse territoriale

Le conventionnement sélectif, un outil pertinent pour lutter contre les inégalités territoriales de santé ?

Guillaume Rousset*¹

¹Université Jean Moulin - Lyon 3 – IFROSS – France

Résumé

Les déserts médicaux - que nous préférons nommer " inégalités territoriales de santé[1] " - font l'objet d'une littérature abondante sur les différents outils qui peuvent exister afin de lutter contre leur développement et leurs effets. Pourtant, un outil fait l'objet d'une attention nettement moins nourrie alors qu'il est déjà appliqué par plusieurs professions de santé et qu'il est en débat pour d'autres professions : le conventionnement sélectif.

Le conventionnement sélectif est un système qui laisse libre un professionnel de santé de s'installer sur un territoire, mais qui conditionne son conventionnement avec la Sécurité sociale au départ préalable d'un autre professionnel lorsque le territoire d'installation est considéré comme une zone sur-dotée. Ainsi, un professionnel qui souhaite s'installer dans un territoire sur lequel l'offre est excédentaire en a tout à fait la possibilité technique, mais ne peut pas être conventionné s'il s'installe en plus - et non à la place - d'un professionnel déjà présent.

Les infirmiers[2], les sages-femmes[3] et, après plusieurs rebondissements, les masseurs-kinésithérapeutes[4] ont accepté, par négociation avec l'assurance maladie, de limiter leur liberté d'installation en mettant en place cet outil. La piste est à l'étude pour les chirurgiens-dentistes[5] et a été envisagée pour les médecins[6] avant d'être rejetée.

Cet outil est intéressant à analyser pour plusieurs raisons. D'abord, parce qu'il constitue une sorte d'intermédiaire entre les deux tendances classiques de la régulation de l'installation des professionnels de santé, l'incitation et la coercition. Ensuite, parce que, comme cela a été dit, il est mis en place par un nombre croissant de professions de santé, montrant un développement constant. Enfin, parce qu'il est préconisé par certaines autorités publiques comme la Cour des comptes[7] ou le Conseil économique, social et environnemental[8].

Le but de cette intervention consiste donc à étudier la pertinence de cet outil pour lutter contre les inégalités territoriales de santé sans créer d'autres difficultés pour autant. Il faut en effet avoir à l'esprit que son appréciation est, à ce stade, assez nuancée, entre les atouts et les limites de son application. Il produit des effets intéressants en limitant de manière effective l'installation dans les zones sur-denses[9] mais sans forcément que, de façon corrélative, cela s'accompagne d'une augmentation réelle des installations dans les zones sous-denses, au profit en réalité des parties frontalières des zones sur-denses[10]. Au-delà, certains craignent, spécialement, si ce conventionnement est appliqué aux médecins, que ne se développe un risque de détournement de l'exercice libéral au profit d'autres modes d'exercice. Pourtant, il est légitime de s'interroger sur sa généralisation à toutes les professions de santé à partir du moment où plusieurs professions paramédicales (infirmières et masseurs-kinésithérapeutes) et médicales (sages-femmes) y ont recours.

*Intervenant

Difficultés et dilemmes autour de la construction d'un projet de recherche/action tourné vers la prévention de l'Ulcère de Buruli au Bénin

Alexandra Boccarossa*¹ and Sebastien Fleuret*²

¹Laboratoire ESO – Espaces et Sociétés - Site à Angers – ESTHUA : Tourismet culture – France

²Laboratoire ESO – Espaces et Sociétés - Site à Angers – UFR ESTHUA : Tourismet Culture – France

Résumé

Comme beaucoup de maladies tropicales négligées (MNT), l'Ulcère de Buruli touche une population pauvre qui vit dans les régions rurales reculées en Afrique de l'ouest et centrale. L'infection apparaît généralement dans des villages situés à proximité de grands réseaux hydrographiques ou des zones humides associées. De plus, l'incidence est plus élevée dans les villages qui n'ont toujours pas accès à des installations d'assainissement de base, comme des toilettes ou des latrines, ou qui continuent de boire ou de se laver avec de l'eau provenant de ressources " non-protégées ", les abords d'un ruisseau ou d'une mare par exemple. Peu connue du grand public, cette infection de la peau intrigue la communauté scientifique à fois sur le fonctionnement de l'écologie de cette bactérie mangeuse de chair ou sur ces modes de transmission à l'homme qui sont toujours incertains. Si on observe des progrès ces deux dernières décennies dans la prise en charge thérapeutique et son diagnostic médical, le niveau de connaissances est loin d'être suffisant pour pouvoir l'éradiquer ce qui lui vaut d'ailleurs le qualificatif de maladie " mystérieuse ".

Comment une personne peut-elle contracter la maladie ? À partir de quelles ressources aquatiques et à quels moments ? Pourquoi touche-t-elle un individu et pas un autre ? Comment mieux lutter contre ? C'est autour de ces grands questionnements que le programme de recherche GEANT[1] a été conçu en 2018 pour une durée de deux ans. En dehors de l'intérêt scientifique qui est celui d'arriver à comprendre l'étiologie de cette maladie, l'acquisition de ces informations est aussi indispensable pour concevoir un projet de prévention adaptée et efficace. Dans ce sens, des observations approfondies sur le terrain à une échelle micro-locale (le village ou le quartier) des facteurs environnementaux ou anthropiques pouvant influencer la présence de la bactérie *M. ulcerans* ont été réalisées pendant six mois par des géographes et dans une trentaine de villages au sud-est du Bénin.

Cette recherche expérimentale a permis la généralisation d'un faisceau d'indices concernant l'étiologie et les modes de contamination de l'Ulcère de Buruli que nous souhaiterions désormais traduire en un projet de recherche/action. Le but de notre communication est d'exposer les difficultés et les dilemmes qui entourent aujourd'hui la construction de ce projet. Ceux d'une part de cibler les zones d'intervention pour lesquelles des actions de prévention seront déployées et d'autre part de formuler des recommandations simples et efficaces à l'égard des groupes de villageois concernés tout en favorisant, si possible, un changement sociale voire socio-spatial (

*Intervenant

Atlasanté – un écosystème, une démarche, un outil ?

Xavier Vitry^{*1}

¹Agence Régionale de la Santé Auvergne Rhône Alpes – Ministère de la santé – France

Résumé

Atlasanté est une démarche autour de la gestion du patrimoine de données géographiques qui vise à recenser les données utiles au champs de la santé en France et à fédérer les usages. Cette démarche est mutualisée entre les ARS et les ministères sociaux.

C'est un catalogue de données, librement accessible, mais aussi un ensemble de services métiers destinés à faciliter la vie des agents et des partenaires sur leurs problématiques métiers. Du diagnostic territorial à l'installation des professionnels de santé, de la légionellose à la gestion de l'ambroisie, des défibrillateurs aux projets de maisons de santé et l'implantation de l'offre de prise en charge, les équipes Atlasanté sont mobilisées au service des agents et de leurs partenaires autour d'une trentaine de projets.

Ce patrimoine de données, d'outils et de projets offre un ensemble de fonctionnalités permettant de répondre à plupart des besoins métiers. Peu importe qu'il s'agisse de produire, valoriser ou diffuser de la donnée sous forme de carte ou de dataviz. La démarche étant ouverte et les outils adaptables, il est relativement simple de les faire évoluer pour les adapter progressivement aux besoins de chacun. Autour des outils, ce sont les communautés professionnelles qui se structurent pour échanger, travailler en commun, partager ses bonnes pratiques et co construire leurs solutions.

C'est aussi un réseau de référents en région, au sein du ministère et parmi des partenaires qui échangent et réfléchissent sur leurs besoins, leurs pratiques et leurs usages de l'information géographique. Au-delà des aspects techniques, les projets sont montés à partir des usages des utilisateurs. L'une des ambitions de la démarche est d'alimenter le débat public en données et en outils afin de soutenir une réflexion partagée entre décideurs et citoyens. Aujourd'hui, la mise en place d'un socle solide permet d'envisager l'animation de débats publics illustrés par des produits Atlasanté.

Qu'ils s'agissent de rapports d'étudiants, d'apprentissages des outils SIG, de préparer aux métiers des ARS, d'imaginer des échanges interservices, de produire et diffuser de la donnée, d'observer des usages ou d'en construire de nouveaux. A travers quelques exemples, découvrez cet écosystème et imaginez comment dans l'enseignement et la recherche de la santé, ce patrimoine pourrait vous être utile.

Mots-Clés: portail de données, dataviz, diagnostic territorial, inégalités territoriales de santé

^{*}Intervenant

Méthode de territorialisation sanitaire du court séjour en France

Jean Marc Mace*¹

¹Laboratoire interdisciplinaire de recherche en sciences de l'action – Conservatoire National des Arts et Métiers [CNAM] : EA4603 – France

Résumé

Il est proposé une recherche opérationnelle portant sur la territorialisation sanitaire du court séjour en France afin de mieux intégrer la démarche d'évaluation socio-économique des politiques publiques du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins. Cette communication porte sur une méthode d'analyse pertinente et cohérente de territoires en vue d'une élaboration d'axes d'actions sur ceux-ci par l'Agence Régionale de santé. Aux regards des outils existants et embryonnaires, il est impératif de construire une méthode de référence de territorialisation sanitaire qui vienne renforcer les travaux de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), tout en s'intégrant dans les problématiques soulevées, non seulement par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). La méthode suivie repose sur une analyse empirique des flux du recours au soins de courts séjours des usagers sur l'ensemble de la France métropolitaine de l'exercice 2018. Dans la mesure où tous les services de maternité doivent être adossés à un service de chirurgie, le plateau technique de chirurgie constitue un élément déterminant dans la construction de territoires vécus du domaine du " Court Séjour ". Dans cette logique de territorialisation, et afin d'éviter une superposition intempestive de plusieurs niveaux de territoires (médecine, obstétrique), le territoire vécu de " niveau 1 " de la chirurgie constitue la référence territoriale dans la prise en charge des usagers du domaine du " court séjour ". Pour construire ce maillage géographique infrarégional élémentaire pertinent pour la gestion administrative, et disposer d'un territoire opérationnel respectant la territorialité des usagers, le " territoire vécu " initial est organisé autour d'un pôle hospitalier de chirurgie. Dans la mesure où cette analyse est effectuée pour une discipline donnée, il s'agit d'un espace qui reflète bien une pratique spatiale homogène des hospitalisés de chirurgie, ce qui correspond à un véritable " territoire vécu hospitalier ". Pour mettre en place un maillage opérationnel initial, il s'agit d'étudier les flux " départ-arrivée " des hospitalisés en chirurgie selon la " méthode des flux relatifs ". Ainsi, les codes postaux sont agrégés entre eux en fonction de l'orientation majoritaire des flux (même de manière relative) des hospitalisations domiciliées dans chaque code postal. La méthode est basée sur un " tri décroissant " de chaque " lieu de départ " vers tous les " lieux d'arrivée ".

La construction territoriale : 1) aggrégation des codes postaux sans contrainte d'autarcie; 2) opération est renouvelée de manière itérative jusqu'à ce que l'ensemble des territoires de niveau 2 de chirurgie soient tous supérieurs ou égaux à une autarcie de 50 %. La troisième phase consiste enfin à intégrer l'ensemble des hospitalisations de court séjours (médecine, chirurgie, obstétrique) domiciliées dans chaque territoire chirurgie; 3) intégration des flux

*Intervenant

MCO domiciliées dans chaque territoire ainsi obtenus pour connaître le taux d'autarcie final MCO de chaque territoire.

Cette communication s'intéresse à apporter un diagnostic territorial le plus réaliste possible auprès des " pouvoirs publics " dans le but d'un éclairage objectif afin de conduire au mieux les politiques publiques

Mots-Clés: territorialisation sanitaire

Géographie de la santé en actions - 2



MAISON A PANS-DE-BOIS– RENNES

L'espace de sociabilité : spatialiser le réseau social pour analyser les mécanismes du vieillissement en santé.

Giovanna Fancello^{*1}, Basile Chaix², Cédric Sueur^{3,4}, Frank J. Van Lenthe⁵, and Julie Vallée⁶

¹Géographie-cités – CNRS : UMR8504, Université Paris 1 - Panthéon-Sorbonne, Université Paris VII - Paris Diderot, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) – France

²Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique – CNRS : UMR1136, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - INSERM, Université Pierre et Marie Curie [UPMC] - Paris VI, Institut Pluridisciplinaire Hubert Curien – France

³Institut Pluridisciplinaire Hubert Curien – université de Strasbourg, CNRS : UMR7178, Université de Strasbourg – France

⁴Institut Universitaire de France, Paris – Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique – France

⁵Department of Public Health, Erasmus MC Rotterdam – Pays-Bas

⁶Géographie-cités – CNRS : UMR8504, Université Paris I - Panthéon-Sorbonne, Université Paris VII - Paris Diderot, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) – France

Résumé

Bien qu'il soit reconnu que la santé des individus varie selon leur intégration sociale, leur mobilité quotidienne et les environnements sociaux et physiques auxquels ils sont quotidiennement exposés, ces différents aspects de la vie quotidienne demeurent rarement considérés ensemble.

Cette recherche a pour objectif d'étudier les lieux où les personnes âgées échangent quotidiennement avec les membres de leur réseau social (" espace de sociabilité ") pour une meilleure compréhension de leur qualité de vie et de leur vieillissement en santé. Dans ce but, nous allons étudier les relations entre les caractéristiques spatiales et structurelles des réseaux sociaux des individus et différents indicateurs de leur vieillissement en santé, en ciblant plus particulièrement leur santé mentale. Cette analyse sera réalisée afin de prendre en considération les possibilités que les personnes âgées ont de participer activement à la société et de profiter d'une bonne qualité de vie. Elle fait ainsi écho à l'Approche par les Capacités développée par A. Sen, qui souligne que la qualité de vie (et la santé) des individus dépend des habilités personnelles dont ils disposent pour convertir les opportunités spatiales et sociales en vue d'accomplir ce à quoi ils aspirent.

Nous utilisons les données collectées lors d'une enquête menée auprès de 200 personnes âgées (60 ans et plus) résidant en Ile de France. L'enquête, réalisée dans le cadre des projets HANC et MINDMAP, fournit des informations sur l'état de santé et le profil socioéconomique des participants, ainsi que sur leurs quartiers de résidence et les lieux régulièrement visités (à

*Intervenant

partir du questionnaire spatial VERITAS). De plus, un volet spécifique à leur réseau social permet aux participants de lister chaque membre de son réseau social, de les caractériser (profil sociodémographique et lieu de résidence), de préciser leur niveau d'interconnaissance et de spécifier les lieux et les activités réalisées ensemble.

Les espaces de sociabilité sont d'abord explorés à partir de leurs caractéristiques spatiales intrinsèques (nombre de lieux de sociabilité, concentration spatiale, distance à la résidence, etc.) et environnementales (localisation dans l'espace de la ville, proximité aux services publics et privés, structure sociale et démographique des quartiers visités, etc.). Ensuite, à partir de régressions bivariées et multivariées, nous examinons si les variations des caractéristiques spatiales, structurelles et environnementales peuvent être statistiquement expliquées par : a) la structure du réseau social (taille du réseau social, densité, fréquence des contacts, clusterisation, assortativité, etc.) ; b) le profil socio-économique du participant (âge, sexe, revenu, niveau d'éducation, etc.) ; et c) les caractéristiques de leurs quartiers de résidence définies selon des attributs objectifs et subjectifs (localisation, densité et qualité des services, accessibilité piétonnière et composition socio-économique). Enfin, nous effectuons une analyse de cluster pour identifier les configurations d'espaces de sociabilité, de réseau social, de quartiers résidentiels et de profils individuels qui sont associées à la santé mentale (dépression et santé mentale perçue).

Parmi la diversité des configurations spatiales et sociales qui seront identifiées, nous examinerons attentivement celles qui sont susceptibles d'être des causes ou des conséquences des problèmes de santé mentale.

Mots-Clés: espace de sociabilité, santé mentale, vieillissement en santé, réseau social

Pour une géographie sociale de la santé mentale : questions méthodologiques, éthiques et réflexivité(s)

Alexandra Baudinault^{*1}

¹Laboratoire MEDIATIONS – Sorbonne Universités, UPMC, CNRS – France

Résumé

Dans le domaine des SHS, la philosophie et la psychanalyse ont souvent fait le lien entre maladie mentale et espace mais les géographes se sont finalement assez peu intéressés à cette proximité. Les recherches bibliographiques mènent vers des travaux s'intéressant aux lieux, aux espaces de la folie ou des fous dans un paradigme classique de l'espace géographique pensé comme un donné, organisé et objectif, s'offrant aux yeux de l'observateur. En France, il existe dans le champ de la géographie de la santé, une géographie de la santé mentale, des espaces et des lieux qui en prennent soin et la contiennent – asiles, hôpitaux psychiatriques, structures de soin, maisons de patients (Dory, 1988, 1991 ; Coldefy, 2010) – dont le très riche *Atlas de la santé mentale en France*[1] rend compte. Plus récemment, Zoé Codeluppi (Codeluppi, 2016, 2017, 2019), chercheuse à l'Université de Neuchâtel a soutenu une thèse qui apporte des éléments de compréhension sur les relations entretenues entre l'environnement urbain et la psychose et a apporté de nouvelles connaissances sur les pratiques urbaines des jeunes adultes schizophrènes.

C'est donc ici plusieurs angles morts de la recherche en géographie de la santé mentale qui se dessinent et qui me permettent d'énoncer une position de recherche :

- en France, la géographie s'est emparée de la question de la santé mentale du point de vue de la maladie, des malades et des lieux qui les accueillent ;
- la question des pratiques spatiales des psychotiques, en particulier des schizophrènes, n'a pas encore été abordée dans le cadre de l'espace français ;
- les géographies proposées sont souvent portées par des objectifs d'application concrets visant l'évolution des thérapeutiques et de la prise en charge ;
- la réflexion théorique et épistémologique en géographie autour des liens qui s'établissent entre spatialités et troubles psychiques est à construire : comment *faire avec l'espace* (Lussault, Stock, 2010) quand on est en situation de handicap mental, psychique ou cognitif ?

Ce programme de recherche vise à travailler les spatialités au travers des théories de la justice spatiale (Lévy, 2018) et de la domination dans une perspective socio-spatiale. Il engendre des questions méthodologiques et interroge tout à la fois la réflexivité et l'éthique du chercheur.e sur les lieux, les acteurs et les actes enquêtés. Ce sont ces interrogations que je souhaite présenter et soumettre aux débats et à la discussion collective.

^{*}Intervenant

Santementale.atlasante.fr : disponible depuis août 2017, l'atlas est une base de données (Géoclip) qui recense 350 indicateurs et permet d'établir des projets de territoire.

Mots-Clés: santé mentale, handicaps mentaux et psychiques, justice spatiale, éthique, spatialité

Réaliser son doctorat en CIFRE dans un réseau de santé et ses perspectives postdoctorales : géographe de la santé au sein de RESUVal

Julie Freyssenge^{*1}

¹Université Claude Bernard Lyon 1, EA 7425 HESPER Health Services and Performance Research, Lyon, France – Université Claude Bernard - Lyon I : EA7425 – France

Résumé

Docteure depuis novembre 2019, j'ai eu l'opportunité de réaliser mon doctorat au sein d'un réseau de santé, le réseau des urgences de la vallée du Rhône (RESUVal), grâce à l'obtention d'une Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRE). Il s'agit ici de présenter un retour d'expérience de mon intégration au sein de RESUVal et de l'impact sur mon travail de recherche.

RESUVal est un réseau des urgences mis en place par l'ARS Rhône-Alpes en 2010. Il a pour objectif de fédérer des médecins autour de recommandations pour optimiser la prise en charge et promouvoir un accès universel au traitement. RESUVal englobe ainsi 40 services d'urgences, le long de la vallée du Rhône, sur tout ou partie de cinq départements. RESUVal assure le recrutement de patients au sein de registres. Ma proximité avec les données et leur disponibilité a ainsi été un point fort de ma thèse. Mon intégration a été totale au sein du réseau, et de manière plus large vis-à-vis d'un grand nombre d'acteurs de la santé de la région Auvergne Rhône-Alpes. Cependant, le processus d'intégration n'a pas toujours été aisé, le premier des enjeux ayant été de faire comprendre l'apport d'un géographe de la santé, n'ayant pas pour seule utilité de faire des cartes, et dont les méthodes peuvent s'avérer très complémentaires, notamment vis-à-vis des approches épidémiologiques. Ainsi, il m'a été nécessaire de faire la preuve de ma valeur ajoutée et d'adapter mon discours à des acteurs ne connaissant pas notre discipline pour en être clairement comprise.

Cependant, cette intégration a pour grande force d'avoir apporté un regard pluridisciplinaire à mon travail, recueillant l'expertise des différents acteurs et structures de la santé et de la recherche en santé de mon territoire : urgentistes, neurologues, épidémiologistes, attachés de recherche cliniques, chargés de missions, Agence Régionale de Santé, Observatoire Régional de Urgences (ORU) et Service Départemental Métropolitain d'Incendie et de Secours (SDMIS). Veiller à organiser son temps est essentiel en doctorat, mais dans mon cas, dès le début les objectifs étaient clairs : mon contrat a débuté en décembre 2016, il devait de terminer en novembre 2019. Il a donc été très important de concilier le temps alloué à mon travail de thèse, à mon implication au sein de mon laboratoire de recherche, tout en répondant aux missions de mon poste au sein de RESUVal, notamment en travaillant sur d'autres projets. Cet objectif fixé des trois ans a été essentiel pour organiser mon travail, toutefois cela a également pu entraîner un sentiment de frustration quant à l'approfondissement de certains aspects de ma recherche ou tout du moins de champs qui n'ont pas pu être explorés.

Finalement, ce doctorat aura été une expérience enrichissante en termes de recherche, d'apprentissage

^{*}Intervenant

de connaissance et humainement. Il a également été l'opportunité d'être recrutée en tant que géographe de la santé eu sein de RESUVal en CDI, mais également de développer des collaborations pérennes avec des structures fortes en région telles que l'ORU ou le SDMIS sur différents travaux de recherche.

Mots-Clés: CIFRE, retour d'expérience, réseau de santé, doctorat

Quels enseignements de la géographie de la santé pour la recherche sur l'action sociale ?

Eugénie Terrier*¹ and Juliette Halifax*²

¹Espaces et Sociétés – Université de Rennes 2 : UMR6590 – France

²APRADIS - Association pour la Professionnalisation, la Recherche, l'Accompagnement et le Développement en Intervention Sociale, Amiens – Amiens – France

Résumé

Le territoire est progressivement devenu une notion incontournable pour les acteurs du secteur social. Alors que les travailleurs sociaux sont de plus en plus formés aux outils du diagnostic de territoire et au développement social local, les " *managers* " et les élus sont quant à eux particulièrement sensibles à la finalité stratégique du territoire conçu comme un outil gestionnaire et un levier de décloisonnement interinstitutionnel. Cependant, l'outillage conceptuel et méthodologique des enjeux spatiaux reste encore assez peu développé au sein du secteur et les recherches en géographie sont peu connues ou mobilisées (Fleuret & Séchet, 2002 ; David, 2008 ; Guy, 2015 ; Moine, 2015). Ce déficit de regard critique alimente d'ailleurs le risque de surdéterminisme spatial des problèmes sociaux (Tissot & Poupeau, 2005).

Nous développons depuis 2014 des recherches sur la dimension spatiale (Veschambre, 2006) de l'action sociale et plus particulièrement au sein du secteur de la protection de l'enfance. Il s'agit dans ces recherches financées par l'ONPE (Observatoire national de la Protection de l'enfance) et par des Départements de mieux comprendre la différenciation spatiale des situations de maltraitance et/ou de négligence, des mesures de l'Aide sociale à l'Enfance (placements et accompagnement à domicile) et des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux. Nous avons observé à partir d'une étude quantitative que les taux de mesures de l'aide sociale à l'enfance (ASE) pouvaient varier de 10 mesures pour mille jeunes âgés entre 0 et 19 ans en secteur périurbain à 44 pour mille dans certains quartiers urbains et ceci au sein d'un même Département (Terrier & Halifax, 2017). Nous terminons actuellement une enquête qualitative auprès d'équipes de travailleurs sociaux de l'Aide sociale à l'Enfance en Ile-et-Vilaine afin d'approfondir l'analyse de ces différences territoriales. S'agit-il davantage d'un effet de l'offre (places d'accueil, nombre de professionnels) et donc d'un effet de lieu (Selimanovski, 2009) ou plutôt est-ce lié à la concentration spatiale des problématiques sociales sur certains territoires ? La culture professionnelle locale est également mise en avant alors que d'autres avancent l'idée qu'il s'agit d'une conséquence de la visibilité sociale des populations pauvres déjà accompagnées par les travailleurs sociaux au sein des quartiers. La combinaison de différents " facteurs de risque " (Dufour & Massicotte, 2005) est à l'œuvre avec toute la difficulté de pouvoir objectiver et hiérarchiser ces facteurs du fait de systèmes d'informations statistiques encore très lacunaires en France dans ce secteur (Fréchon, Halifax et Guyavarch, 2009).

Alors que la géographie de la santé s'est largement penchée sur des sujets qui font l'actualité du secteur social comme par exemple l'accessibilité, les parcours, les facteurs de risque, les inégalités territoriales, etc... (Fleuret, Gasquet-Blanchard, Hoyez, 2019), ces recherches

*Intervenant

restent encore peu connues et mobilisées par les acteurs du secteur social du fait d'un cloisonnement qui perdure entre le secteur sanitaire et le secteur social. Malgré l'existence d'une dépendance réciproque entre la situation économique et sociale d'une personne et son état de santé, dans la plupart des pays, les actions concernant ces deux aspects du bien-être des populations se sont développées de façon indépendante les unes des autres.

Mots-Clés: action sociale, territoires, protection de l'enfance, effet de lieu, facteur de risque

Promotion de la santé



HOTEL DE VILLE – RENNES

Agir sur un territoire pour promouvoir l'activité physique pour les personnes sédentaires en situation de précarité

Anne Morillon^{*1}, Stéphane Héas^{*1}, and Roselyne Joanny^{*2}

¹Université Rennes 2 UFR STAPS – VIPS2 – France

²IREPS Bretagne – IREPS Bretagne – France

Résumé

Alors que la réduction de la sédentarité au niveau des territoires nécessite de travailler en intersectorialité et de définir une stratégie locale prenant en considération les multiples facteurs en jeu, cette approche systémique, intersectorielle et transversale peine à se concrétiser. La promotion de l'activité physique en direction des personnes en situation de précarité doit particulièrement faire face à cet écueil, les acteur·rice·s, politiques ou professionnel·le·s, de l'action publique en matière de sport, de santé et d'action sociale ayant peu l'habitude de travailler ensemble.

La recherche interventionnelle en promotion de la santé (2017-2020) présentée ici s'inscrit dans le contexte d'une valorisation de l'activité physique pour le bien-être et la santé, et de son inscription dans l'agenda politique en France. La recherche prend appui sur un programme d'interventions – " système d'actions complexes " (Potvin, Ruggiero, Shoveller, 2013) – coordonné par l'IREPS Bretagne. Il vise, sur deux sites d'Ille-et-Vilaine (urbain et rural), à promouvoir la pratique d'activités physiques et sportives auprès de personnes sédentaires en situation de précarité, par l'élaboration partenariale et participative d'une offre d'activité physique locale accessible et pérenne de droit commun, avec et pour les personnes concernées. La mobilisation de différents leviers (la mise en réseau des acteur·rice·s locaux du soin, du social et du sport, la participation des personnes concernées, la formation, etc.) doit permettre de faire évoluer les représentations et les pratiques des professionnel·le·s, des élu·e·s et des personnes concernées, en faveur de la co-construction d'une offre " adaptée " et de sa consolidation. Financée par l'INCA, cette recherche se met au service de la prévention du cancer, dont la prévalence est particulièrement élevée sur les territoires ciblés.

L'équipe de chercheur·euse·s, dans une perspective qualitative, accompagne, observe et analyse les processus en cours. Elle se situe pleinement dans l'intervention, discute les choix opérés et les directions prises. Les chercheur·euse·s ont fait le choix de l'immersion, de la participation pleine et entière ; leurs carnets de bord consignent, mémorisent les réunions, les diverses actions du programme) ou en marge de celui-ci (événements locaux autour du sport et de la santé). Une quarantaine d'entretiens (individuels ou collectifs) ont par ailleurs été menés avec les personnes impliquées à un titre ou à un autre et ce, à différentes phases du programme d'intervention.

L'objectif de cette recherche est de développer des connaissances sur l'intervention, sur ses effets et mécanismes ainsi que l'interaction entre l'intervention et son contexte d'implantation.

*Intervenant

Par exemple, soutenir la participation des personnes concernées permet de renforcer leurs compétences psychosociales et de consolider l'offre. Si leur participation à ce type de projet se résout pas, loin s'en faut, la question des inégalités structurelles, elle les (ré)inscrit dans la Cité, leur redonne une place dans leur environnement immédiat.

Le poids du contexte urbain et rural est aussi à analyser, les freins observés et les leviers activés n'étant pas forcément les mêmes, notamment en matière d'offre d'activités physiques et de dynamique partenariale.

Anne Morillon, Arine Kassabian, Stéphane Héas, UFR APS, VIPS2, Université Rennes 2,
Roselyne Joanny et Amélie Chantraine, IREPS Bretagne

Mots-Clés: santé, précarité, activités physiques et sportives, sédentarité.

Métropoles et sport-santé : dynamique nationale et étude du cas d'Orléans Métropole

Romarc Rouennier*¹, José Chaboche², and Valérie Morales Gonzales³

¹Pôle STAPS – Université d'Orléans – France

²Centre d'Études pour le Développement des Territoires et l'Environnement – Université d'Orléans : EA1210 – France

³Équipe de Recherche Contextes et Acteurs de l'éducation – Université d'Orléans : EA7493 – France

Résumé

” Pratique d'activités physiques et sportives comme moyen de lutte contre la sédentarité et de prévention contre les maladies chroniques et qui participe au bien être mental et physique des individus (Illivi et Honta, 2019), le sport-santé est présent à l'agenda politique depuis une décennie. Il suscite une attention croissante sur les plans législatif (ex : décrets du 30/12/2016 et du 01/03/2017 relatifs au sport sur ordonnance), politique (ex : Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024), institutionnel (ex : ONAPS, 2018), territorial (ex : contrats locaux de santé ; Maisons Sport-Santé ; etc.), et scientifique, notamment sur la complexité des applications locales d'orientations nationales (Illivi et Honta, 2019). Ses vertus thérapeutiques, sources potentielles d'économies ou de profits, attirent aussi des acteurs du secteur marchand. Ainsi, certaines mutuelles financent déjà des actions sport-santé et remboursent une partie des frais engagés à ce titre par leurs sociétaires en Affection Longue Durée.

Dans ce contexte, les métropoles se saisissent inégalement et diversement de cette thématique sport-santé hors de leurs compétences obligatoires. Certaines, comme Strasbourg (Marsault, 2017), impulsent de longue date une politique volontariste ; d'autres préfèrent simplement accompagner des initiatives privées ou se situer à la périphérie des dynamiques locales en la matière (Massiera *et al.*, 2018). Quoi qu'il en soit, la thématique des relations entre sport-santé et métropoles appelle des questionnements et des illustrations supplémentaires.

A cet effet, la déclinaison de la Plate-forme d'Observation des Projets et Stratégies Urbaines (POPSU) à l'échelle de la métropole d'Orléans (parmi les quinze métropoles parties prenantes) offre un terrain privilégié puisque la santé a été choisie ici comme thématique centrale. Deux axes scientifiques de ce réseau mêlant recherche et action publique structurent POPSU-Orléans Métropole : ” Gouvernance métropolitaine de la santé ” et ” Santé et résilience métropolitaine ”. Le second comporte un volet ” Implantation des dispositifs sport-santé à l'échelle d'Orléans Métropole ” dont l'objectif est double : documenter les stratégies, politiques et actions sport-santé des Métropoles ; analyser spécifiquement le cas d'Orléans Métropole sous l'angle des stratégies partenariales, des politiques d'aménagement et des dynamiques de valorisation urbaine relatives au sport-santé.

Au plan méthodologique, une revue de la littérature scientifique ainsi qu'une veille documentaire sur les dispositifs nationaux et les expériences locales ont été réalisées lors d'un stage de Master de quatre mois au service des sports d'Orléans Métropole et financé par POPSU. Ce

*Intervenant

stage a permis de cerner les raisons d'agir propres à chaque sphère d'acteurs du sport-santé dans la métropole d'Orléans (ARS, DRDJSCS, clubs sportifs...), de conduire des entretiens semi-directifs et de procéder à des observations *in situ*. Les premiers résultats prennent la forme 1) d'une typologie actualisée des politiques et actions sport-santé des métropoles françaises, 2) d'un diagnostic stratégique des projets sport-santé dans l'espace d'étude ainsi que d'une " feuille de route " pour territorialiser et opérationnaliser cette thématique à l'échelle d'une métropole considérant la santé comme sa priorité principale.

Mots-Clés: Métropole, Sport, Santé, Politiques publiques, Dispositifs partenariaux

Promotion Santé et Développement Durable, deux approches sœurs à coupler pour le bien-être des habitants de la collectivité :

Timothée Delescluse*¹ and Anne Sophie De Besses*²

¹Promotion Santé Normandie – Association – France

²Agence Normande la Biodiversité et développement durable – Groupement d'Interêt Public – France

Résumé

La promotion de la santé (PS) et le développement durable (DD) sont des approches interdépendantes (Santé de l'homme (2008); Dupuis P. (2013)) . La santé est pour le DD un objectif et un préalable, quant à la PS, un écosystème stable est un déterminant de santé. On y retrouve les mêmes valeurs (responsabilité individuelle, collective, respect de l'autre...), leviers collectifs (engagement social, changements...) et leviers individuels (compétences individuelles...). Bien que proche en théorie, l'action partagée au sein de collectivités gagnerait à aller plus loin (Bonnetier C. (2005); Kickbush I. (2014)).

C'est l'objectif de la stratégie de plaidoyer (Carlisle S (2000)) menée en Normandie depuis 2018 dans le cadre du PRSE, financée par l'ARS, la Région et la DREAL et pilotée par PSN et l'ANBDD. De plus, nous voulions :

- Faire travailler ensemble des acteurs et décideurs des deux champs.
- Favoriser la prise de conscience des élus et des techniciens de leur pouvoir d'agir en développant des politiques durables et promotrices de santé.
- Mener une stratégie de plaidoyer.

La santé dans sa dimension globale n'est pas instinctivement perçue comme compétence des collectivités locales. Toutefois, les élus locaux disposent de leviers pour améliorer la santé des populations en agissant sur la manière dont elles veulent vivre : urbanisme, transports-mobilité, logement (Kickbusch I (2010)). Intégrer la santé et le DD de manière transversale à l'action publique est un puissant levier pour rompre avec des politiques locales souvent cloisonnées, gagner en efficacité et augmenter l'attractivité du territoire.

Afin d'atteindre ces objectifs, nous avons fait participer des représentants de collectivités. Deux organes étaient mobilisés :

1. Un groupe de travail (GT) restreint composé des financeurs, des organisations pilotes et de référents PS issus de collectivités.
2. Un GT élargi aux collectivités volontaires.

*Intervenant

Nous avons d'abord rendu accessible un contenu pour influencer la prise de décision via la production d'un plaidoyer, de fiches actions, d'interviews de chercheurs...puis accompagné à l'utilisation de ces supports pour la modification de pratiques en organisant des rencontres du GT restreint (6) avec pour objectif de planifier la stratégie et produire le support ; d'ateliers (2) avec le GT élargi en vue de sensibiliser aux deux approches, de discuter le fonds et la forme des supports mais aussi d'impliquer les participants comme relais du plaidoyer en région.

Nous allons poursuivre l'accompagnement des relais à l'utilisation des outils de plaidoyer, construire des modules de formation destinés aux collectivités, appropriables par les relais et évaluer scientifiquement la démarche. Le rapprochement n'est pas naturel et demande une gymnastique d'esprit.

Éléments de réussite pouvant être capitalisables

- Le rapprochement des deux champs PS et DD.
- La méthodologie de participation utilisée.
- Les supports peuvent être réutilisables : plaidoyer, vidéos de chercheurs, fiches actions, modules de formation/sensibilisation.

Points de discussions

- La difficulté de faire comprendre deux approches similaires au point de départ différents.
- La compréhension par tous les acteurs des deux champs PS et DD pour une implication pratique forte.

Mots-Clés: Promotion Santé, Développement durable, Plaidoyer, Collectivités Territoriales

La territorialisation sanitaire : le cas de la Martinique

Audrey Jeannot*¹ and Pascal Saffache²

¹Université des Antilles (Pôle Martinique) (UA) – Martinique

²Université des Antilles (Pôle Martinique) (UA) – Martinique

Résumé

La Martinique et la Guadeloupe, deux " petits espaces insulaires " (F. Taglioni, 2003) français, situés dans l'Arc des Petites Antilles, se préparent à un fort vieillissement de leur population. La Martinique qui, selon les prévisions de l'INSEE, devrait être touchée en premier par cette nouvelle structuration démographique (où le nombre de personnes de plus de 60 ans augmente considérablement), voit son unique Collectivité Territoriale (CTM) prendre la mesure des problèmes liés aux conséquences d'une telle évolution.

Dans une approche de géographie sociale et culturelle, qui prend appui sur la géographie de la santé, sur les approches du vieillissement en géographie (action publique, analyse spatiale, géographie de la population) et dans d'autres disciplines relevant des sciences humaines et sociales, cette communication souhaite contribuer à l'analyse territoriale du vieillissement par le biais de l'étude de la territorialisation sanitaire.

Par territorialisation sanitaire, nous retenons la définition proposée dans le cadre de l'appel à communication CIST 2020, à savoir le " processus de transformation des systèmes de santé visant à mettre en place une politique d'aménagement basée sur la diversité des modes de production des espaces aménagés et le décloisonnement des ressources et activités. " (Eliot Z., et al., 2020).

Nous considérerons alors la santé à deux échelles : d'une part à l'échelle du territoire, et donc comme le préconisait E. Vigneron (2005) avec " la disponibilité de services de santé de qualité ", et d'autre part à l'échelle de l'individu. En effet, la santé, loin d'être réduite à la dimension médicale, prend en compte les notions de bien-être (A. Bailly, 1981), de soin (ou care), et donc l'ensemble des aspects de la vie en société d'un individu.

Mais alors comment les acteurs s'organisent désormais pour un maintien des aînés en bonne santé ? Quelle place pour l'action locale ? Quelle coordination de cette action locale ?

Nous partons de l'hypothèse d'une existence de " territoires gérontologiques ", au sens de territoires qui prennent en compte certains des enjeux identifiés par G.-F. Dumont (2010). L'auteur considère 3 principaux enjeux : dans un premier temps, " les politiques publiques devront être en permanence inventives pour répondre à des sociétés aux compositions à la fois nouvelles et changeantes ". Ensuite, il considère la " question de l'application du principe de subsidiarité ". Enfin, il évoque " une nécessaire solidarité entre les territoires ".

*Intervenant

Mais au-delà de cela, dans le cas de la Martinique, la CTM jouerait le rôle d'impulsion des initiatives, notamment en direction des acteurs du tiers secteur de l'économie sociale et solidaire. Cela se voit notamment au travers des orientations politiques prises qui donnent une place importante à la silver économie.

En prenant en considération les "petits espaces insulaires" en tant que "territoires multi-situés " (G. Cortès, 2013), il s'agira d'identifier au travers de la revue de littérature et des documents et rapports produits par les collectivités locales, l'évolution des différentes initiatives ayant pris en compte les changements démographiques et, par conséquent, les aînés ou *gran moun*, par l'ensemble des acteurs publics, mais aussi privés.

Mots-Clés: "petits espaces insulaires", territorialisation sanitaire, bien, être, "territoires multi-situés", vieillissement.

L'initiation de l'allaitement maternel en France : tendances et disparités de 2010 à 2016

Andrea Guajardo-Villar*¹

¹Santé publique France – Ministère de la santé – France

Résumé

Contexte : Le taux d'initiation de l'allaitement maternel en France est parmi les plus bas d'Europe et il continue à diminuer. Ce travail analyse l'évolution entre 2010 et 2016 de l'initiation de l'allaitement maternel, en distinguant l'allaitement **total**, **exclusif** et **mixte** et en prenant en compte les caractéristiques des mères, des maternités et des départements. **Méthodes :** Les données des Enquêtes Nationales Périnatales de 2010 et 2016 en France métropolitaine ont été utilisées. L'échantillon comprenait 13 907 enfants en 2010 et 11 820 en 2016. L'allaitement maternel a été classé en trois catégories : exclusif, mixte et aucun. Nous avons utilisé une succession de 5 modèles de régression multinomiale à effets mixtes, en ajoutant progressivement les variables suivantes : 1) l'effet année 2) les effets aléatoires spatiaux, 3) les caractéristiques de la mère (âge, niveau d'éducation, pays de naissance, parité, mode d'accouchement, etc) 4) des maternités et 5) des départements, pour identifier des facteurs expliquant la tendance temporelle du taux d'initiation de l'allaitement.

Résultats : Le taux brut d'initiation de l'allaitement **exclusif** a diminué de 7,8 points de pourcentage entre 2010 et 2016. Après ajustement, la diminution était de 12 points de pourcentage. Le taux d'initiation de l'allaitement **mixte** a lui augmenté de 6 points de pourcentage brut sur la même période, et de 4,8 après ajustement. En conséquence, le taux d'initiation de l'allaitement **total** a diminué d'environ 1 point dans les analyses brutes et de 7 points après ajustement.

Conclusion : Ces résultats montrent qu'après ajustement sur les caractéristiques des mères, des maternités et des départements, la baisse " relativement modérée " de l'initiation de l'allaitement total entre 2010 et 2016 cache en réalité une chute importante de l'initiation de l'allaitement exclusif, partiellement masquée par une légère augmentation du taux d'initiation de l'allaitement mixte.

Mots-Clés: Allaitement, Enquêtes Nationales Périnatales, Maternité

*Intervenant