

# VULNÉRABILITÉS SOCIALES, SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS dans les quartiers défavorisés franciliens

Résultats d'enquêtes statistiques conduites  
dans des quartiers de la politique de la ville

*Sous la direction de Pierre Chauvin et Isabelle Parizot*

## Les Éditions de la DIV

**Directeur de la publication :**

Yves-Laurent Sapoval, délégué interministériel à la ville

**Responsable des éditions :**

Corinne Gonthier

Étude réalisée sous la direction de Pierre Chauvin et Isabelle Parizot (Inserm).

**Conception graphique et réalisation : Angie**

**Impression :** France Repro

sur papier répondant aux normes PEFC



**Dépôt légal :** novembre 2007

# **Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens**

Résultats d'enquêtes statistiques  
conduites dans des quartiers  
relevant de la politique de la ville

*Sous la direction de Pierre Chauvin et Isabelle Parizot*



## Préface

Cet ouvrage présente les principaux résultats d'enquêtes conduites auprès des habitants de sept zones urbaines sensibles (ZUS) franciliennes en 2001 et 2003, sous la direction de Pierre Chauvin et Isabelle Parizot, de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (DS3) de l'Inserm. Ces travaux ont été soutenus par la Délégation interministérielle à la ville (DIV) et leurs résultats ont fait l'objet d'une diffusion sur le site Internet de la DIV fin 2005.

La qualité de ces travaux, avec une double perspective de recherche et de diagnostic, aborde de façon innovante et riche – à la frontière entre l'épidémiologie sociale et la sociologie de la santé – plusieurs dimensions des déterminants sociaux de la santé, notamment celles relatives aux conditions d'intégration sociale.

La démonstration statistique à partir d'hypothèses issues de travaux sociologiques parfois anciens reste, comme le soulignent les auteurs, largement à faire dans le contexte français. Au-delà de toutes les réserves d'usage qu'ils signalent au fil de l'ouvrage pour guider le lecteur dans une interprétation raisonnable et scientifique des résultats, cette publication nous a semblé importante afin que le plus grand nombre de décideurs et d'acteurs de la politique de la ville – non seulement en Ile-de-France, terrain de ces enquêtes, mais aussi dans l'ensemble de la France – s'en saisissent pour nourrir leurs réflexions et leurs approches territoriales et populationnelles des questions de santé.

En effet, la mise en perspective des éléments de contexte et de connaissance sur les situations sociales et sanitaires des personnes vivant dans les quartiers relevant de la politique de la ville, oriente de façon évidente les actions spécifiques de santé publique sur les territoires. Or, si celles-ci s'inscrivent chacune dans un contexte particulier, elles ont aussi des caractéristiques communes qui les différencient globalement du reste du territoire français.

L'étude des liens sociaux et de leurs ruptures permet de comprendre les difficultés rencontrées et ressenties, en quoi elles sont liées entre elles et corrélées à des problèmes de santé. Pour n'en citer que quelques-unes, des caractéristiques telles que le réseau social, le soutien émotionnel ou matériel des proches ou des professionnels, le sentiment d'appartenance à un territoire, le sentiment d'utilité, l'appréciation de son logement et du cadre de vie, le parcours scolaire et les revenus, l'endettement, mais aussi les attitudes et représentations de la santé et de la maladie, ou encore l'estime de soi ou les parcours migratoires, apparaissent fortement corrélés à la santé et à l'utilisation du système de soins.

Ainsi, ces résultats confirment des hypothèses qui constituent les bases de travail pour les acteurs de première ligne : professionnels de la santé et de l'action sociale, mais aussi urbanistes et élus locaux et, au-delà, l'ensemble des compétences humaines impliquées dans les trajectoires de vie des habitants, de la prime enfance à l'âge adulte.

Les auteurs présentent ici une synthèse de leurs travaux. D'une très grande facilité de lecture, claire et précise, cette synthèse rend compte de l'originalité et de l'utilité de la démarche et devrait satisfaire tous les acteurs de la politique de la ville à la recherche d'arguments sur les inégalités sociales et spatiales de santé.

Catherine Richard

*Chargée de mission Santé à la Délégation interministérielle à la ville*



## Remerciements

Cet ouvrage s'appuie sur deux enquêtes : l'une réalisée dans cinq zones urbaines sensibles d'Ile-de-France avec le soutien de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), et l'autre menée avec le soutien de la Mission ville de la préfecture de Paris dans deux quartiers parisiens relevant de la politique de la ville.

Dans le cadre de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (DS3) de l'UMR-S 707 (Inserm-Université Paris 6), ces enquêtes ont également bénéficié du soutien du programme Avenir de l'Inserm, de l'action concertée incitative « Ville » du ministère de la Recherche et du programme « Sciences biomédicales, santé et société » (Inserm, CNRS, MIRE).

Ces recherches s'inscrivent dans le cadre du programme de recherche « Santé, inégalités et ruptures sociales en Ile-de-France », développé et mené en collaboration étroite par l'Inserm (équipe DS3, dirigée par Pierre Chauvin), l'équipe de recherche sur les inégalités sociales du Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS) dirigée par Serge Paugam, et l'Ined (plus particulièrement avec Jean-Marie Firdion). Ont également participé à l'analyse des données et à la rédaction de cet ouvrage Fabienne Bazin et Émilie Rénahy, épidémiologistes, allocataires de recherche à l'Inserm, et Sylvain Péchoux, sociologue, allocataire de recherche associé au Centre Maurice Halbwachs. Lila Delmas en a assuré le travail éditorial.

Les auteurs remercient chaleureusement les membres de l'ONPES, Marie-Annick Darmaillac et Carmen Fuertes (préfecture de Paris) pour leur confiance et leur appui, ainsi que Catherine Richard (Délégation interministérielle à la ville) pour son soutien constant.



## TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Les quartiers étudiés	14
Méthodologie	20
Caractéristiques démographiques des populations étudiées	22
Formation, emploi, ressources	27
Logement et rapport au quartier	43
Les ruptures des liens sociaux	53
Les liens ressentis entre conditions de vie et santé	72
Les représentations, attitudes et rapports à la santé et à la médecine	78
Comportements liés à la santé : alcool, tabac et drogues illicites	83
Le recours aux soins	86
La santé dentaire	96
La santé mentale	98
La santé des femmes	106
Conclusion	113
Bibliographie	119
Table des figures et tableaux	125



## INTRODUCTION

Les dimensions sociales et spatiales de nos sociétés sont intimement imbriquées. Les inégalités sociales et économiques s'inscrivent dans le territoire des métropoles et se traduisent, dans les quartiers les moins favorisés notamment, par des problèmes spécifiques de santé et de ruptures sociales dont certains sont mal repérés par les dispositifs et politiques publics assistanciers, mais qui peuvent conduire à une dégradation tant de la sécurité sanitaire collective que de la cohésion sociale des populations.

Nombreuses sont les personnes qui connaissent en effet des difficultés dans plusieurs domaines à la fois : l'emploi, le logement, les conditions de vie au sens plus général, mais aussi l'intégration sociale (par exemple, la perte du réseau social lié à l'entreprise que l'on abandonne, la fragilité des réseaux d'entraide – y compris familiale –, ou encore la participation incertaine à toute forme de vie sociale institutionnalisée) et la santé (la morbidité physique et mentale, comme les conditions et modalités de recours aux soins). Les inégalités socio-économiques se doublent de surcroît d'inégalités territoriales : des phénomènes de relégation entraînent des effets de polarisation sociale et renforcent le processus de disqualification sociale des populations les plus démunies<sup>1</sup>.

On peut en outre s'interroger sur la manière dont les habitants des quartiers défavorisés vivent leur appartenance à ces quartiers, et sur son influence quant à leur bien-être. Cette appartenance peut en effet constituer un handicap supplémentaire pour l'insertion sociale et la santé des individus – en raison par exemple d'un environnement partiellement dégradé ou encore d'effets de désignation (*labelling*) stigmatisants. Mais elle peut aussi constituer un atout si, par exemple, le quartier est source d'identifications positives (valorisées), si des solidarités inter-individuelles y sont préservées ou si l'offre de services socio-médicaux y est favorisée et adaptée.

D'une manière générale, pour les individus, les difficultés rencontrées sur le plan social et au plan sanitaire sont d'autant plus problématiques que les formes traditionnelles de sociabilité et de solidarité s'affaiblissent. En lien avec les recherches de Serge Paugam sur le lien social, nous distinguons quatre grands types de liens sociaux susceptibles d'être fragilisés ou de faire l'objet de ruptures : le lien de filiation, le lien de participation élective, le lien de participation organique et le lien de citoyenneté. Le lien de filiation correspond au lien de l'individu avec la « famille d'orientation », c'est-à-dire celle qui contribue à l'éducation de l'enfant et lui permet de faire ses premiers apprentissages sociaux. Le lien de participation élective renvoie à la socialisation secondaire, au cours de laquelle l'individu entre en contact avec d'autres individus qu'il apprend à connaître dans le cadre de groupes divers et d'institutions. Le lien de participation organique renvoie lui aussi à la socialisation extrafamiliale, mais se caractérise par l'exercice d'une fonction déterminée dans le cadre de l'organisation et de la division du travail. Enfin, le lien de citoyenneté repose sur le principe de l'appartenance à une nation et renvoie aux liens directs et indirects avec l'État<sup>2</sup>.

1 - P. Chauvin, I. Parizot, S. Paugam, J.-M. Firdion (ss la dir.), *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités : mondialisation, santé, exclusion et rupture sociale*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2002, 142 pages.

2 - S. Paugam, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 2005.

Lorsque les liens sociaux se distendent, le risque s'accroît d'être confronté à un enchaînement d'adversités et de ruptures sociales qui se renforcent mutuellement. Ces processus s'opposent à l'intégration au système social : ils se traduisent par l'absence de réciprocité dans les rapports sociaux, par une remise en question de la complémentarité des individus et, enfin, par une disqualification sociale – au sens du refoulement des personnes défavorisées – en marge de la société, où elles risquent de souffrir d'un manque de reconnaissance et de se sentir inutiles.

En ce qui concerne la santé, des travaux de recherche ont montré, depuis plusieurs décennies, un effet spécifique des inégalités socio-économiques sur la mortalité et la morbidité. Cependant, pour reprendre le constat du Haut Comité de la santé publique, « la limite des approches [actuelles] est de rester essentiellement descriptives. Elles nous renseignent assez peu, au niveau individuel, sur les causes qui conduisent les personnes à ces situations sanitaires péjoratives et, au niveau collectif, sur les nouvelles formes de vulnérabilité et de précarité sociale et sanitaire »<sup>3</sup>. Il devient dès lors nécessaire non seulement d'évaluer les effets sanitaires du cumul de handicaps sociaux, mais plus largement de rechercher, dans les trajectoires et les situations de rupture sociale des individus, ainsi que parmi leurs caractéristiques psychosociales, des explications aux inégalités de santé constatées par ailleurs (et dont toutes les études montrent qu'elles s'aggravent)<sup>4</sup>. De ce point de vue, notre approche entend prendre en considération l'importance des supports sociaux et des facteurs psychosociaux dans la gestion des problèmes de santé.

Dans cette optique et dans le cadre du programme de recherche régional « Santé, inégalités, ruptures sociales » (SIRS Ile-de-France), deux vagues d'enquêtes ont été menées auprès de personnes vivant dans des quartiers défavorisés : l'une dans cinq zones urbaines sensibles (ZUS) en 2001 ; et l'autre dans l'ensemble des quartiers du XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris relevant de la politique de la ville en 2003.

Le choix d'enquêter dans ces quartiers se justifie à plus d'un titre. La politique de la ville concerne en effet un nombre élevé de territoires et couvre la grande majorité des quartiers dans lesquels les populations sont confrontées à des difficultés sociales et économiques importantes. En Ile-de-France, on comptait au dernier recensement 175 ZUS rassemblant 1,3 million d'habitants, soit plus de 12 % de la population régionale<sup>5</sup>. Par ailleurs, après plus de vingt ans de mise en œuvre, la politique de la ville structure en partie les rapports sociaux dans les quartiers concernés. Ceux-ci font en effet l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics et des interventions particulières y sont réalisées. On citera notamment la mise en place d'ateliers Santé Ville chargés de faire un diagnostic de situation et de proposer des actions visant à améliorer la santé et l'accès aux soins des résidents de ces quartiers.

Si les enquêtes réalisées sont représentatives des quartiers sur lesquels elles ont porté, les quartiers étudiés ne sauraient eux-mêmes être considérés comme représentatifs des territoires de la Politique de la Ville. Bien au contraire, la méthodologie adoptée visait à approcher la diversité de ces territoires et des populations.

3 - Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France 2002*, Paris, La Documentation Française, 2002.

4 - P. Chauvin and the Europromed working group (ss la dir.), *Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*, Amsterdam, IOS Press, 2002.

5 - C. Burricand, M. Sagot (ss la dir.), *Atlas des Franciliens*, Tome 3 : population et modes de vie, Paris, Insee-Iaurif, 2002.

Le présent ouvrage repose principalement sur les rapports de recherche réalisés en 2002 et en 2004 à l'issue des deux enquêtes de terrain :

- P. Chauvin, J.-M. Firdion, I. Parizot, S. Paugam, *Santé, inégalités et ruptures sociales. Résultats de la pré-enquête conduite dans cinq zones urbaines sensibles d'Ile-de-France*, Rapport pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion, avril 2002, 240 pages.<sup>6</sup>

- F. Bazin, P. Chauvin, I. Parizot, S. Péchoux, *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la politique de la ville du XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris*, Rapport pour la Mission ville de la préfecture de Paris, Paris, Inserm U444, mai 2004, 203 pages.

Cet ouvrage permet une mise en perspective des résultats de ces deux enquêtes offrant ainsi des éléments de connaissance et de réflexion sur les processus qui lient, dans les quartiers défavorisés franciliens, la situation socio-économique des individus, leurs liens sociaux, leur rapport au système de soins et leur santé.

6 - Voir la synthèse publiée : P. Chauvin, J.-M. Firdion, I. Parizot, S. Paugam, « Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Ile-de-France », in *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, Paris, La Documentation Française, 2004, pp. 367-414.

## LES QUARTIERS ÉTUDIÉS

### I. Définition des périmètres d'étude

La première enquête réalisée en 2001 a concerné cinq zones urbaines sensibles (ZUS) d'Ile-de-France. Afin de tenir compte des différents processus d'exclusion socio-territoriale et de leurs effets respectifs, le choix des sites d'étude s'est fait en référence à la typologie élaborée par Daniel Behar et Philippe Estebe (Acadie). Dépassant le seul constat d'une situation défavorisée et reliant l'échelle du quartier à celle de l'agglomération, cette typologie distingue cinq types de territoires représentatifs des processus socio-historiques de la pauvreté en Ile-de-France. La sélection des sites a visé à ce que ces cinq types de territoires soient tous représentés. Soucieux d'une part que le taux de sondage soit semblable pour les cinq zones étudiées et, d'autre part, que celles-ci soient suffisamment petites pour ne pas être trop hétérogènes, nous avons retenu quatre ZUS et un quartier d'une cinquième ZUS peuplés d'environ 10 000 à 15 000 personnes. Les zones retenues dans l'échantillon sont présentées dans le tableau ci-dessous :

#### LES CINQ ZUS FRANCILIENNES ENQUÊTÉES

Type de territoire*	Quartiers échantillonnés
Territoires « historiques » de l'industrie et de l'habitat ouvrier	<b>Quartier La Rose des Vents</b> Aulnay-sous-Bois (93), 13 750 habitants**
Poches de pauvreté de l'ouest de la métropole	<b>Quartiers Becheville, Les Bougimonts, L'Ile-de-France, La Vigne Blanche, Les Musiciens</b> Les Mureaux (78), 13 599 habitants**
Quartiers disproportionnés dans leur environnement local	<b>Quartier Grigny 2</b> Grigny (91), 11 004 habitants**
Tissu urbain récent	<b>Quartier Cergy-Saint-Christophe</b> Cergy (95), 9 882 habitants**
Centres dégradés de Paris et de la petite couronne	<b>Quartier HBM-Belleville</b> Paris XX <sup>e</sup> , 11 028 habitants**

\* Typologie élaborée par les membres d'Acadie.

\*\* Source : recensement général de la population, 1999.

À Paris, la demande initiale faite par la Mission ville de la préfecture de Paris à notre équipe de recherche portait sur la réalisation d'une enquête sur la santé et le recours aux soins des habitants des quartiers repérés par la politique de la ville du XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Il s'agissait de produire un diagnostic de la situation en matière de santé et de recours au soin dans ces quartiers, à même d'alimenter le travail initié pour la mise en place d'ateliers Santé Ville. Le choix définitif du périmètre d'étude est issu d'un travail préliminaire de l'équipe de recherche en lien avec les équipes de développement local du XX<sup>e</sup> arrondissement.

Étant donné ses caractéristiques physiques et socio-économiques (état du bâti, taux de chômage, proportion de ménages rencontrant des difficultés économiques et sociales, etc.), le XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris fait l'objet – depuis le milieu des années 1990 et, en particulier, la création des ZUS – de plusieurs mesures d'intervention publique qui délimitent chacune des périmètres spécifiques d'action (voir encadré). Le périmètre final de l'étude conduite en

2003 comprend deux ensembles géographiques que l'on nommera « quartiers » : Belleville-Amandiers (parfois dénommé dans cet ouvrage « Belleville ») ; et Saint-Blaise-Porte de Montreuil (dénommé parfois par la suite « Saint-Blaise »).

### Les périmètres principaux d'intervention de la politique de la ville dans le XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris

#### 1996 : *Les zones urbaines sensibles (ZUS)*

Le décret du 28 décembre 1996 consécutif à la loi initiant le Pacte de relance pour la ville du 14 novembre 1996 avait repéré neuf sites classés en zone urbaine sensible à Paris, dont deux dans le XX<sup>e</sup> arrondissement : le Bas-Belleville et la cité HBM-Ménilmontant.

#### 2000 : *Les quartiers prioritaires de la politique de la ville*

Au nombre de cinq sur l'ensemble du XX<sup>e</sup> arrondissement, les quartiers prioritaires de la politique de la ville correspondent à une extension des ZUS de 1995 (ZUS de Belleville étendue au quartier Belleville-Amandiers) et à la création de quatre nouveaux périmètres pour la période 2000-2006 (Saint-Blaise, La Tour-du-Pin, Félix Terrier et Fougères).

#### 2002 : *Les Grands projets de renouvellement urbain (GPRU)*

Le XX<sup>e</sup> arrondissement parisien compte quatre grands sites de Grand projet de renouvellement urbain sur lesquels sont élaborés des projets de territoire : le quartier Saint-Blaise, également inscrit dans un périmètre de la politique de la ville ; la Porte des Lilas, à cheval sur les XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> arrondissements et intégrant le quartier Fougères ; la Porte de Vincennes, à cheval sur les XII<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> arrondissements ; et la Porte de Montreuil, qui intègre le groupe d'habitations Patrice de la Tour-du-Pin et les ensembles de logements Félix Terrier, Davout et Square d'Amiens.

De manière peut-être plus marquée que pour les autres arrondissements parisiens, les différents périmètres d'action définis par les pouvoirs publics dans le XX<sup>e</sup> arrondissement ne se superposent pas exactement. De surcroît, du fait de la multi-localisation des problèmes structurels, économiques et sociaux, ces périmètres sont répartis dans l'arrondissement sans continuité.

On sait que, dans l'ensemble, les ZUS ont en commun certaines caractéristiques qui les différencient globalement du reste du territoire français<sup>7</sup> – notamment une population plus jeune, moins diplômée, davantage touchée par le chômage que la population générale, une forte représentation des ménages ouvriers ou employés, une plus forte proportion de familles nombreuses, étrangères ou immigrées, de familles monoparentales ainsi que, dans la plupart des cas, un nombre plus important de logements sociaux<sup>8</sup>. Mais on sait également que les ZUS ne constituent pas un ensemble homogène. Leur diversité en termes de morphologie d'habitat, de situation géographique (ville ou banlieue), de composition sociale et démographique de la population ou encore de ressources de l'environnement doit être prise en compte. Dans cette optique, il semble intéressant de conduire une comparaison entre les différents territoires.

7 - Observatoire national des zones urbaines sensibles, *Rapport 2004*, St-Denis, Éditions de la DIV, 2004.

8 - Cf. notamment : V. Andrieux, J. Herviant, « Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999 », *Insee Ile-de-France à la page*, n°205, décembre 2001 ; Collectif, *Aux marges de la ville, au cœur de la société : ces quartiers dont on parle*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube, 1997.

Cette comparaison a été réalisée en rapprochant les deux rapports de recherche réalisés successivement à l'issue des deux enquêtes de terrain. Pour les analyses comparatives *ad hoc* réalisées spécifiquement pour cet ouvrage, la ZUS de Belleville enquêtée en 2001 a été exclue de l'échantillon et remplacée par la population du quartier Belleville-Amandiers, plus nombreuse et enquêtée plus récemment (en 2003).

## **II. Présentation des quartiers étudiés**

### **La ZUS des Mureaux**

La ZUS des Mureaux est formée de cinq quartiers du sud de la ville (Becheville, les Bougimonts, l'Ile-de-France, la Vigne Blanche et les Musiciens), qui rassemblent près de la moitié de la population communale (au recensement général de la population de 1999, la ZUS comptait 13 599 habitants pour une population totale de 31 722 personnes). Ces quartiers d'habitat social et ouvrier ont été développés pour répondre au développement industriel et économique du Val-de-Seine dans l'après-Seconde Guerre mondiale. L'urbanisme et l'offre de logement furent conçus dans l'urgence, en fonction d'un besoin massif de loger une population ouvrière croissante. La population du Val-de-Seine a ainsi été multipliée par cinq en cinquante ans.

Depuis plusieurs années, les quartiers de la ZUS des Mureaux doivent faire face non seulement au déclin de l'activité industrielle dans leur proche environnement, mais aussi à des problèmes sociaux importants, notamment l'insécurité. Ces quartiers correspondent bien en ce sens aux « poches de pauvreté dans l'ouest de la métropole » de la typologie de D. Behar et P. Estebe : on peut en effet parler de dualisation urbaine entre, d'une part, ces quartiers homogènes relevant très largement (à 86 %) du parc social et frappés par un chômage massif et, d'autre part, leur environnement proche, riche et performant, constitué de lieux résidentiels « haut de gamme » ou de « pôles d'excellence » économiques.

L'ampleur des difficultés sur la ZUS des Mureaux a conduit à son classement comme zone franche urbaine (ZFU) et à son inscription dans le Programme d'initiative communautaire Urban (Pic-Urban).

### **Le quartier de La Rose des Vents à Aulnay-sous-Bois**

Le quartier de La Rose des Vents à Aulnay-sous-Bois a été sélectionné en référence au type des « territoires "historiques" de l'industrie et de l'habitat ouvrier ». Il ne s'agit certes pas d'un quartier vestige de la ville industrielle du début du <sup>xx</sup>e siècle, mais sa construction autour de 1970 fut pensée dans une logique de rapprochement habitat-emploi. Il en est résulté un quartier ouvrier, au sud des usines Citroën, formé en grande partie par le grand ensemble<sup>9</sup> « Les 3000 », nommé ainsi en référence au nombre de logements qui y furent initialement créés, quasi simultanément, sous forme de barres ou de plots.

Le quartier de la Rose des Vents est l'un des quartiers nord de la commune d'Aulnay-sous-Bois, lesquels comptent 25 000 habitants représentant plus du tiers de la population communale pour 4 % de son territoire. Ces quartiers s'avèrent enclavés, séparés, voire isolés de leur environnement par de grandes infrastructures routières à l'ouest, au sud et à l'est (RN2, A3 et A104) et, au nord, par un parc délimitant les usines Citroën. Ils se composent de logements d'habitat social dégradés et vieillissants, et souffrent d'un déficit de services commerciaux.

9 - Les « grands ensembles » ont été construits en France entre 1953 (plan Courant) et 1973 (circulaire Guichard) ; cf. F. Dufaux, A. Fourcault (ss la dir.), *Le monde des grands ensembles*, Paris, Créaphis, 2004.

Si leur environnement est économiquement porteur, ils sont pourtant confrontés au chômage et à des problèmes urbains et d'insécurité.

La reconnaissance officielle de difficultés sur le quartier de la Rose des Vents n'est pas nouvelle. Fait significatif, il était déjà inscrit dans le IX<sup>e</sup> contrat de plan État-Région pour la politique de la ville de 1984-1988. Classé comme zone de redynamisation urbaine (ZRU), il bénéficie aussi d'un contrat de ville, est inscrit dans un GPU (Grand projet urbain) et a bénéficié d'aides européennes dans le cadre du premier Programme d'initiative communautaire Urban (Pic-Urban). Sur le plan scolaire, il est classé en ZEP (zone d'éducation prioritaire).

### **La ZUS de Grigny 2**

Grigny 2 est le site sélectionné en référence aux « quartiers disproportionnés dans leur environnement local » de la typologie de D. Behar et P. Estebe. Ces quartiers correspondent aux grands ensembles qui ont été juxtaposés aux villes moyennes suite aux décisions d'aménagement prises à la fin des années 1950, selon une logique régionale (et non locale). Ces sites se caractérisent par une concentration importante de problèmes sociaux et urbains dans un contexte où l'environnement immédiat n'offre pas de ressources suffisantes pour faire jouer efficacement la solidarité locale. Le contraste territorial est particulièrement accusé entre ces quartiers et la ville ancienne, qui vivent souvent de façon séparée et parfois antagonique, et pour lesquels on peut parler de « relégation ».

Grigny était jusqu'en 1970 un village peuplé de 3 000 habitants seulement. La population communale a connu un accroissement considérable et rapide avec la construction de deux grands ensembles, la Grande Borne (composée essentiellement d'HLM) et la copropriété de Grigny 2 : en 1976, elle s'élevait, et s'élève encore aujourd'hui, à 25 000 habitants. Ces grands ensembles sont à présent tous deux classés en ZUS.

La ZUS de Grigny 2 rassemblait en mars 1999 un peu moins de la moitié de la population communale (11 004 personnes). Elle présente la particularité de ne comporter que très peu de logements sociaux. Constituant en effet la plus grande copropriété de France, elle accueille une population pour moitié propriétaire de son logement. Mais comme la plupart des « quartiers disproportionnés dans leur environnement local », elle doit faire face à des difficultés sociales et urbaines importantes. Elle est classée comme zone de redynamisation urbaine (ZRU).

### **La ZUS Cergy Saint-Christophe**

Cergy Saint-Christophe est le quartier classé en ZUS de la commune de Cergy Saint-Christophe, au sein de la ville nouvelle<sup>10</sup> de Cergy Saint-Christophe-Pontoise, qui fut créée il y a un peu plus de trente ans au nord de l'agglomération parisienne. Le quartier étudié est plus récent, puisqu'il a vu le jour en 1983 avec l'achèvement de l'îlot central. Il comptait au dernier recensement 9 900 habitants, soit 18 % de la population communale de Cergy Saint-Christophe.

Tout comme les ZUS représentant le « tissu urbain récent » de la typologie d'Acadie, Cergy Saint-Christophe s'est développé en référence au principe de la mixité des catégories sociales et des fonctions urbaines, en évitant de recourir à la forme des grands ensembles HLM et en implantant des équipements et des services publics. Mais le quartier est aujourd'hui fragilisé par des dysfonctionnements et des tensions sociales.

10 - Les villes nouvelles est un concept adopté en Ile-de-France à partir du Livre blanc de 1963, du schéma directeur d'aménagement urbain de la région parisienne de 1965 et de son successeur en 1976. Au nombre de cinq (Évry, Cergy-Pontoise, St-Quentin-en-Yvelines, Marne-la-Vallée et Melun-Sénart), elles étaient destinées à canaliser l'extension démographique et spatiale de la région hors de l'agglomération existante.

### **La ZUS HBM Belleville à Paris**

Le quartier HBM Belleville, l'une des neuf ZUS de la capitale, correspond aux « centres dégradés de Paris et de la petite couronne » de la typologie d'Acadie. Avec 11 028 habitants au recensement de 1999, il rassemble environ 6 % de la population du XX<sup>e</sup> arrondissement.

Quartier traditionnellement de classes populaires et de populations migrantes, Belleville a connu dans la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle un processus certain de dégradation du bâti, lié à l'attente de la réalisation de projets de rénovation qui ont été retardés pendant plus de trente ans. Les immeubles vieillissants ou insalubres ont accueilli une population précaire, souvent immigrée ou d'origine immigrée, qui ne trouvait pas place dans l'habitat classique. Aujourd'hui, le quartier se caractérise par la juxtaposition d'un habitat ancien dégradé, de grands immeubles plus récents (HLM) et de bâtiments de taille plus petite issus des opérations de rénovation urbaine très récentes. De telles opérations sont encore aujourd'hui en cours, conduisant à modifier le profil socio-économique de la population résidante.

### **Le quartier Belleville-Amandiers**

Le quartier Belleville-Amandiers, étudié en 2003, s'étend au-delà de la ZUS *stricto sensu*. Son périmètre, défini dans le cadre de la politique de la ville, regroupe cinq sous-quartiers aux particularités assez marquées : Bas-Belleville, Ménilmontant, Amandiers, Piat Faucheur Envierges et Mare Cascade<sup>11</sup>.

Le quartier relevant de la politique de la ville Belleville-Amandiers, à l'image d'ailleurs du XX<sup>e</sup> arrondissement, est marqué par son fort caractère résidentiel. La dominante « habitat » du quartier est parmi les plus soutenues de la capitale avec, globalement sur la zone, plus de quatre habitants pour un emploi<sup>12</sup>. L'habitat y est très hétérogène avec la coexistence de quartiers d'habitat ancien ayant conservé des caractéristiques villageoises (Bas-Belleville, Mare Cascades) et des zones de grands ensembles monofonctionnels (Amandiers, Ménilmontant, Piat Faucheur). Malgré les diverses opérations de réhabilitation, la zone conserve des parcelles d'habitat ancien (62 % des constructions datent d'avant la Seconde Guerre mondiale) marquées par des situations d'inconfort et de sur-occupation des logements.

Avec 33 % de logement social, le quartier se situe largement au-dessus de la moyenne parisienne (14 %) et marque ainsi une spécialisation dans l'accueil de populations « fragiles » à faibles revenus (28 % des résidents par exemple sont allocataires de l'APL). Les écarts sont cependant importants suivant les quartiers : si les grands ensembles des Amandiers comptent 50 % de logements sociaux, cette proportion chute à 15 % sur les hauteurs de Mare Cascades. Le parc social est hétérogène tant au niveau de l'ancienneté des constructions que de sa physiologie, depuis les grands ensembles comme le square du nouveau Belleville en rupture totale avec l'environnement du quartier, jusqu'aux petits immeubles plus récents de Mare Cascades respectant le « style Bellevillois ». La zone compte par ailleurs dix-sept hôtels meublés, quatre foyers de travailleurs et deux centres d'hébergement.

Une des caractéristiques du quartier Belleville-Amandiers est sa relative centralité au sein de l'agglomération parisienne. Proche du cœur de la ville, assez bien desservi par les transports en commun et non isolé grâce à des voies de circulation importantes, le quartier, tout en conservant une identité affirmée, développe un grand nombre de connexions avec les arron-

11 - Pour une revue approfondie de ces particularités, on pourra se rapporter aux analyses réalisées par l'équipe de développement local de Belleville-Amandiers : *Les caractéristiques statistiques du territoire politique de la ville Belleville-Amandiers, une approche d'ensemble, une approche par quartier*, EDL Belleville-Amandiers, 2001 ; *Analyse du recensement général de la population de 1999 dans le secteur politique de la ville Belleville-Amandiers*, EDL Belleville-Amandiers, 2001.

12 - Enquête régionale Emploi 1998, Sirene 2001.

dissements alentour et avec le reste de la capitale, liées à la fois à l'activité commerciale, à la vocation touristique de certains lieux (Belleville, Père-Lachaise, etc.) et à l'implantation de différentes communautés (asiatique notamment).

### **Le quartier Saint-Blaise-Porte de Montreuil**

Ce quartier, situé dans la partie Est du XX<sup>e</sup> arrondissement de la capitale, est lui aussi composé par un ensemble de sous-quartiers : Saint-Blaise, Félix Terrier, La Tour-du-Pin, Porte de Montreuil. Le périmètre étudié englobe ainsi trois quartiers prioritaires de la politique de la ville et couvre l'intégralité du périmètre du GPRU (Grand projet de renouvellement urbain). Comme la plupart des quartiers périphériques de la capitale, Saint-Blaise-Porte de Montreuil est limité sur son flanc extérieur par le périphérique, qui n'est pas couvert à cet endroit et isole le quartier des communes limitrophes de Paris.

L'une des caractéristiques principales du quartier Saint-Blaise-Porte de Montreuil réside dans la place très importante qu'occupe l'habitat social (la part de logement social atteint près de 90 % dans certains sous-quartiers) et la faible proportion de surfaces destinées à l'activité. Sur le périmètre du GPRU, les logements sociaux représentent plus de 50 % des logements et la quasi-totalité des bâtiments sont des immeubles de logement.

La population du quartier conjugue deux extrêmes : un pourcentage important de personnes seules dans certains îlots (30 % de personnes seules par exemple à La Tour-du-Pin), tandis que d'autres secteurs concentrent des familles nombreuses et des problèmes de surpeuplement des logements. Le diagnostic de territoire effectué sur le périmètre du GPRU fait état d'une paupérisation du quartier, passé en l'espace de quelques années d'une situation de « quartier populaire » à celui de « quartier pauvre ».

L'offre en équipements publics sur le quartier est en revanche relativement importante, notamment en ce qui concerne les infrastructures sportives – même si elles n'apparaissent pas toujours adaptées aux souhaits et besoins de la population. Sur le plan de l'accès aux soins, le quartier est marqué par la proximité des hôpitaux Tenon et Croix-Saint-Simon.

## MÉTHODOLOGIE

Dans les cinq zones urbaines sensibles (ZUS) enquêtées en 2001, la base de sondage a été constituée à partir des plans cadastraux, des données du recensement de chaque îlot, et d'un premier repérage concernant la taille des immeubles (sur photos aériennes et/ou par repérage sur place). L'échantillon a été constitué par tirage aléatoire de 120 ménages dans chacune des ZUS étudiées.

À Paris, l'enquête sur deux quartiers relevant de la politique de la ville (QPDV) a été réalisée sur un échantillon aléatoire de 1 000 logements représentatifs de la population d'étude. L'échantillon a été constitué par l'APUR (Agence parisienne d'urbanisme) à partir de la liste exhaustive des foyers fiscaux (Direction générale des impôts) et d'un recensement des foyers et des hôtels meublés des quartiers sélectionnés. La répartition des personnes à enquêter selon les quartiers s'est faite proportionnellement à la population résidente dans chacun d'eux. L'ensemble des adresses tirées au sort a été préalablement repéré et vérifié par l'équipe de recherche.

Dans les deux cas, les méthodes ont abouti à la constitution d'un échantillon aléatoire de ménages. Au sein de chaque ménage a été tirée au sort (par la méthode de la date anniversaire) la personne enquêtée, qui devait être majeure et francophone.

Ce plan de sondage suppose que les données recueillies soient pondérées en fonction du nombre de personnes dans le ménage, afin que chaque personne ait la même probabilité d'être incluse dans l'échantillon. Les données individuelles présentées dans cet ouvrage correspondent donc à des données pondérées en fonction de la taille des ménages (les données sur les ménages, elles, ne l'étant pas).

Notons que des comparaisons avec les données du recensement nous ont permis de vérifier et d'estimer la représentativité de nos échantillons dans chacune des sept zones étudiées.

Lors des deux enquêtes, les personnes ont été interrogées en face-à-face à leur domicile (ou, lorsqu'ils en faisaient la demande, dans un lieu public). Les questionnaires que nous avons élaborés pour chacune des enquêtes ne sont pas exactement similaires mais comportent un très large tronc commun de questions, regroupées en sept grandes parties :

- logement et quartier,
- formation, expérience professionnelle,
- ressources,
- enfance et jeunesse,
- couple et famille,
- vie sociale et familiale,
- santé.

Chaque thème est abordé au travers de questions factuelles et de questions subjectives. Par exemple, concernant la scolarisation, l'enquêté est interrogé sur le nombre d'années d'étude, le niveau atteint et les diplômes obtenus, mais également sur sa satisfaction à l'égard de son parcours scolaire et sur son sentiment d'avoir été plus ou moins bien intégré en classe à différentes étapes de son parcours.

De façon transversale aux sept parties mentionnées, les ruptures sociales ou au contraire l'intégration sont appréhendées en référence aux quatre types de liens sociaux présentés précédemment – et ce durant l'enfance comme à l'âge adulte.

Touchant à la fois au sentiment d'intégration et au bien-être, l'estime de soi, le sentiment d'utilité, la confiance en soi, la capacité à faire face aux difficultés (*coping*) ou encore le sentiment d'efficacité personnelle (*self-efficacy*) sont des dimensions peu abordées dans les enquêtes quantitatives auprès des populations vivant dans des territoires défavorisés. Il s'agit pourtant d'un facteur essentiel de l'insertion. On sait de surcroît que ces variables psychosociales peuvent être un élément de compréhension des liens entre ruptures sociales et santé. Ces variables sont abordées dans le questionnaire au travers de questions que nous avons construites ainsi que d'outils standardisés.

La santé enfin est appréhendée dans une acception large, comprenant non seulement la morbidité mais également le bien-être ressenti, les attitudes, les représentations et les comportements liés à la santé (comportements à risque, prévention, etc.) ainsi que le recours aux soins. Dans une optique de description des liens statistiques mais aussi de compréhension des phénomènes, il nous a paru essentiel d'explorer, parallèlement aux variables factuelles, des variables de santé ressentie et des attitudes et représentations liées à la santé. Nous avons également cherché à savoir quels liens les personnes interrogées elles-mêmes faisaient éventuellement entre leurs conditions de vie, leur trajectoire et leur santé.

Afin de permettre une appréciation de la qualité des réponses, les enquêteurs donnaient quelques indications à la fin de chaque questionnaire. Dans plus de 90 % des cas, ils ont estimé que l'interview s'était bien déroulée. Par ailleurs, compte tenu du déroulement de l'interview et de l'attitude de l'enquêté, la qualité des données recueillies apparaît aux enquêteurs comme « très bonne » dans près de trois quarts des cas, « bonne » une fois sur cinq, « acceptable mais avec des réserves » dans moins de 5 % des cas et « douteuse » pour seulement 0,8 % des questionnaires.

La durée de passation du questionnaire fut très variable, selon les enquêtés et les enquêteurs, en moyenne de 90 minutes, mais pouvant dépasser 4 heures...

## CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES POPULATIONS ÉTUDIÉES

Nous avons déjà signalé que notre échantillon ne saurait être considéré comme représentatif des quartiers franciliens relevant de la politique de la ville (QPDV), puisqu'il s'agissait notamment d'aborder des territoires relevant de contextes différents. Les résultats exposés dans ce chapitre doivent donc être lus avec précaution. La comparaison entre quartiers doit en outre être considérée comme une illustration des différentiels que l'on peut observer entre territoires relevant de la politique de la ville.

Nous retenons la définition de l'inégalité sociale qu'en donnent A. Bihl et R. Pfefferkorn : « Une inégalité sociale est le résultat d'une distribution inégale au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette société, due aux structures mêmes de cette société et faisant naître un sentiment d'injustice au sein de ses membres. »<sup>13</sup> Dans la mesure où les indicateurs d'inégalité sociale sont des indicateurs relatifs, c'est-à-dire dépendants d'une évaluation corrélative à une société ou un groupe social particulier, nous donnerons autant que possible des éléments de contexte en Ile-de-France ou en France métropolitaine, comme éléments de comparaison de la situation de notre population d'étude.

### I. Dans Paris intra-muros

Dans Paris, 889 personnes ont été enquêtées durant l'automne 2003 sur les deux quartiers Belleville-Amandiers et Saint-Blaise-Porte de Montreuil.

#### Un enquêté sur deux a moins de 40 ans

Notre échantillon est composé de personnes âgées de 18 ans ou plus. Les femmes y sont majoritaires (56,1 % contre 43,9 % d'hommes) et l'âge moyen est relativement bas (41,1 ans, écart type : 16,7 ans). Les personnes de moins de 40 ans représentent plus de la moitié de notre échantillon (53,7 %) contre 44 % de la population parisienne correspondante<sup>14</sup>. Inversement, les personnes âgées de 60 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses dans les quartiers étudiés que dans l'ensemble de la capitale (14,8 % contre 24,0 %) <sup>15</sup>. On retrouve là une tendance commune à de nombreux territoires relevant de la politique de la ville, en particulier en Ile-de-France, constitués dans leur majorité d'une population plus jeune que celle des territoires environnants. La comparaison avec les données du recensement de 1999 portant sur le seul XX<sup>e</sup> arrondissement (34,4 % de personnes âgées de 20 à 39 ans, 17,7 % de personnes âgées de plus de 60 ans) confirme cette tendance. On soulignera par

13 - R. Pfefferkorn, « Proposition de définition des inégalités sociales », in C. Daniel, C. Le Clainche, *Définir les inégalités. Des principes de justice à leur représentation sociale*, Paris, Mission Recherche DREES - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000, pp. 127-137.

14 - La correspondance n'est pas totale puisque les données du recensement à notre disposition ne permettent de travailler que sur la classe des 20-39 ans (18-39 ans pour le cas de notre échantillon).

15 - Même remarque, les pourcentages pour Paris sont calculés sur la population âgée de 20 ans et plus.

ailleurs que l'âge est significativement plus faible à Belleville-Amandiers qu'à Saint-Blaise-Porte de Montreuil où près de la moitié des enquêtés ont entre 40 et 59 ans.

### **Une population étrangère en proportion importante avec des profils de migration différents**

Dans les quartiers étudiés, la proportion d'étrangers (20,6 % dans notre échantillon, 19,6 % au recensement de 1999) est très supérieure à la moyenne parisienne (15,2 %) et métropolitaine (5,6 %) en 1999. Il s'agit là d'un autre point commun à de nombreux quartiers inscrits à la politique de la ville. La proportion d'étrangers ne diffère pas significativement entre les deux quartiers étudiés. Concernant le détail des nationalités, on notera la quasi-absence dans notre échantillon de personnes asiatiques – alors que les quartiers accueillent une « communauté » chinoise relativement importante. Notre dispositif d'enquête s'est avéré impuissant à vaincre les résistances de ces personnes à répondre à une telle enquête. Les nationalités les plus représentées sont celles du Maghreb (8,8 %) et d'Afrique noire (5,7 %), qui forment à elles seules près des trois quarts de la population étrangère de notre zone d'étude.

La proportion des Français issus de l'immigration est également importante puisqu'ils représentent 18,7 % des individus interrogés (contre 4 % en France métropolitaine). Tout au long de cette étude, nous verrons quel est l'intérêt de prendre en compte ce critère d'« origine géographique » plutôt que de se contenter de la nationalité actuelle.

### **Un nombre important de familles monoparentales mais plutôt moins de personnes seules que la moyenne parisienne**

Notre échantillon se caractérise aussi par de nombreuses familles monoparentales. On observe là encore une des caractéristiques récurrentes des quartiers relevant de la politique de la ville. Dans notre enquête, près de 13 % des ménages correspondent à des familles monoparentales, soit la moitié (54,2 %) des familles avec enfants, alors que la monoparentalité ne concernait au recensement de 1999 que 9 % des ménages de l'ensemble des ZUS parisiennes.

Le pourcentage de ménages composés d'une personne vivant seule est élevé (40,5 %) mais reste inférieur à la moyenne parisienne et à celle des ZUS parisiennes où ce type de ménage représente 50,1 % de la population totale. Ceci s'explique en partie par la répartition par âge de notre population, qui compte nettement moins de personnes âgées de plus de 60 ans que le reste de Paris ; la vie de couple, avec ou sans enfants, concerne la majorité de notre population (41,5 %).

Les « ménages familiaux »<sup>16</sup> sont plus fréquents à Belleville-Amandiers qu'à Saint-Blaise-Porte de Montreuil ; ce qui s'explique par le plus fort taux de collocation dans ce premier quartier, qui concerne principalement les étudiants et les jeunes actifs, mais aussi les personnes vivant en foyers de travailleurs, plus représentés à Belleville-Amandiers.

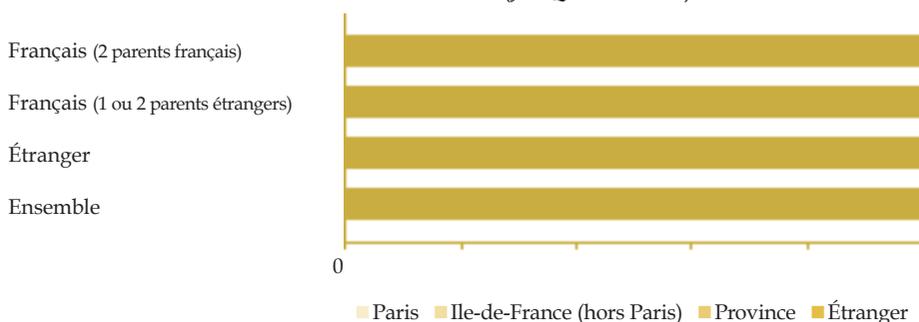
16 - On entend par « ménage familial » un ménage constitué de personnes apparentées mais sans lien de filiation directe (ou, en cas de lien de filiation, lorsque l'enfant est âgé de plus de 30 ans, comme par exemple une personne de plus de 40 ans vivant avec sa mère âgée).

## RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR NATIONALITÉ ET ORIGINE GÉOGRAPHIQUE (EN %)

	Belleville	Saint-Blaise	Ensemble	Paris (1999)
<b>Français</b>	<b>79,0</b>	<b>80,3</b>	<b>79,4</b>	<b>81,8</b>
<i>Dont :</i>				
1 parent étranger	5,4	3,4	4,7	
2 parents étrangers	12,6	16,7	14,0	
<b>Étranger</b>	<b>21,0</b>	<b>19,7</b>	<b>20,6</b>	<b>18,2</b>
<i>Dont :</i>				
Maghreb	7,4	7,8	7,7	4,7
Afrique noire	6,2	4,4	5,6	2,4
Europe de l'Ouest	2,9	1,7	2,5	4,4
Europe de l'Est	1,5	1,7	1,5	1,8
Asie	1,0	1,0	1,1	3,3
Moyen-Orient	0,8	3,4	0,6	
Amérique centrale et du Sud	0,8	2,7	1,5	
États-Unis, Canada	0,5	0,0	0,3	

Sources : enquête SIRS Paris 2003 ; recensement 1999.

## LIEU DE VIE PRINCIPAL DURANT L'ENFANCE (JUSQU'À 16 ANS)



Source : enquête SIRS Paris 2003.

## II. Dans les ZUS hors de Paris

### Une population majoritairement féminine et jeune

Par construction, notre échantillon était composé de personnes âgées de 18 à 74 ans. Les femmes y sont majoritaires (56 % contre 44 % d'hommes), et l'âge moyen relativement bas (36,7 ans). Comme dans les quartiers étudiés à Paris intra-muros, et dans l'ensemble des quartiers relevant de la politique de la ville, la population est relativement jeune. Les personnes de moins de 35 ans représentent la moitié de notre échantillon, contre seulement un tiers de

la population francilienne correspondante. Inversement, les personnes âgées de 55 à 74 ans sont proportionnellement moins nombreuses dans les ZUS étudiées que dans l'ensemble de la région (13 % contre 23 %).

La répartition par âge diffère de façon significative entre les ZUS enquêtées. C'est aux Mureaux que la population est la plus jeune, avec plus de 40 % de personnes de 18 à 25 ans et seulement 9 % de personnes de 55 ans ou plus. La structure démographique du quartier Cergy Saint-Christophe est marquée par son emplacement en ville nouvelle, avec une faible proportion des âges adultes extrêmes : plus de 80 % des enquêtés ont entre 25 et 54 ans.

### **Des territoires marqués par des histoires migratoires différentes**

D'après le recensement de 1999, près d'un quart des étrangers franciliens réside en ZUS, alors que ces quartiers ne regroupent qu'un Francilien sur huit<sup>17</sup>. Cette sur-représentation des étrangers dans les quartiers en difficulté se retrouve dans notre échantillon. Les ZUS étudiées comptent en effet, parmi les personnes âgées de 18 à 74 ans, 29,2 % d'étrangers – soit deux fois plus qu'en Ile-de-France. Parmi les étrangers, les personnes originaires du Maghreb et de l'Afrique sont les plus nombreuses.

Les ZUS de notre échantillon ne se différencient pas de façon significative quant à la proportion de personnes de nationalité étrangère. Par contre, l'origine considérée ici en référence à la nationalité du père et/ou de la mère révèle une histoire sociodémographique différente selon les quartiers. Ainsi, plus des deux tiers des habitants de la ZUS de Belleville ont au moins un parent français, contre un tiers seulement de ceux de la Rose des Vents ou de la ZUS des Mureaux.

### **Des ménages isolés beaucoup plus rares que dans Paris intra-muros**

Les personnes vivant seules sont moins nombreuses dans les ZUS étudiées qu'elles ne le sont en population générale. Au recensement de 1999, un habitant sur huit en France et un sur sept en Ile-de-France vit seul ; plus d'un tiers des ménages franciliens se compose d'une personne seule. Dans notre échantillon, les personnes isolées ne représentent que 15,4 % des ménages interrogés, soit 6,8 % des enquêtés. Ceci tient notamment à des différences de structure par âge (notre échantillon n'inclut pas les personnes de plus de 74 ans, qui vivent plus souvent seules). C'est aussi, en partie, le reflet de deux tendances : celle des personnes seules à s'installer dans les grandes villes et celle des familles à s'installer en banlieue, où le prix des logements est souvent moins cher. À Paris, plus d'une personne sur quatre vit seule, contre une sur onze en grande couronne (recensement 1999). Dans notre échantillon des cinq ZUS, c'est effectivement à Belleville que les personnes seules sont les plus représentées (13,3 %, contre seulement 2,8 % à Aulnay-sous-Bois), mais leur représentation est, quoi qu'il en soit, inférieure à la moyenne de la capitale. Des différences importantes existent selon les ZUS. Belleville en particulier se distingue des autres ZUS par une proportion plus forte de personnes qui vivent seules ou qui sont chefs de famille monoparentale, ainsi que – ce qui est lié – par une proportion plus importante de personnes veuves et de personnes séparées ou divorcées.

17 - V. Andrieux, J. Herviant, *Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999*, op. cit.

**DISTRIBUTION PAR SEXE, CLASSE D'ÂGE ET ORIGINE MIGRATOIRE**

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Ensemble	Ile-de-France, recensement 1999 (20-74 ans)
<b>Sexe (%)</b>							
Homme	53,7	38,7	47,9	40,8	37,1	44,0	48,7
Femme	46,3	61,3	52,1	59,2	62,9	56,0	51,3
<b>Âge moyen* (ans)</b>	<b>36,7</b>	<b>32,3</b>	<b>38,2</b>	<b>38,0</b>	<b>38,4</b>	<b>36,7</b>	
<b>Classe d'âge (%)</b>							
18-25 ans	25,0	42,5	28,6	8,7	21,1	25,5	9,7 (20-25 ans)
25-34 ans	25,0	23,6	17,6	36,9	26,7	25,7	24,2
35-54 ans	35,2	25,5	34,5	45,6	37,8	35,6	43,3
55-74 ans	14,8	8,5	19,3	8,7	14,4	13,3	22,7
<b>Nationalité (%)</b>							
Française	63,9	70,1	67,2	74,8	80,0	70,8	86,3
Dont :							
de naissance*	47,2	65,1	47,9	63,1	75,6	58,9	78,7
par acquisition*	16,7	4,7	19,3	11,7	4,4	11,8	7,6
Étrangère	36,1	29,9	32,8	25,2	20,0	29,2	13,7

\* Pour les items considérés, les différences entre ZUS sont significatives.

Note : en cas de double nationalité (dont française), la personne est considérée comme Française.

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

**DISTRIBUTION DES INDIVIDUS SELON LE STATUT MATRIMONIAL ET LA SITUATION FAMILIALE (EN %)**

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Ensemble
<b>Statut matrimonial (p=0,000)</b>						
Célibataire	35,2	49,1	25,2	23,3	34,4	33,3
Marié, pacsé, concubin	54,6	46,2	70,6	68,0	50,0	58,4
Séparé, divorcé	9,3	3,8	2,5	4,9	10,0	5,9
Veuf	0,9	0,9	1,7	3,9	5,6	2,5
<b>Situation familiale (p=0,000)</b>						
Vit seul	2,8	6,6	6,7	5,8	13,3	6,8
En famille monoparentale	3,7	3,8	4,2	6,8	10,0	5,5
Avec d'autres adultes, sans enfant	17,8	25,5	38,3	25,2	34,4	28,3
Avec d'autres adultes (mais sans conjoint) et des enfants	75,7	64,2	50,8	62,1	42,2	59,3

Note : on considère ici comme individus en « famille monoparentale » les adultes qui vivent avec leurs propres enfants mais sans conjoint (qu'il y ait ou non d'autres adultes et d'autres enfants dans le ménage).

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

## FORMATION, EMPLOI, RESSOURCES

### I. La formation scolaire

La scolarisation et les diplômes méritent une attention particulière dans notre recherche. Le niveau de qualification, on le sait, est un facteur important de l'« employabilité » des personnes. Il influence leur insertion sur le marché du travail et, au-delà, leur insertion sociale. La formation s'avère également liée, comme le montrent de nombreuses études, à différentes dimensions de la santé et du recours aux soins.

#### Une population globalement moins qualifiée et moins diplômée

Dans les ZUS en général<sup>18</sup>, et celles de notre échantillon en particulier, la population est globalement moins qualifiée et moins diplômée que sur le reste du territoire régional. La part des enquêtés (18-74 ans) ayant achevé leurs études sans obtenir aucun diplôme en France ni à l'étranger s'élève à 32 % – soit le double de ce que l'on observe en population générale. Il est intéressant de noter à quel point la part de personnes dépourvues de tout diplôme augmente lorsque l'on passe de la population générale (16 % en Ile-de-France au recensement de 1999) à celle résidant dans les ZUS (29 % dans les ZUS franciliennes au recensement de 1999<sup>19</sup>), puis à des populations en grande difficulté, comme les bénéficiaires des services de la FNARS<sup>20</sup> ou les personnes sans domicile à Paris<sup>21</sup> (parmi lesquelles on compte 40 % de non-diplômés, cf. tableau).

Il ne faudrait pas pour autant en conclure que les habitants des ZUS ont en grande majorité un faible niveau scolaire. Dans notre échantillon par exemple, 36 % des individus (qui ne sont plus étudiants) déclarent avoir un diplôme (français ou étranger) équivalent ou supérieur au baccalauréat – c'est-à-dire une proportion proche de celle observée sur l'ensemble de l'Ile-de-France (42 % parmi les personnes âgées de 20 ans ou plus, selon le recensement de 1999). Notons que les cinq ZUS étudiées en 2001 comptent proportionnellement plus de personnes ayant un tel niveau scolaire que l'ensemble des ZUS de la région (25 % au dernier recensement). Cette différence reste forte si l'on compare chacune des ZUS avec les ZUS de son département, sauf dans le cas des Mureaux (26 % contre 28 %).

Selon la ZUS de résidence, la proportion de non-diplômés varie de 21 % à 50 %. Les zones qui comptent le plus de personnes sans diplôme (Aulnay-sous-Bois et Grigny 2) sont aussi celles où la proportion d'étrangers est la plus forte. Parmi les enquêtés qui ne sont pas Français de naissance mais qui ont passé la majeure partie de leur enfance (jusqu'à 12 ans) en France, le taux de non diplômés est voisin de celui des Franciliens (13 %), mais ils sont 70 % à avoir redoublé. Par contre, parmi ceux qui ont passé la majeure partie de leur enfance à l'étranger, 54 % n'ont pas de diplôme et 41 % ont redoublé au moins une fois.

18 - En Ile-de-France, un cinquième des non-diplômés résident dans des ZUS, alors que celles-ci ne rassemblent qu'un habitant sur huit.

19 - V. Andrieux, J. Herviant, *Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999*, op. cit.

20 - M. Cléménçon, S. Paugam, *Détresse et ruptures sociales. Enquête auprès des populations s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion*, Paris, FNARS (coll. Recueils et Documents), n° 17, avril 2002.

21 - J.-M. Firdion, M. Marpsat (ss la dir.), *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, Paris, INED-PUF, 2000.

Se conjuguent là deux phénomènes : l'un concerne les immigrés venus en France adultes et sans diplôme ; l'autre concerne les jeunes arrivés sur le territoire national à la préadolescence ou à l'adolescence, et qui ont connu à la fois le déracinement et la difficulté à s'adapter à un système d'enseignement étranger avec toutefois, pour une minorité, la chance aussi de faire des études longues (les filles notamment).

Parmi les enquêtés qui ont été scolarisés (au moins deux ans), près des deux tiers ont connu au moins un redoublement au cours de leur scolarité. Les différences constatées entre les ZUS tiennent pour l'essentiel à des différences de structure, mais pas toujours. Soulignons que les enquêtés des Mureaux ont le plus faible taux de non-diplômés mais au prix, apparemment, d'un taux de redoublement en primaire et secondaire élevé. Cela peut aussi traduire le fait que cette ZUS compte, proportionnellement aux autres, une part importante de personnes de nationalité française de naissance, qui ont donc connu une scolarité entière en France où le redoublement est encore un indicateur d'échec scolaire mais peut aussi permettre une remise à niveau profitable pour la suite des études.

En lien avec la scolarité, on constate chez certains une mauvaise maîtrise du français et du calcul – ce qui constitue un handicap sérieux, non seulement dans l'accès à l'emploi, mais plus largement dans le processus d'insertion sociale. Environ 15 % des enquêtés déclarent éprouver des difficultés à lire ou à écrire en français (respectivement 14,5 % et 15,8 %), et 8,5 % avouent ressentir des difficultés à calculer. Ces difficultés sont plus fréquemment rencontrées par la population étrangère, mais elles concernent aussi des personnes de nationalité française : 7,9 % de ces dernières éprouvent des difficultés à lire, 8,7 % à écrire en français, et 4,8 % à calculer – contre respectivement 30,2 %, 33,1 % et 16,9 % parmi les étrangers<sup>22</sup>.

### **Un niveau scolaire plus élevé dans les QPDV de Paris que dans l'ensemble des ZUS franciliennes, mais de nombreuses personnes sans aucun diplôme**

Dans l'ensemble, le niveau de diplôme recensé dans les deux quartiers parisiens est assez proche de celui de la population parisienne, notamment en ce qui concerne la proportion de personnes diplômées de l'enseignement supérieur (41,6 % dans les quartiers étudiés, contre 45,2 % sur l'ensemble de Paris). Les quartiers relevant de la politique de la ville du XX<sup>e</sup> arrondissement sont donc particulièrement singuliers sur ce point.

Pour autant, la proportion de personnes non diplômées y est également importante. Ainsi, 14,5 % des enquêtés (sans compter les étudiants) n'ont obtenu strictement aucun diplôme scolaire ; et 29,6 % n'ont aucun diplôme supérieur au niveau du DNB (diplôme national du brevet, anciennement brevet des collèges). Si on exclut de l'analyse les retraités (et, toujours, les étudiants) afin d'étudier la seule population « potentiellement » active, la proportion de personnes non ou très faiblement diplômées diminue alors (les non-diplômés se comptant surtout parmi les personnes les plus âgées) mais reste toutefois importante : ce sont encore 24,2 % des enquêtés qui n'ont aucun diplôme supérieur au niveau du DNB. En d'autres termes, la population étudiée à Paris dispose globalement de certains atouts, en termes de diplômes, pour l'insertion sur le marché du travail ; mais un quart de celle-ci se trouve en revanche handicapée sur ce point.

<sup>22</sup> - L'ampleur de ces difficultés semble être supérieure à ce qu'elle est en population générale, mais inférieure à ce qu'elle est dans une population très défavorisée telle que celle des bénéficiaires des services de la FNARS, où respectivement 13,8 %, 19,3 % et 18 % déclarent ressentir des difficultés à lire, écrire et effectuer des calculs (d'après l'enquête réalisée et analysée à l'OSC, par S. Paugam et M. Cléménçon).

Les deux quartiers étudiés présentent des différences concernant le niveau de diplôme obtenu. Sur Saint-Blaise en effet, 33,6 % de la population ne dispose d'aucun diplôme supérieur au DNB (contre 27,6 % à Belleville) et la proportion de diplômés du supérieur est deux fois plus faible : seuls 17,3 % ont un diplôme de niveau au moins égal à bac+3, contre 33,1 % à Belleville. Cette distribution différentielle des diplômes selon les quartiers suit celle des PCS (professions et catégories socioprofessionnelles, anciennement CSP), globalement plus élevée à Belleville qu'à Saint-Blaise.

Tout comme dans les cinq ZUS étudiées, le niveau de diplôme s'avère très dépendant de l'âge et de la nationalité. La proportion de personnes n'ayant obtenu aucun diplôme (ou seulement un certificat d'études primaires) augmente largement avec l'âge : de 2,6 % chez les 18-25 ans, ce taux passe à 28,5 % chez les 45-59 ans et même à 51,5 % parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus ( $p^{23} < 0,001$ ). Inversement, les titulaires d'un bac+3 (ou plus) sont de moins en moins nombreux au fur et à mesure que l'âge augmente : 39,1 % chez les 25-34 ans, 28,5 % chez les 45-59 ans, et seulement 14,6 % parmi les 60 ans ou plus ( $p < 0,001$ ).

Parallèlement, les personnes de nationalité étrangère sont plus fréquemment sans diplôme que les Français : 40,8 % n'ont obtenu aucun diplôme (ou seulement le certificat d'études primaires), tandis que cette proportion n'est « que » de 15,8 % parmi les Français ( $p < 0,001$ ). Les étrangers sans diplôme sont presque exclusivement des personnes ayant passé la majorité de leur enfance (jusqu'à 16 ans) à l'étranger. Par ailleurs, les étrangers diplômés du supérieur sont proportionnellement deux fois moins nombreux que les Français : 21,2 % des étrangers (contre 47 %) ont un diplôme au minimum de niveau bac+2 ( $p < 0,001$ ).

#### NIVEAU DE DIPLOME OBTENU EN FRANCE (EN %)

	Enquête SIRS, Ile-de-France 2001	Ile-de-France, Recensement 1999	Population active, France métropolitaine, Enquête Emploi Insee 2001	Personnes en détresse, OSC/FNARS 2000-2001	Hommes sans domicile, Paris Enquête INED 1995
Aucun	30,9	16,0	23,6*	40,3	40
CEP et DNB	32,5	21,5	7,4**	14,9	40
CAP-BEP		20,5	29,5	26,5	
Bac, brevets professionnels	14,0	14,0	14,3	8,7	17
Bac + 2 ou plus	22,5	28,1	25,3	9,6	
Autre	-	-	-	-	2

Note : les pourcentages sont calculés parmi les personnes qui ne sont plus en cours d'études (excepté pour les données du recensement, calculées sur la population de 20 ans et plus).

\* Aucun diplôme ou CEP.

\*\* DNB.

23 - La valeur « p » indiquée entre parenthèses après une comparaison de pourcentages dans la suite de cet ouvrage est le « degré de signification statistique ». Les différences observées sont statistiquement significatives quand  $p < 0,05$ , et la signification statistique est d'autant plus forte que p est petit.

### DISTRIBUTION DES INDIVIDUS SELON LE DIPLÔME MAXIMAL OBTENU (EN %)

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Ensemble
Aucun diplôme	50	21*	39	23	26	32
Diplôme (français ou étranger) de niveau égal ou supérieur au bac	26	26*	35	42	53	36
Diplôme (français) de niveau égal ou supérieur au bac	16*	25*	29	33	53	30

Note : les pourcentages sont calculés parmi les personnes qui ne sont plus en cours d'étude (n=476).

\* En modèle logit, reste significativement différent de la ZUS de référence (Belleville).

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

### TAUX DE REDOUBLEMENT (EN %)

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Ensemble
Au moins un redoublement (p=0,02)	61,5	78,1	59,3	70,1	59,5	65,6
Au moins un redoublement en primaire (p=0,001)	39,2	50,0*	32,5	42,7*	20,5	37,2
Au moins un redoublement en secondaire (p=0,046)	30,7*	52,3	36,3	38,2	42,9	39,9

Note : les taux de redoublement sont calculés sur les individus potentiellement « concernés », c'est-à-dire ceux qui ont été à l'école plus de deux ans (n=492) et, pour les redoublements en secondaire, ceux qui ont atteint ce niveau (n=444).

\* En modèle logit, reste significativement différent de la ZUS de référence (Belleville).

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

### RÉPARTITION SELON LE NIVEAU D'ÉTUDE ATTEINT (EN %)

	Belleville	Saint-Blaise	Ensemble
Jamais scolarisé ou primaire	12,5	13,6	12,8
Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle (collège)	15,2	22,4	17,6
Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	24,3	23,7	24,1
Supérieur	48,1	40,3	45,5

p=0,04

Source : enquête SIRS Paris 2003.

## RÉPARTITION SELON LE DIPLÔME OBTENU (EN %)

	SIRS 2003			SIRS 2001	Recensement 1999
	Belleville	Saint-Blaise	Ensemble	Cinq ZUS franciliennes	Paris
Aucun ou CEP	20,2	22,8	21,1	63,4	23,4
DNB, CAP, BEP	22,2	27,5	24,0		20,2
Bac professionnel, technique, général	13,2	13,4	13,3	14,0	14,6
Bac+2	11,2	18,8	13,8	22,5	12,3
Bac+3 ou plus	33,1	17,4	27,8		32,9

Note : ces taux concernent les personnes (de plus de 15 ans pour le recensement) ayant terminé leurs études ( $p < 0,001$ ).

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

## II. La situation au regard de l'emploi

La part importante de personnes très peu ou non qualifiées peut expliquer, au moins en partie, les difficultés d'insertion rencontrées par notre population d'étude sur le marché du travail. Les actifs occupés sont moins représentés qu'ils ne le sont en population générale. Les personnes salariées ou à leur compte forment au total 51,3 % des personnes enquêtées en 2001 dans les cinq ZUS, et 55,7 % de celles interrogées en 2003 dans les deux quartiers du XX<sup>e</sup> arrondissement (notons qu'elles représentaient 63,8 % de la population francilienne (20-74 ans) au recensement de 1999).

La structure des statuts professionnels, significativement différente selon les quartiers étudiés, reflète bien sûr en partie leur structure par âge. Ainsi, parmi les cinq ZUS, Grigny 2 et Belleville se caractérisent par une proportion plus élevée de personnes à la retraite ou en préretraite, tandis que les quartiers plus jeunes de Cergy Saint-Christophe et Aulnay-sous-Bois comptent moins de 5 % de retraités dans leur population (20-74 ans).

Le taux d'activité dans notre échantillon des cinq ZUS est voisin de ce qu'il est en moyenne dans les ZUS franciliennes (70 % contre 72 % des 18-59 ans sont actifs), et légèrement inférieur à la moyenne régionale (76 %). En revanche, dans notre échantillon comme dans l'ensemble des ZUS, les jeunes de moins de 25 ans sont plus souvent actifs : c'est le cas de 48 % des jeunes que nous avons interrogé, contre seulement 29 % pour l'ensemble de l'Ile-de-France. Cette surreprésentation des jeunes actifs trouve une explication dans la rareté des études longues parmi les jeunes de ces quartiers. En dehors du cas particulier de cette tranche d'âge, la faiblesse relative du taux d'activité dans les ZUS est liée notamment à la moindre activité des femmes. Celles-ci ne sont en effet que 60 % à occuper ou rechercher un emploi dans notre échantillon (18-59 ans), contre 71 % des 15-59 ans en Ile-de-France (recensement de 1999). Il a été constaté en Ile-de-France que les zones où le chômage est le moins important connaissent un taux d'activité féminin d'autant plus élevé<sup>24</sup>. Dans notre échantillon, cela ne

24 - V. Andrieux, J. Herviant, *Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999*, op. cit.

se vérifie qu'à Belleville (76 % des femmes y sont actives contre 60 % pour l'ensemble des cinq ZUS enquêtées) et le cas d'Aulnay-sous-Bois va en sens contraire (le chômage y est plus élevé et le taux d'activité féminine aussi, 65 %). Notons enfin qu'à structures sociodémographiques égales (modèle logit), les ZUS d'Aulnay-sous-Bois et des Mureaux se distinguent par leur taux d'activité plus faible.

Dans les deux QPDV parisiens, 14,5 % des enquêtés sont à la retraite ou en préretraite, 12,8 % se déclarent au chômage, 7,6 % en cours d'étude, 6,9 % inactifs au foyer et, enfin, 2,4 % se déclarent invalides (qu'ils soient ou non indemnisés pour leur situation d'invalidité). D'une manière générale, la situation au regard de l'emploi est donc plus difficile dans les quartiers étudiés que dans l'ensemble des quartiers franciliens.

### **Des territoires marqués par le chômage**

V. Andrieux et J. Herviant<sup>25</sup> constatent, entre 1990 et 1999, une progression du chômage plus importante dans les ZUS franciliennes qu'en Ile-de-France où il commence à décroître à partir de fin 1997. En 2001, dans notre échantillon, le taux de chômage<sup>26</sup> s'élevait à 22,1 %, contre seulement 7,7 % dans l'agglomération parisienne (enquête Emploi de mars 2001). On n'observe pas sur ce point, en données brutes ni en modèle multivarié, de différences significatives entre les cinq ZUS enquêtées.

Même si les effectifs de chômeurs dans notre échantillon ne permettent pas des analyses très fines, on peut souligner que 23 % d'entre eux avaient auparavant un emploi qu'ils ont perdu suite à un licenciement, tandis que 41 % ont perdu ou quitté un emploi en CDD, un emploi occasionnel ou un emploi d'intérim.

À Paris, dans les deux QPDV étudiés, 12,7 % de la population déclare être au chômage – ce qui représente un taux de chômage (c'est-à-dire la proportion de chômeurs parmi les actifs,) de 18,5 %. Le taux de chômage est donc particulièrement important ; il est deux fois supérieur au taux de chômage en Ile-de-France au moment de l'enquête (au quatrième trimestre 2003 en effet, d'après l'Insee, le taux de chômage francilien était de 9,7 %).

Parmi les actifs interrogés, le chômage touche tout particulièrement les étrangers : ils sont 25,8 % à se déclarer chômeurs, contre 16,6 % en moyenne chez les Français ( $p=0,02$ ). Les femmes sont un peu plus touchées que les hommes, mais les différences ne sont pas significatives. Le taux de chômage diminue par ailleurs avec l'âge, de 23,9 % chez les 18-25 ans à 16,0 % parmi les 45-59 ans. Notons également que la proportion de chômeurs est significativement plus élevée à Saint-Blaise qu'à Belleville (24,4 % contre 15,6 %,  $p<0,01$ ).

25 - *Ibid.*

26 - Le chômage est considéré ici au sens du recensement (et non du BIT) – à savoir les individus qui, dans la population active, se déclarent explicitement comme « chômeurs », qu'ils soient ou non inscrits à l'ANPE. Les taux de chômage sont calculés sur la population active.

## DISTRIBUTION DES ENQUÊTÉS PAR STATUT PROFESSIONNEL (EN %)

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Ensemble	Ile-de-France, recensement 1999*
Emploi	51,4	41,5	50,4	55,3	59,6	51,3	63,8
Chômage	17,8	15,1	12,8	14,6	13,5	14,8	8,2
(Pré-)Retraite	2,8	7,5	12,8	3,9	10,1	7,5	13,4
Autre inactif	26,2	32,1	23,1	22,3	16,9	24,3	14,6
Autre	1,9	3,8	0,9	3,9	0	2,1	-

\* 20-74 ans.

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

## TAUX D'ACTIVITÉ ET TAUX DE CHÔMAGE PARMIS LES 18-59 ANS (EN %)

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001 (cinq ZUS)						ZUS Ile-de-France, 15-59 ans	Ile-de-France, 15-59 ans
	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Ensemble		
Taux d'activité (n=473)	69*	60*	70	73	81	70	72	76
Taux de chômage (parmi les actifs, n=357)	23,2	26,7	20,8	20,8	17,9	21,8	19,6	11,5

\* Différences significatives selon la ZUS au seuil de 5 % en modèle logit (réf. = Belleville).

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

## PROPORTION D'EMPLOIS PRÉCAIRES PARMIS LES EMPLOIS SALARIÉS (EN %)

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001 (n=268)						ZUS Ile-de-France, RGP 1999	Ile-de-France, RGP 1999
	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Ensemble		
Emplois précaires	24,1	44,4*	16,9	1,3	17,0	23,5	16,7	12,8

\* Différences significatives selon la ZUS au seuil de 5 % en modèle logit (réf. = Belleville).

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

**SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI DANS LES DEUX QUARTIERS PARISIENS (EN %)**

	Belleville	Saint-Blaise	Ensemble	Paris 1999 (15-74 ans)
<b>TOTAL actifs ayant un emploi</b>	<b>57,2</b>	<b>52,5</b>	<b>55,7</b>	<b>46,0</b>
CDI	36,2	41,4	37,9	
CDD	13,3	6,8	11,1	12,4
Emploi aidé, contrat d'apprentissage ou en alternance, CES, emploi jeune...	1,7	0,7	1,3	1,5
Formation rémunérée, programme TRACE	0,7	0,3	0,6	1,0
À son compte, aide familiale	4,5	3,4	4,2	
Travail non déclaré	0,8	0,0	0,6	
<b>TOTAL chômeurs</b>	<b>10,8</b>	<b>16,9</b>	<b>12,8</b>	<b>6,4</b>
<i>Dont au sein des actifs :</i>	<i>15,6</i>	<i>24,4</i>	<i>18,6</i>	<i>12,0</i>
Chômeur indemnisé, inscrit à l'ANPE	5,1	10,2	6,7	
Chômeur non indemnisé, inscrit à l'ANPE	3,9	4,1	3,9	
Chômeur non inscrit à l'ANPE	1,9	2,7	2,1	
<b>TOTAL inactifs</b>	<b>32,0</b>	<b>30,5</b>	<b>31,5</b>	<b>47,0</b>
Étudiant	8,6	5,8	7,6	10,7
Au foyer	6,4	7,8	6,9	
Malade, invalide ou handicapé indemnisé	1,7	3,4	2,2	
Malade, invalide ou handicapé reconnu non indemnisé	0,3	0,0	0,2	
Retraité(e) ou préretraité(e)	15,0	13,6	14,5	15,5

Sources : enquête SIRS Paris 2003 ; recensement 1999.

**Une forte proportion de personnes occupant des emplois non qualifiés**

Comme on pouvait s'y attendre, la position des emplois occupés est inférieure à celle de la population francilienne dans son ensemble. Les ouvriers non qualifiés en particulier sont, selon les sources, deux à trois fois plus nombreux parmi les actifs occupés de notre échantillon des cinq ZUS que parmi les actifs occupés de toute l'Ile-de-France. Inversement, les catégories socioprofessionnelles supérieures et les professions libérales sont largement sous-représentées (trois fois moins qu'en population générale).

La nature des contrats de travail reflète par ailleurs un autre type de difficultés rencontrées par les habitants des ZUS sur le marché du travail. L'Ile-de-France a connu, au cours de la dernière décennie, une augmentation des contrats à durée déterminée, de l'intérim et de l'emploi aidé. Cette hausse fut davantage marquée dans les quartiers relevant de la politique de la ville, accentuant ainsi une plus grande instabilité de leurs habitants face à l'emploi salarié. Au recensement de 1999, l'emploi précaire (CDD, stage rémunéré, emploi jeune, CES, intérim ou apprentissage) concernait 12,8 % des salariés franciliens, mais touchait 16,7 % de ceux qui habitent dans une ZUS<sup>27</sup>. Dans notre population d'étude, cette proportion est encore plus élevée : 23,5 % des salariés occupent un emploi précaire. La ZUS des Mureaux est particulièrement touchée, avec 44,4 % d'emplois précaires (soit plus du double que HBM-

27 - V. Andrieux, J. Herviant, *Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999*, op. cit.

Belleville, Grigny 2 et Cergy Saint-Christophe). La spécificité de cette ZUS par rapport aux autres zones étudiées reste significative après ajustement sur les variables individuelles liées à la stabilité de l'emploi.

On peut enfin citer un indicateur d'un autre type de difficulté, en rapport avec l'emploi : celui du temps passé dans les transports entre le domicile et le lieu de travail. Pour les personnes enquêtées, ce temps de trajet est plus long que pour l'ensemble de la population. Parmi les salariés en effet<sup>28</sup> (d'après l'enquête Emploi du Temps de l'Insee réalisée en 1998 et 1999 auprès de personnes de 15 ans ou plus vivant en France métropolitaine), les hommes passent en moyenne 39 minutes et les femmes 31 minutes par jour dans les trajets entre domicile et travail. C'est près de deux fois plus pour les salariés des cinq ZUS étudiées - respectivement 62 minutes pour les hommes et 56 minutes pour les femmes. Il existe bien sûr des différences entre les quartiers, mais le temps moyen est toujours long : 52 minutes en moyenne pour les enquêtés de Belleville et 116 minutes pour ceux de Grigny 2.

**Une population composée majoritairement de classes moyennes dans les deux QPDV parisiens, mais une mixité socioprofessionnelle et une précarité des emplois plus fortes à Belleville...**

Du point de vue des professions et catégories sociales (PCS), les emplois occupés par la population enquêtée en 2003 sont en effet d'un niveau inférieur à ceux occupés en moyenne par la population francilienne et parisienne. Les ouvriers, employés et professions intermédiaires représentent plus de la moitié de la population enquêtée alors qu'ils constituent moins d'un tiers de la population parisienne. Les artisans sont deux fois moins nombreux que dans l'ensemble de la capitale. Les cadres représentent 13,2 % des enquêtés qui travaillent, contre 18,5 % à l'échelle de Paris.

En termes de répartition de la population par PCS, la situation de Belleville-Amandiers se caractérise par une plus grande mixité que Saint-Blaise-Porte de Montreuil où le pourcentage de cadres et de professions intellectuelles supérieures y est près de deux fois inférieur.

Sur le plan du statut de l'emploi, les quartiers étudiés diffèrent de façon significative. Ainsi, Saint-Blaise compte davantage d'emplois « stables » (CDI) que Belleville. Ce dernier accueille en effet plus de 16,7 % de travailleurs au statut précaire, soit deux fois plus qu'à Saint-Blaise (7,8 %). En revanche, bien que marqué par une plus forte précarité de l'emploi, Belleville est, on l'a vu, le quartier du périmètre d'étude où le pourcentage d'actifs occupés est le plus fort.

Avec 29,4 % d'actifs ayant un emploi précaire, la catégorie socioprofessionnelle des cadres et professions intellectuelles est, avec celle des ouvriers (31 %), la catégorie la plus touchée par la précarité des statuts. Ceci s'explique en partie par la présence nombreuse d'artistes sous le statut de l'intermittence, principalement à Belleville. Dans la sous-catégorie des « cadres de la fonction publique, des professions intellectuelles et artistiques » (laquelle regroupe les artistes ayant un statut d'intermittents du spectacle), les personnes qui travaillent sont ainsi 41,2 % à vivre avec un statut précaire.

28 - Les données ne permettent pas une comparaison fiable pour les autres statuts professionnels.

**DISTRIBUTION PAR PCS DES EMPLOIS OCCUPÉS (EN %)**

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001	Agglomération parisienne, Enquête Emploi 2001
Ouvrier sans qualification	11,4	4,5
Ouvrier qualifié ou hautement qualifié	12,6	11,1
Agent de service, d'entretien, de ménage, gardien d'enfants, employé de l'hôtellerie/restauration	15,9	30,1
Autre employé sans qualification	7,6	
Employé qualifié	26,6	
Instituteur, infirmier, profession du travail social, personnel de catégorie B de la fonction publique	8,5	8,7
Agent de maîtrise	2,2	13,5
Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)	4,0	
Ingénieur, cadre, professions artistiques ou intellectuelles supérieures, catégorie A de la fonction publique	9,3	25,1
Profession libérale	0,5	2,0
Artisan, commerçant, aide familial, employeur	0,5	5,1
Autre	1,0	0,1

**DISTRIBUTION DES PCS DANS LES DEUX QUARTIERS PARISIENS (EN %)**

	Belleville	Saint- Blaise	Ensemble (18 ans et plus)	Paris 1999
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1,7	1,7	1,7	3,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	15,8	7,8	13,2	18,5
Professions intermédiaires	19,0	23,1	20,4	12,2
Employés	22,1	26,5	23,5	13,0
Ouvriers	8,9	8,2	8,7	5,5
Retraités	14,5	13,6	14,2	15,5
Autres, sans activité professionnelle	18,0	19,0	18,4	32,0

p=0,02 (Khi-deux calculé sans les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, pour raison d'effectifs).

Sources : enquête SIRS Paris 2003 ; recensement 1999.

### III. La situation financière

En lien avec les difficultés qu'elles rencontrent sur le marché de l'emploi, un nombre important de personnes résidant dans les ZUS sont confrontées à des difficultés financières. Pour cette analyse de la situation monétaire, nous avons agrégé les revenus des membres d'un même ménage dans la mesure où les dépenses comme les ressources sont en partie gérées en commun ou donnent lieu à des partages. Les revenus pris en compte incluent les transferts sociaux<sup>29</sup>. Le revenu du ménage par unité de consommation (UC) correspond au revenu mensuel total

29 - M. Cohen-Solal, C. Loisy, *Transferts sociaux et pauvreté en Europe*, Études et Résultats, n°104, 2001.

(y compris les prestations sociales et les aides financières apportées par les services sociaux ou les proches) divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage (le premier adulte compte pour une unité, les autres pour 0,5 unité chacun – de même que les mineurs âgés de 14 ans et plus –, les mineurs de moins de 14 ans comptent pour 0,3 unité chacun).

En moyenne, sur notre échantillon des cinq ZUS étudiées en 2001, le revenu par unité de consommation n'est que de 972 € par mois. Les sources de revenus reflètent la distance au travail d'une part importante des ménages enquêtés. Ainsi, 11,6 % des ménages n'ont aucun revenu lié au travail – qu'il s'agisse de la rémunération du travail, des retraites ou des assurances chômage.

### **Près d'un ménage sur cinq et 14 % des travailleurs sont pauvres**

Il est à présent admis que la pauvreté est un phénomène multidimensionnel qui ne saurait se résumer à la faiblesse des ressources monétaires. Cela étant dit, la dimension économique mesurée notamment par l'approche monétaire reste un élément important à prendre en compte. Cette approche consiste à considérer comme pauvres les ménages dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil. Bien sûr, la définition de ce seuil est un moment décisif de l'analyse. Un niveau de pauvreté peut en effet varier du simple au triple sur une zone donnée en fonction du seuil choisi (50 % du revenu médian de l'ensemble des ménages, 40 % ou 60 %, etc.) et du concept retenu (référence nationale ou régionale, etc.)<sup>30</sup>. De façon « classique », nous retiendrons ici le seuil de pauvreté défini par l'Insee et utilisé par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, à savoir la moitié du revenu médian de l'ensemble des ménages français.

Les cinq ZUS étudiées en 2001 sont particulièrement touchées par la pauvreté : 18 % des ménages interrogés vivent en dessous du seuil de pauvreté ainsi défini. Cette proportion est nettement plus élevée que ce que l'on observait sur l'ensemble de la France en 2000 (10,3 %)<sup>31</sup>.

Les personnes qui occupent un emploi stable sont moins nombreuses à vivre sous le seuil de pauvreté, mais dans les cinq ZUS, une part importante d'entre elles n'est pas épargnée : ainsi, 14 % vivent dans un ménage pauvre. Cette proportion s'élève à 20 % pour l'ensemble des actifs de moins de 60 ans. Ces résultats confirment, dans les quartiers étudiés, l'importance d'une catégorie de « travailleurs pauvres ». À titre de comparaison, signalons qu'en France, en 2001, 8 % des actifs occupés (durant au moins sept mois dans l'année) vivaient dans un ménage pauvre<sup>32</sup>.

Pas plus que le travail, on le sait, aucune prestation sociale ne garantit un niveau de vie supérieur au seuil de pauvreté. Une étude menée auprès des allocataires franciliens de prestations versées par les CAF montre qu'en 1998, 8 % de ces personnes vivaient dans un ménage pauvre<sup>33</sup>. Dans notre échantillon des cinq ZUS, cette proportion est trois fois supérieure : ce sont 25 % des enquêtés allocataires (non étudiants et âgés de moins de 65 ans) qui vivent sous le seuil de pauvreté.

30 - C. Martinez, « Une mesure de la pauvreté en Ile-de-France en 2000 », *Insee Ile-de-France à la page*, octobre 2003, et O. Guillemain, V. Roux, « Comment se détermine le niveau de vie d'une personne ? », *Insee Première*, n° 798, juillet 2001.

31 - Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion Sociale, *Les travaux 2001-2002*, Paris, La Documentation Française, 2002.

32 - Le seuil de pauvreté retenu pour ce calcul correspondant à 60 % du revenu médian. Cf. M.-C. Cazenave, « Onze millions de travailleurs pauvres en Europe ? », *Connaissance de l'Emploi*, n° 36, novembre 2006.

33 - A. Quigora, D. Chemineau, B. Debras, « Une approche de la pauvreté en Ile-de-France », *Insee Ile-de-France à la page*, n° 195, 2001.

Concernant les revenus moyens et la part des ménages pauvres, on constate des différences entre les ZUS étudiées, mais cette diversité tient à des effets de structure, la taille et la composition des ménages variant d'une zone à l'autre. Les répartitions par âge, sexe, PCS et nationalité influent en effet sur les revenus moyens. À structures égales, on n'observe plus aucune différence significative entre les cinq ZUS étudiées en 2001, ni en ce qui concerne la part des ménages pauvres (en modèle logit), ni en ce qui concerne le revenu moyen des ménages par unité de consommation (en modèle log-linéaire). Travaillant sur des zones de pauvreté, il n'est en fait pas étonnant de constater une certaine homogénéité dans les revenus des ménages résidant dans l'une ou l'autre de ces ZUS.

Précisons également que 12,2 % des personnes vivent dans un foyer qui connaît actuellement des retards de paiements – que ce soit en ce qui concerne l'électricité, le téléphone, le loyer ou les impôts, ou encore auprès d'organismes de crédit, de magasins ou auprès de particuliers. Lorsqu'on interroge les enquêtés sur les difficultés ou événements graves qu'ils ont connus depuis l'âge de 18 ans, ce sont 8,7 % qui déclarent s'être endettés fortement.

### Une distribution des revenus très éclatée à Paris, en lien avec la structure composite des quartiers

Sur la question des revenus des ménages comme sur d'autres, la population des QPDV du XX<sup>e</sup> arrondissement diffère fortement du portrait socio-économique classique de ce type de territoires – et notamment des cinq ZUS étudiées.

Le revenu mensuel moyen par unité de consommation est de 1357 €, mais ce chiffre cache d'importantes disparités (son écart type est de 848,5 €/UC). La distribution des revenus s'étale ainsi de 0€ à 10 000 € par mois et par unité de consommation. Cette forte dispersion autour du revenu moyen, qui pourrait paraître étonnante pour un territoire prioritaire de la politique de la ville, doit être lue à la lumière du contexte parisien. En outre, Paris intramuros est la zone de l'agglomération où l'on observe les plus fortes disparités cantonales de revenus<sup>34</sup> ; et les quartiers étudiés sont marqués par l'installation croissante de représentants des classes aisées et par la persistance de foyers de grande pauvreté. Aussi, malgré un revenu mensuel moyen de près du double de celui observé en 2001, la proportion de ménages enquêtés en 2003 vivant en dessous du seuil de pauvreté reste très élevée (15,6 % contre 18 % dans les cinq ZUS en 2001).

#### PAUVRETÉ ET REVENUS PAR UNITÉ DE CONSOMMATION DES MÉNAGES

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Ensemble
Part des ménages pauvres	24 %	20 %	16 %	16 %	16 %	18 %
Revenus moyens des ménages par unité de consommation	763€	874€	1105€	951€	1186€	972€

Note : les ménages pauvres sont les ménages dont le revenu mensuel net par unité de consommation est inférieur au seuil de pauvreté 2001 (560 €).

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001 (données non pondérées).

34 - C. Martinez, « Les revenus 2000 déclarés par les ménages franciliens », *Insee Ile-de-France à la Page*, n° 224, juin 2003.

### **La pauvreté dans les deux QPDV parisiens : un phénomène qui touche préférentiellement les jeunes, les familles monoparentales et les étrangers**

Dans des quartiers marqués par une mixité sociale relative comme Belleville-Amandiers et Saint-Blaise-Porte de Montreuil, il est intéressant de s'attarder quelque peu sur la composition de cet ensemble de ménages dont le niveau de ressources est inférieur au seuil de pauvreté.

Le niveau des revenus diffère fortement et de façon significative selon les classes d'âge. Les jeunes (18-24 ans) sont beaucoup plus affectés que leurs aînés par la faiblesse des revenus : 27,5 % d'entre eux vivent en effet dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Cette pauvreté relative des enquêtés de 18 à 24 ans peut s'expliquer par la conjugaison de deux effets. D'une part, du point de vue de l'activité : l'entrée dans la vie active des jeunes s'accompagne de revenus plus faibles que la moyenne. D'autre part, du point de vue de la cohabitation/décohabitation : lorsqu'ils vivent seuls ou en couple, ces jeunes forment des ménages autonomes à faibles revenus et lorsqu'ils vivent encore chez leurs parents, ils représentent une « charge » pour le budget des ménages<sup>35</sup>.

Si l'on écarte le cas très spécial des ménages familiaux du fait d'un effectif global particulièrement faible, et en prenant d'importantes précautions vu la faiblesse générale des effectifs, on peut repérer deux pôles de pauvreté au sein des ménages dont la personne interrogée a moins de 25 ans. Parmi les ménages autonomes, les personnes seules sont les plus affectées tandis que les couples avec enfants sont les moins nombreux à être pauvres (mais les effectifs sont très faibles). Parmi les jeunes qui habitent encore avec leurs parents, les familles biparentales sont plus affectées que les familles monoparentales. La situation des familles monoparentales est cependant tout autre si l'on s'intéresse à l'ensemble des classes d'âge.

Toutes catégories d'âge confondues, ce sont les ménages monoparentaux qui rencontrent le plus fréquemment des difficultés financières (appréhendées par le revenu mensuel par unité de consommation) : 26 % d'entre eux se situent en effet en dessous du seuil de pauvreté, et la situation se dégrade fortement quand le nombre d'enfants augmente. Ainsi, si un quart des familles monoparentales avec un enfant sont situées sous le seuil de pauvreté, cette situation concerne deux tiers des familles monoparentales comptant quatre enfants.

Enfin, si les données recueillies ne permettent pas de connaître la nationalité des différents membres du ménage, on constate que les enquêtés de nationalité étrangère vivent plus souvent que les Français sous le seuil de pauvreté. En analyse univariée, 30 % des ménages d'enquêtés étrangers peuvent être considérés comme des ménages pauvres, contre 16 % des ménages français. De manière plus fine, cet effet de nationalité a été recherché en analyse multivariée après ajustement sur l'âge, le nombre d'enfants, l'activité, la CSP et le niveau de diplôme : les étrangers restent, de manière significative, plus souvent pauvres que les Français aux caractéristiques précédentes identiques.

### **Une pauvreté sous-déclarée dans les QPDV parisiens**

L'une de nos questions amenait les interviewés à estimer le niveau de vie de leur ménage, comparativement à la moyenne des ménages d'Ile-de-France (moyenne qui était laissée à leur

35 - O. Guillemin, V. Roux, « Comment se détermine le niveau de vie d'une personne ? », *Insee Première*, n°798, juillet 2001.

appréciation). Ils devaient ainsi se situer comme faisant partie des ménages « pauvres », « modestes », « moyens », « aisés » ou « riches ». La grande majorité (54,6 %) considère faire partie de la moyenne ; seuls 6,4 % se classent parmi les ménages pauvres et 31,7 % parmi les ménages modestes.

La comparaison entre cette estimation subjective des enquêtés d'une part, et le classement de leurs revenus en fonction des seuils de niveau de vie définis par l'Insee en 2003 d'autre part, met en évidence plusieurs enseignements intéressants. Tout d'abord, si l'on se réfère aux seuils de l'Insee, notre échantillon compte 16,8 % de ménages pauvres et 20,3 % de ménages modestes. Or seuls 17,1 % des ménages définis « objectivement » comme pauvres se considèrent « subjectivement » comme tels : en effet, 44,5 % des ménages pauvres estiment faire partie des ménages modestes et 37,0 % estiment même faire partie de la moyenne (le classement parmi les ménages aisés étant marginal). En d'autres termes, c'est une minorité d'enquêtés qui, bien que vivant dans un ménage pauvre (au sens de l'Insee), estime faire partie des 20 % de ménages les plus pauvres d'Ile-de-France. Plusieurs hypothèses vis-à-vis de cette « sous-estimation » globale des situations de pauvreté peuvent être formulées : une certaine fierté vis-à-vis de l'enquêteur poussant l'enquêté à « sauver la face », mais aussi un relativisme lié à la vie dans des quartiers populaires où la précarité est présente en nombre et, donc, tend à devenir la situation « moyenne » de référence.

Concernant les ménages modestes au sens de l'Insee, on note là encore certaines divergences entre définition objective et classement subjectif. Ainsi, 42,5 % d'entre eux estiment effectivement faire partie des ménages modestes, mais 43,1 % se considèrent dans la moyenne, et 12,7 % comme ménage pauvre.

Le tableau ci-dessous présente, en fonction de quelques caractéristiques individuelles, d'une part la proportion de personnes qui estiment faire partie des ménages pauvres et, d'autre part, la proportion de ménages pauvres au sens de l'Insee (sous le seuil de pauvreté monétaire). On y voit notamment un effet intéressant de l'âge des enquêtés. Globalement en effet, toutes les classes d'âge déclarent moins souvent vivre dans un ménage pauvre que ce qu'il en est « objectivement » d'après la définition de l'Insee. Cependant, ce sont les personnes de moins de 35 ans qui déclarent le moins faire partie de ménages pauvres, alors même que c'est dans ces classes d'âge que l'on trouve le plus de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté. Inversement, ce sont les 45-59 ans qui disent le plus souvent faire partie des ménages pauvres.

Une des explications de ces différences pourrait tenir à la sous-déclaration (du fait par exemple d'oublis) des transferts monétaires parentaux dont peuvent bénéficier les ménages jeunes. Il semble cependant plus pertinent de considérer la question sous l'angle des besoins ressentis et des normes sociales. En effet, les besoins ressentis pourraient être potentiellement moins importants lorsqu'on est jeune et sans enfant que lorsqu'on a une famille à charge. Par ailleurs, si l'on se place sur le plan des normes sociales, on sait que des difficultés financières sont davantage « acceptées », et probablement mieux vécues, lorsqu'elles adviennent durant la période d'entrée dans la vie active. Après 45 ans en revanche, la pauvreté monétaire deviendrait de moins en moins tolérable, notamment parce que les aspirations à un niveau de vie plus élevé seraient plus fortes.

**FRÉQUENCE DE LA PAUVRETÉ « OBJECTIVE » ET DE LA PAUVRETÉ « SUBJECTIVE » EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES DES INDIVIDUS (EN %)**

	<b>Déclare appartenir à un ménage pauvre</b>	<b>Appartient à un ménage pauvre (selon les critères de l'Insee)</b>
<b>Sexe (NS)</b>		
Homme	6,7	14,9
Femme	6,0	18,4
<b>Âge (p&lt;0,001)</b>		
18-24 ans	5,2	27,5
25-34 ans	4,3	16,3
35-44 ans	5,7	14,5
45-59 ans	12,4	13,5
60 ans et plus	3,8	14,4
<b>Nationalité (p&lt;0,001)</b>		
Française	4,3	13,6
Étrangère	14,3	29,5
<b>Quartier (NS)</b>		
Belleville-Amandiers	6,9	16,7
Saint-Blaise-Porte de Montreuil	5,5	17,0
<b>Activité (p&lt;0,001)</b>		
Actif ayant un emploi	3,8	8,1
Chômeur	12,6	34,5
Inactif	8,6	25,3

Note de lecture : 5,2 % des 18-24 ans déclarent qu'ils estiment faire partie d'un ménage pauvre (comparativement à la moyenne francilienne) alors que l'on compte, dans cette même classe d'âge, 27,5% de personnes vivant dans un ménage pauvre au sens de l'Insee (c'est-à-dire en dessous du seuil de pauvreté).

Source : enquête SIRS Paris 2003.

Au-delà de 60 ans en revanche, et comme pour les plus jeunes, les enquêtés déclarent que leur ménage est pauvre beaucoup moins souvent qu'il ne l'est « objectivement », ce qui pourrait s'expliquer par la question des besoins – ceux-ci n'étant plus les mêmes après 60 ans qu'en pleine période de vie active. Cela pourrait également s'expliquer par les effets d'une « intériorisation » de la pauvreté qui réduirait les écarts entre aspirations et niveau de vie réel, ou par une référence implicite à l'échelle de revenus en cours dans leur catégorie socioprofessionnelle quand ils étaient actifs, ou aux revenus des retraités (globalement moindres) lorsqu'ils étaient plus jeunes.

Enfin, les actifs ayant un emploi, les chômeurs et les inactifs réagissent globalement dans le même sens : pour ces trois situations au regard de l'emploi, le taux de pauvreté ressenti est entre deux et trois fois inférieur au taux de pauvreté objectif.

La question de la nationalité est, elle aussi, intéressante. Les étrangers s'estiment plus souvent pauvres que les Français, ce qu'ils sont « objectivement » (la population étrangère compte près d'un tiers de ménages pauvres au sens de l'Insee, soit près de deux fois plus que la population française). Dans l'ensemble, les étrangers comme les Français « sous-estiment » leur appartenance à un ménage pauvre, mais cette « sous-estimation » apparaît plus fréquente parmi les Français. Ceci pourrait s'expliquer en partie par la structure par âge des ménages pauvres, qui diffère selon la nationalité. En effet, la pauvreté touche les étrangers

dans toutes les classes d'âge (près de 30 % de chacune des classes avec un pic à 34,5 % pour les 35-44 ans) alors que chez les Français, elle touche principalement les jeunes (26,8 % des 18-24 ans, autour de 10 % pour les autres classes d'âge). On reviendrait donc ici à l'interprétation faite précédemment quant à l'effet de l'âge sur l'estimation de sa situation financière.

### **Une méthode de remplacement des données manquantes en matière de revenus**

La question des revenus des ménages est un point de passage délicat pour toute enquête statistique tentant d'en approcher empiriquement une mesure. Cette question est généralement l'une des moins bien acceptées par les personnes enquêtées en France, donnant lieu très fréquemment à des refus de répondre ou à des réponses biaisées. Dans nombre d'enquêtes, la fréquence de ces refus de répondre s'accroît quand on s'élève dans l'échelle sociale et dans celle des revenus...

Nos deux enquêtes n'ont pas dérogé à la règle : on observe au total 5 % de données manquantes sur cette question des revenus.

Pour dépasser cet obstacle et tenter d'effectuer une analyse des ressources des ménages habitant les quartiers repérés par l'étude, l'équipe de recherche a mis au point un modèle statistique permettant d'estimer les données de revenus manquantes. Ce modèle linéaire, construit à partir de diverses caractéristiques des individus appartenant aux ménages enquêtés – tant démographiques (âge, sexe) que socioprofessionnelles (situation au regard de l'emploi, niveau d'éducation, PCS, durée du travail, etc.) –, a permis d'affecter aux revenus manquants une valeur prédite par le modèle et jugée proche de la situation réelle.

## LOGEMENT ET RAPPORT AU QUARTIER

Les territoires relevant de la politique de la ville ont bien souvent en commun la forte présence de ménages nombreux. Dans les cinq ZUS étudiées en 2001, 20 % des ménages (regroupant 38 % de la population) sont composés de six personnes ou plus, ce qui n'est le cas que pour 2,8 % des ménages de l'agglomération parisienne. La taille moyenne des ménages est également plus élevée : 3,79 personnes en moyenne, contre 2,34 sur l'ensemble de l'agglomération.

Des différences significatives existent sur ce point entre les quartiers. Parmi les cinq ZUS étudiées, celle de HBM-Belleville se caractérise par des ménages plus petits (3,0 personnes contre 3,8 en moyenne). C'est en outre dans cette ZUS que l'on compte le plus grand nombre de ménages d'une personne seule (27 % contre 15 % en moyenne), et le moins de ménages de six personnes ou plus. À l'inverse, la ZUS des Mureaux se distingue par une proportion importante de personnes vivant dans des ménages nombreux (six personnes ou plus) : c'est le cas de près d'un tiers des ménages, dans lesquels vivent plus de la moitié des personnes.

Ces différences sont liées notamment à la structure du parc de logements existant – elle-même dépendante de l'histoire du quartier et de l'historique des politiques d'habitat<sup>36</sup>. Par exemple, si la ZUS Belleville se caractérise par des ménages moins nombreux que la moyenne, elle se distingue aussi par une proportion nettement plus élevée de petits logements : la moitié des logements ne se composent que d'une ou deux pièces (respectivement 20 % et 30 %). On retrouve là une conséquence de l'ancienneté d'une partie des logements de ce quartier populaire de la capitale, qui n'a pas encore bénéficié des opérations de rénovation urbaine. Au contraire, dans les quartiers de La Rose des Vents, Cergy Saint-Christophe et surtout Grigny 2 – qui se sont développés après les années 1960 – les logements ont été construits précisément pour accueillir des familles nombreuses. Aussi comptent-ils une proportion importante (de 17 à 28 %) de logements d'au moins cinq pièces.

### Des problèmes de surpeuplement des logements

Toutefois, étant donné les difficultés d'accès au logement que rencontrent les personnes ayant des difficultés sociales, et compte tenu du manque de grands logements dans certains quartiers, les ménages ne trouvent pas toujours à se loger en adéquation avec le nombre de leurs membres. Le problème de surpeuplement des logements est, d'une manière générale, plus fréquent dans les quartiers bénéficiaires de la politique de la ville. Plusieurs méthodes de calcul existent pour l'évaluer. Nous avons retenu l'indicateur simplifié peuplement de l'Insee, selon lequel un logement est surpeuplé s'il compte moins d'une pièce principale par personne. Selon cette définition, en 1993-94, le surpeuplement concernait 15 % des ménages résidant dans les quartiers prioritaires, contre 10 % dans les villes environnantes<sup>37</sup>. Pour la région Ile-de-France, au recensement de 1990, les quartiers en convention comptaient 12 % de logements surpeuplés. Dans notre échantillon de 2001, cette proportion est bien plus élevée encore : 43,5 % des ménages

36 - On sait notamment que certaines opérations de rénovation ont visé à modifier la taille des logements afin d'agir indirectement sur la composition de la population résidente. Cf. pour le quartier de la Rose des Vents : A. Tanter, J.-C. Toubon, « Mixité sociale et politiques de peuplement : genèse de l'ethnisation des opérations de réhabilitation », *Sociétés Contemporaines*, n° 33-34, 1999, pp. 59-86.

37 - P. Choffel, « Les conditions de vie dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », in F. Godard, D. Pumain, dir. *Données Urbaines*, Tome 1, Paris, PIR Ville-Anthropos, page 126.

(soit 63,7 % de la population) vivent en effet dans un logement disposant de moins d'une pièce par personne. Le surpeuplement des logements est particulièrement marqué dans la ZUS des Mureaux et le quartier de la Rose des Vents à Aulnay-sous-Bois, où il touche respectivement 50,9 % et 52,8 % des ménages, soit 70 % et 75 % des individus.

Les QPDV du XX<sup>e</sup> arrondissement parisien connaissent eux aussi des situations de surpeuplement particulièrement sévères. Dans l'ensemble, 22,2 % des logements peuvent être considérés (selon l'indicateur simplifié de peuplement) comme surpeuplés (ce qui correspond à 30,7 % de la population). Le nombre moyen de personne par pièce est de 0,96 (écart type de 0,55) – alors qu'il était de 0,81 pour l'agglomération parisienne au recensement de 1999 et de 0,90 pour l'ensemble des ZUS lors du même recensement. Les deux quartiers parisiens étudiés sont donc dans une situation de surpeuplement nettement supérieure aux moyennes des quartiers du même type et des quartiers de l'agglomération.

Dans ces quartiers du XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris, ce sont les étrangers, les familles nombreuses et les plus jeunes qui sont le plus souvent confrontés à ce manque d'espace domestique. Il existe également une différence importante selon le statut d'occupation du logement. Ce sont les personnes logées de façon précaire (hôtels meublés, foyers, hébergement par la famille, etc.) qui sont les plus confrontées à l'étriqueté de leur logement (43 % d'entre elles). Les propriétaires ne sont que 13,9 % à vivre dans un logement surpeuplé, alors que c'est le cas de 26,7 % des locataires de logement non HLM. Enfin, plus d'un locataire de logement HLM sur trois est dans une situation de surpeuplement ; ce qui fait apparaître de façon nette les difficultés de l'adaptation du parc social de Paris intra-muros aux demandes et à la taille des ménages.

Les analyses menées sur l'enquête de 2001 permettent de mettre en évidence certaines corrélations entre le surpeuplement et le rapport subjectif à son logement. Le surpeuplement s'avère en outre fortement lié au fait de devoir ou vouloir déménager. Accéder à un logement plus grand constitue la motivation la plus fréquente du désir de mobilité – très proche des raisons liées à des jugements négatifs portés sur le quartier. Si l'on considère l'ensemble des enquêtés, un sur cinq (19,4 %) dit devoir ou vouloir changer de logement du fait d'un logement actuel trop petit. Parmi les personnes qui envisagent de déménager, 36,3 % évoquent cette motivation.

Le surpeuplement est également lié au sentiment de ne pas se sentir bien dans son logement. Ainsi, 23,0 % des personnes vivant dans un ménage surpeuplé disent ne pas se sentir bien dans leur logement, contre seulement 8,5 % de celles qui vivent dans un ménage « normal » et 6,1 % dans un ménage « sous-peuplé » ( $p < 0,001$ ). Cette liaison statistique pourrait en partie expliquer la forte proportion d'habitants de la ZUS de Belleville qui affirment ne pas se sentir bien dans leur logement (21,1 % contre 12,1 % pour l'ensemble de l'échantillon).

### **Une part de logements sociaux extrêmement variable d'une ZUS à l'autre**

Même si des spécificités locales ne doivent pas être négligées, le logement social prédomine dans les territoires relevant de la politique de la ville. En Ile-de-France, près des deux tiers des résidences principales de ces quartiers sont occupées par des locataires d'HLM, contre un quart seulement en moyenne sur toute la région<sup>38</sup>. Dans notre échantillon également, l'habitat social est majoritaire, mais son importance est très variable selon les ZUS. Considérons le sous-

38 - V. Andrieux, J. Herviant, *Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999*, op. cit.

ensemble des personnes propriétaires, accédantes ou locataires, c'est-à-dire le sous-ensemble pour lequel le statut du ménage (et non uniquement celui de l'enquêté) est connu. Dans les ZUS d'Aulnay-sous-Bois et des Mureaux, c'est plus de 90 % des ménages qui vivent dans des logements sociaux, contre 71 % à Cergy Saint-Christophe, 46 % à Belleville et seulement 2 % à Grigny 2.

Les ZUS rassemblent par ailleurs une population en majorité locataire de son logement et moins souvent propriétaire que la moyenne nationale. Là encore, cette tendance est retrouvée dans notre échantillon, mais de façon moins marquée du fait de la particularité de Grigny 2 - copropriété du parc privé où la majorité des ménages (53 % au recensement de 1999) sont propriétaires ou accédants à la propriété. Sur l'ensemble de l'échantillon de 2001, seules 23 % des personnes sont propriétaires (ou accédantes à la propriété) - alors que ce pourcentage est de 41,6 % en moyenne dans l'agglomération parisienne. Les locataires représentent la majorité des enquêtés : 47 % sont locataires d'une HLM et 13 % locataires d'un autre type de logement. Par ailleurs, 13 % des personnes sont hébergées par des proches, en grande majorité des membres de la famille. Un tel hébergement, souvent signe de précarité, touche particulièrement les jeunes de moins de 25 ans (qui sont 32,6 % dans ce cas), mais pas uniquement. Ainsi, 9 % des 25-34 ans, 3 % des 35-54 ans et 7 % des personnes âgées de 55 ans ou plus sont hébergées par des proches.

Le statut d'occupation du logement ne diffère pas de façon significative selon le sexe. Il varie en revanche fortement selon l'âge de la personne. Plus de la moitié des 25-34 ans et des 35-54 ans (respectivement 61,5 % et 50,5 %) sont locataires dans une HLM, mais seulement 36,4 % des plus jeunes et seul un tiers (33,8 %) des plus âgés vivent dans un logement social, probablement parce qu'ils ont souvent pu accumuler suffisamment de ressources pour accéder à un autre type de logement. L'accession à la propriété croît d'ailleurs avec l'âge, pour atteindre un maximum de 45 % chez les personnes de 55 ans ou plus.

Enfin, le statut d'occupation du logement présente des différences selon la nationalité, surtout en ce qui concerne l'accession à la propriété et la location de logements privés. Les Français sont en effet plus souvent propriétaires (ou accédants à la propriété) de leur logement que les étrangers (25,8 % contre 17,1 %). Inversement, les étrangers résidant dans les ZUS étudiées sont plus fréquemment locataires dans le parc privé que les Français (19,7 % contre 10,5 %).

### **La situation spécifique des personnes logées en hôtel ou foyers de travailleurs**

Dans l'enquête parisienne de 2003, 2,6 % des ménages habitaient en foyer de travailleurs ou en hôtel meublé (à Belleville-Amandiers principalement). S'il n'est pas possible de savoir avec précision quelle est la proportion réelle des ménages des deux quartiers habitant dans ce type de logement, il semble que l'on se situe à des taux plus élevés. En effet, les enquêteurs ont rencontré de grandes difficultés pour recenser les ménages vivant au sein des hôtels et foyers, ainsi que pour entrer en contact avec ceux qui avaient été tirés au sort pour faire partie de l'échantillon.

Ce type de logement concerne principalement des individus de sexe masculin (93,3 %), de plus de 35 ans, et étrangers (76,6 %). Ces étrangers vivant en hôtel ou foyers viennent dans une très grande majorité (pour 93,3 % des enquêtés) du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne,

et leur arrivée en France remonte en moyenne à 29,4 ans (écart type 27,15 ans). En effet, 90 % sont présents sur le sol français depuis plus de 12 ans. Il s'agit donc d'une situation de précarité de logement qui dure ou qui s'est détériorée depuis leur arrivée en France : 11,1 % de ces personnes ont ainsi déjà fait l'objet d'une menace d'expulsion de leur logement (contre 9,5 % en moyenne sur l'ensemble de l'échantillon). Enfin, 53,2 % d'entre elles vivent seules.

#### DISTRIBUTION DES MÉNAGES SELON LA TAILLE ET LE NOMBRE MOYEN DE PERSONNES

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Total
Nombre moyen de personnes par ménage*	4,29	4,27	3,41	3,90	3,00	3,79
Ménages de 1 personne*	8,3 %	16,0 %	14,3 %	13,6 %	27,0 %	15,4 %
Ménages de 6 personnes ou plus*	25,0 %	30,2 %	11,8 %	20,4 %	10,1 %	19,6 %

\* Différences significatives entre ZUS.

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

#### NOMBRE MOYEN DE PERSONNES PAR PIÈCE ET DISTRIBUTION DES MÉNAGES SELON LE NOMBRE DE PERSONNES PAR PIÈCE

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Ensemble
Nombre moyen de personnes par pièce*	1,17	1,18	1,13	1,12	1,34	1,18
<b>Nombre de personnes par pièce</b> (p=0,022)						
1 personne ou moins	47,2 %	49,1 %	61,9 %	63,1 %	61,8 %	56,5 %
De 1 à 2 personnes (1-2)	47,2 %	45,3 %	33,1 %	29,1 %	27,0 %	36,6 %
Plus de 2 personnes	5,6 %	5,7 %	5,1 %	7,8 %	11,2 %	6,9 %

\* Différences entre ZUS non significatives.

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

#### DISTRIBUTION DES INDIVIDUS SELON LE STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT (EN %)

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Ensemble
Propriétaire ou accédant	1,8	4,7	53,8	28,4	22,5	22,9
Locataire HLM	69,7	72,6	0,8	56,9	41,6	47,4
Locataire non HLM	2,8	1,9	34,5	7,8	18,0	13,3
Sous-locataire	0	0	2,5	1,0	6,7	1,9
Hébergé (famille ou amis)	25,0	19,8	7,5	5,9	3,4	12,2
Occupant à titre gratuit/squat	0	0,9	0,8	0	7,9	1,7

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

## STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT SELON L'ÂGE ET SELON LA NATIONALITÉ (EN %)

	Propriétaire ou accédant	Locataire HLM	Locataire non HLM	Hébergé par famille ou amis	Autre
<b>Âge</b> (Khi <sup>2</sup> =0,000*)					
Moins de 25 ans	9,1	36,4	15,9	32,6	6,1
25 - 34 ans	17,0	61,5	9,6	8,9	3,0
35 - 54 ans	29,3	50,5	14,1	3,3	2,7
55 ans ou plus	45,1	33,8	12,7	7,0	1,4
<b>Nationalité</b> (Khi <sup>2</sup> =0,000*)					
Française	25,8	46,5	10,5	13,2	4,0
Étrangère	17,1	49,3	19,7	11,2	2,6
Ensemble	23,2	47,5	13,2	12,6	3,4

\* Le Khi-deux est calculé pour des raisons d'effectifs sur les réponses différentes de « autre ».

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

Au-delà de la question du logement, nos enquêtes mettent en lumière une diversité des rapports subjectifs que les habitants entretiennent avec leur quartier. Le quartier peut constituer un vecteur identitaire positif ou négatif – et ce d'autant plus lorsque les personnes ne trouvent plus dans le travail un moyen traditionnel d'intégration sociale et de valorisation de soi. Il peut aussi être un lieu de sociabilité et de solidarité, ou au contraire un facteur renforçant l'isolement. La manière dont les habitants vivent le fait d'habiter leur quartier, la perception de leur cadre de vie, des relations de voisinage, la réputation de leur quartier, sont autant de dimensions à prendre en compte pour la compréhension de la situation dans les quartiers relevant de la politique de la ville et, plus largement, pour une analyse des liens entre les inégalités territoriales, les ruptures sociales et le bien-être.

### Près des deux tiers des habitants des ZUS étudiées déclarent aimer habiter dans leur quartier

Si la majorité des personnes disent aimer résider dans leur quartier, ce constat positif ne doit toutefois pas cacher de nombreuses insatisfactions. On peut en outre le relativiser en précisant que dans les cinq ZUS étudiées en 2001, plus de la moitié des habitants (53 %) déclarent devoir ou souhaiter déménager<sup>39</sup>. Parmi eux, 47 % évoquent au moins une explication liée aux caractéristiques suivantes du quartier : « trop d'insécurité dans le quartier », « problèmes de drogues dans le quartier », « mécontent des établissements scolaires du quartier », « pour aller dans un quartier plus agréable » et « pour se rapprocher de Paris ».

Des différences significatives existent à ce propos entre les ZUS. La situation du quartier de la Rose des Vents en particulier semble préoccupante, puisque 43 % des résidents disent ne pas aimer y habiter, et que plus des deux tiers (68,5 %) envisagent de déménager (par nécessité ou par souhait). C'est aussi dans cette ZUS que les caractéristiques du quartier sont le plus fréquemment évoquées comme explication du déménagement envisagé (55 %, mais les effectifs sont faibles et les différences entre ZUS non significatives).

39 - À titre de comparaison, seuls 15 % de la population française (interrogée lors de l'enquête INED « Populations - Espaces de vie - Environnement » en 1991) déclarent avoir « prévu de changer de logement d'ici un an ».

À la question « Aimez-vous habiter dans ce quartier ? », 79,2 % des personnes interrogées répondent par l'affirmative dans les deux quartiers parisiens. Les habitants de Belleville-Amandiers déclarent plus souvent que ceux de Saint-Blaise-Porte de Montreuil qu'ils aiment habiter dans leur quartier (83,9 % contre 69,8 %). Il est en outre probable qu'au sein de chacune de ces zones, des différences existent selon les sous-quartiers. Ainsi, par exemple, la même question posée en 2001 aux habitants de la ZUS de Belleville n'avait reçu « que » 66,3 % de réponses positives.

### **Des effets de captivité résidentielle**

Un chiffre mérite en particulier notre attention : parmi les personnes qui disent ne pas aimer habiter dans leur quartier, une sur cinq n'envisage pas de déménager prochainement. Cela renvoie à des questions de contrainte (ou de désintérêt) quant à leur lieu de résidence. Cette contrainte est liée pour partie à la difficulté de trouver un logement (en particulier dans un autre type de quartier) lorsque les ressources ou la stabilité de l'emploi font défaut. Un tiers des personnes concernées sont des jeunes de moins de 25 ans, à peu près la moitié des personnes habitent une HLM, un peu plus d'un quart sont propriétaires de leur logement, et peuvent éventuellement éprouver des difficultés à le vendre à un prix qui leur permettrait de s'installer ailleurs. Il conviendra par la suite de s'interroger sur les conséquences d'une telle contrainte en termes d'identité sociale, de bien-être et de santé.

### **Les discriminations liées au quartier de résidence**

Dans les ZUS étudiées en 2001, les deux tiers des enquêtés estiment que leur quartier est plutôt mal perçu ou très mal perçu par les autres. En outre, plus d'une personne sur dix déclare que son lieu de résidence a été facteur de discrimination à son encontre. Ainsi, pour 15 % de l'échantillon, la réputation de leur quartier a déjà nui à leurs relations amicales ou familiales et, pour 12 %, à leur recherche d'emploi. Sur ce dernier point, les habitants des ZUS des grands ensembles d'Aulnay-sous-Bois et des Mureaux sont particulièrement touchés – ou, tout au moins, rapportent plus fréquemment ce type de discrimination : 26,4 % des enquêtés aux Mureaux et 16,7 % à Aulnay-sous-Bois affirment que la mauvaise réputation du quartier a nui à leur recherche d'emploi, contre moins de 6 % dans les trois autres ZUS. Par ailleurs, 12 % de l'échantillon estiment que leur dignité est ou a déjà été atteinte par cette mauvaise réputation – ce qui est considérable.

À Paris, dans les QPDV du XX<sup>e</sup> arrondissement, 49,9 % des interviewés considèrent que leur quartier a une bonne réputation contre 50,1 % qui pensent l'inverse. Sur ce point en particulier, l'analyse laisse apparaître des différences significatives entre quartiers : le pourcentage d'avis favorable pour Belleville-Amandiers s'élève à 56,8 % contre 63,8 % d'avis défavorables dans le quartier de Saint-Blaise-Porte de Montreuil.

Pour la plupart des indicateurs de rapport au quartier, les quartiers étudiés présentent des différences significatives. Cela apparaît dans le tableau ci-dessous dont la logique, on l'aura compris, ne vise aucunement à stigmatiser tel ou tel quartier, ni à établir un « palmarès des

ZUS où il fait bon vivre »... Il s'agit, à travers ces quelques chiffres, de souligner la diversité des territoires et le fait que la position relative des territoires varie selon l'indicateur considéré. Ceci conforte notre hypothèse d'une nécessité d'interroger plusieurs dimensions du rapport au quartier.

#### SOLDE D'OPINIONS FAVORABLES SUR DIFFÉRENTS ASPECTS DU QUARTIER DE RÉSIDENCE

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Total	p*
<b>Réputation</b> (Comment votre quartier est-il généralement perçu par les autres ?)	-53,8	-20,4	-21,2	-36,9	-14,2	-29,5	S
<b>Insécurité relative</b> (Il y a plus d'insécurité que dans les autres quartiers de la ville)	22,3	50,0	67,2	47,5	15,7	41,9	S
<b>Sentiment d'insécurité</b> (Souvent, de temps en temps / exceptionnellement, jamais)	35,2	45,2	41,2	43,6	18,0	36,4	NS
<b>Satisfaction à l'égard des transports en commun</b>	2,8	6,6	55,5	69,9	66,6	39,5	S
<b>Satisfaction à l'égard des commerces</b>	32,1	8,5	76,4	66,6	70,8	50,7	S
<b>Satisfaction à l'égard des opportunités d'emploi</b>	-54,6	-34,9	-25,8	-14,8	-18,0	-30,1	S
<b>Satisfaction à l'égard des services médicaux</b>	48,2	54,2	56,3	80,5	60,7	59,7	S
<b>Beaucoup de chômage</b>	-51,8	-59,0	-42,9	-41,8	-48,3	-48,7	S
<b>Facilité à se faire des amis</b>	46,3	28,3	22,7	42,7	12,4	30,8	NS
<b>Problèmes de drogue</b>	-54,6	-34,9	-25,8	-14,8	-18,0	-30,1	S
<b>Dégradation des habitations et parties communes</b>	-48,2	-44,3	13,6	-8,7	-29,2	-22,5	S
<b>Dégradation des habitations et parties communes</b>	-48,2	-44,3	13,6	-8,7	-29,2	-22,5	S
<b>Sentiment de pouvoir compter sur ses voisins pour être aidé</b>	-57,4	-66,0	-81,6	-78,6	-88,8	-74,2	S

Note de lecture : la proportion des habitants de la ZUS d'Aulnay-sous-Bois estimant que ce quartier a une bonne réputation est inférieure de 53,8 points à la proportion de ceux qui estiment que le quartier a une mauvaise réputation.

\* S = différences entre ZUS significatives.

NS = différences non significatives.

Le test de significativité est appliqué à la distribution de toutes les réponses, excepté les « ne sait pas » lorsque leur effectif est trop faible.

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

**SOLDE D'OPINIONS FAVORABLES  
SUR DIFFÉRENTS ASPECTS DU QUARTIER DE RÉSIDENCE**

	Belleville	Saint-Blaise	Ensemble
Qualité des relations avec les voisins	74,4	67,8	72,2
Aimer habiter le quartier	67,6	40,1	58,5
Satisfaction à l'égard des services médicaux	67,6	55,3	63,5
Satisfaction vis-à-vis des commerces	63,9	58,5	62,1
Satisfaction à l'égard des écoles et des établissements d'enseignement	31,4	27,5	30,1
Réputation du quartier	13,2	-27,4	-0,3
Satisfaction à l'égard des équipements culturels	10,0	8,2	9,4
Prise en compte de l'avis des habitants dans les actions mises en œuvre dans le quartier	3,7	-4,7	0,9
Satisfaction à l'égard des équipements sportifs	1,2	50,5	17,5
Satisfaction à l'égard de l'entretien et de la propreté de la voie publique	-12,5	-14,3	-13,1
Lieux où s'adresser dans le quartier en cas de problèmes	-33,8	-21,1	-29,6
Possibilité d'être aidé par ses voisins (Pour au moins l'un de ces domaines : trouver du travail, trouver un logement, financièrement ou matériellement, dans la vie quotidienne, soutien moral ou affectif)	-34,0	-34,0	-34,0
Sentiment d'insécurité	-60,5	-36,5	-52,6

Source : enquête SIRS Paris 2003.

**La construction d'un indicateur agrégé des opinions sur le quartier**

Nous avons calculé un indicateur en agrégeant les réponses à onze des questions relatives au quartier présentées ci-dessus. Selon cet indicateur, un tiers des enquêtés en 2001 ont une opinion défavorable de leur quartier sur plus de la moitié des dimensions interrogées. Des différences sont constatées entre les ZUS. Il est intéressant de remarquer que cet indicateur est statistiquement lié au sentiment d'être bien dans son logement. En effet, 84,0 % des enquêtés qui portent un jugement globalement négatif sur leur quartier déclarent se sentir bien dans leur logement malgré ses inconvénients éventuels ; cette proportion s'élève à 95,1 % parmi ceux qui jugent leur quartier de façon favorable sur plus des trois quarts des réponses. On peut noter ici que d'une manière générale, le fait de se sentir bien dans son logement semble moins fréquent dans notre population d'étude qu'en population générale : 87,9 % contre 95,7 % d'après l'enquête « Populations, espaces de vie, environnement » réalisée par l'INED en 1991<sup>40</sup>.

En utilisant cet indicateur agrégé en analyse multivariée, l'opinion globale sur le quartier n'apparaît pas liée de façon significative aux variables sociodémographiques « classiques » que sont l'âge, le sexe, la nationalité, le statut matrimonial, le fait d'avoir des enfants ou le statut professionnel. Elle ne dépend pas non plus de la ZUS de résidence (maintenue néanmoins dans le modèle, comme l'âge, le sexe et la nationalité). Par contre, un indicateur subjectif de stress tel que le sentiment d'être constamment sous pression est significativement lié à un jugement négatif de son quartier. Il en est de même de la qualité des relations

40 - P. Collomb, F. Guérin-Pace, *Les Français et l'environnement*, Paris, INED-PUF, 1998.

entretenues dans le voisinage : la probabilité d'avoir un jugement négatif sur son quartier est ainsi cinq fois plus élevée parmi les personnes en mauvais termes avec leurs voisins que parmi celles qui se disent en bonnes relations avec eux. Par ailleurs, le sentiment que la réputation du quartier a déjà nui à sa recherche d'emploi ou aux relations avec son entourage accroît considérablement la probabilité de porter une appréciation négative sur le quartier. Soulignons enfin, même s'il est difficile de séparer cause et conséquence, que le fait d'avoir déjà été atteint dans sa dignité du fait de la réputation de son quartier est très fortement corrélé à une perception négative de ce dernier (odds ratio=4,6).

Ceci nous conforte dans l'idée que si le rapport au quartier peut être relié avec les caractéristiques objectives du lieu de résidence, il apparaît aussi étroitement lié à la manière dont les individus apprécient leur cadre de vie et se définissent par rapport à lui.

#### CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIÉES À UNE APPRÉCIATION NÉGATIVE DE SON QUARTIER DE RÉSIDENCE

		OR	IC 95,0%	
ZUS	HBM-Belleville	Réf.		
	Aulnay-sous-Bois (Rose des Vents)	1,48	0,74	2,95
	Les Mureaux	1,39	0,70	2,75
	Grigny 2	0,72	0,36	1,45
	Cergy Saint-Christophe	0,99	0,50	1,97
Sexe	Homme	Réf.		
	Femme	1,33	0,87	2,04
Âge	18-24 ans	Réf.		
	25-34 ans	1,08	0,60	1,94
	35-54 ans	0,87	0,49	1,54
	55-74 ans	0,98	0,48	2,00
Nationalité	Française	Réf.		
	Étrangère	0,84	0,53	1,34
Réputation du quartier a déjà nui à sa dignité	Non	Réf.		
	Oui	4,62	2,27	9,39
Réputation du quartier a déjà nui à sa recherche d'emploi	Non	Réf.		
	Oui	2,64	1,31	5,32
Réputation du quartier a déjà nui à ses relations avec famille, amis, collègues	Non	Réf.		
	Oui	3,83	2,07	7,10
« Je me sens constamment sous pression »	Pas d'accord	Réf.		
	D'accord	1,82	1,15	2,88
Qualité vécue des relations avec les voisins	Bonnes	Réf.		
	Mauvaises	4,93	1,45	16,71
	Pas de relations avec eux	1,61	0,98	2,63

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

**INDICATEUR AGRÉGÉ DES OPINIONS SUR LE QUARTIER DE RÉSIDENCE (EN %)**

	Aulnay-sous-Bois	Mureaux	Grigny 2	Cergy Saint-Christophe	Belleville	Total
Plus de la moitié de réponses défavorables	46,3	42,5	25,0	27,2	32,2	34,5
Entre la moitié et les trois-quarts d'opinions favorables	47,2	51,9	64,2	62,1	62,2	57,5
Plus des trois-quarts de réponses favorables	6,5	5,7	10,8	10,7	5,6	8,0

p=0,014

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

**Qu'est-ce que la régression logistique ?**

La régression logistique est une technique statistique qui permet d'estimer l'importance de plusieurs facteurs en même temps sur le risque de survenue d'un événement. Dans l'exemple présenté ici, l'événement étudié est le fait d'avoir globalement une appréciation négative de son quartier de résidence, par comparaison avec l'événement opposé : avoir une appréciation globalement positive de son quartier. Les facteurs pris en compte simultanément sont le sexe, l'âge, la nationalité, le quartier de résidence ainsi que différentes caractéristiques dites subjectives.

*Que signifient les termes OR et IC 95 % ?*

Dans le cadre de cette méthode statistique, un « odds ratio » (OR) ou « rapport de cote » est calculé pour chaque variable explicative : il estime la probabilité (c'est-à-dire la « chance » ou le « risque ») de survenue de l'événement quand on présente cette caractéristique, toutes les autres caractéristiques étant égales par ailleurs. Il s'agit seulement d'une estimation ; c'est pour cela qu'un « intervalle de confiance » (IC 95 %) est également calculé : si notre analyse est juste, la vraie valeur de ce risque a 95 % de chances de se situer dans cet intervalle.

*Comment interpréter les résultats ?*

Pour interpréter un OR, il faut le comparer à la valeur 1. Un OR plus grand que 1 indique une augmentation de la probabilité de survenue de l'événement, tandis qu'un OR de moins de 1 indique une diminution de cette probabilité.

La dernière ligne du tableau ci-dessus se lit donc de la manière suivante : « toutes choses égales par ailleurs en ce qui concerne les autres caractéristiques du tableau, les personnes n'ayant pas de relation avec leurs voisins ont 1,6 fois plus de chance d'apprécier négativement leur quartier que ceux qui ont de bonnes relations avec leurs voisins (catégorie de référence) ».

# LES RUPTURES DES LIENS SOCIAUX

Les éléments présentés dans les chapitres précédents permettent de mesurer certains écarts existant entre notre échantillon et la population générale, en cohérence avec les résultats des études déjà menées dans les quartiers relevant de la politique de la ville. Mais ces indicateurs utilisés habituellement ne permettent pas de rendre compte à eux seuls des difficultés sociales rencontrées par les habitants des quartiers concernés. De façon plus large en effet, il convient de s'interroger sur les difficultés vécues dans les différentes sphères de socialisation et sur les ruptures des différents types de liens sociaux. C'est l'objet de ce chapitre.

## I. Les ruptures du lien de filiation

Nous disposons dans les enquêtes SIRS de plusieurs indicateurs sur les ruptures du lien de filiation dans l'enfance, qu'il est possible de confronter à des données de l'enquête « Conditions de vie des ménages » réalisée par l'Insee en 1986-1987, ainsi qu'à des données de l'enquête « Personnes en détresse » menée par l'OSC auprès de bénéficiaires de services de la FNARS. Il est intéressant de noter que la fréquence des ruptures et des difficultés augmente lorsqu'on passe de la population générale à celle des quartiers sensibles puis à celle des centres d'aide aux personnes en grande difficulté. Ce seul constat conduit à appuyer l'hypothèse forte d'une corrélation entre l'instabilité des relations familiales dans l'enfance et les difficultés rencontrées à l'âge adulte – corrélations déjà démontrées au sein de la population aidée par les services de la FNARS<sup>41</sup>.

Le lien de filiation correspond au lien de l'individu avec ce que les sociologues appellent la famille d'orientation, c'est-à-dire la famille qui contribue à l'éducation de l'enfant, celle qui lui permet de faire ses premiers apprentissages sociaux. Ce lien est fondamental. Il détermine l'équilibre affectif de l'individu dès sa naissance puisqu'il lui assure à la fois stabilité et protection. On comprend le traumatisme qui peut survenir à l'occasion d'une rupture de ce lien. C'est le cas lorsque les enfants sont abandonnés ou placés dans un centre ou une famille d'accueil à la suite du décès ou de la déchéance reconnue de l'autorité de leurs parents. Parfois, le lien de filiation n'est pas totalement rompu, mais la socialisation familiale est affectée par la mésentente et de graves disputes entre les parents, par de mauvais traitements sur les enfants, ou par des crises profondes au sein de la fratrie, à tel point qu'il devient difficile de s'identifier de façon positive à sa famille, ce qui peut conduire à une rupture plus tardive, à l'âge adulte, avec celle-ci.

41 - M. Cléménçon, S. Paugam, *Détresse et ruptures sociales. Enquête auprès des populations s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion*, Paris, FNARS (coll. Recueils et Documents), n° 17, avril 2002.

**FRÉQUENCE DES INSTABILITÉS ET RUPTURES FAMILIALES  
DURANT L'ENFANCE ET LA JEUNESSE (EN %)**

	Enquête SIRS 5 ZUS Ile-de-France 2001	Personnes en détresse OSC/FNARS 2000-2001	Conditions de vie Insee 1986-1987 (18-64 ans)
<b>Ruptures du lien de filiation</b>			
À l'âge de 10 ans, ne vivait pas avec ses deux parents	23,8	24,9*	
Décès de l'un des parents	18,0	20,2	
Décès d'un frère et/ou d'une sœur	8,5	11,5	
Divorce ou séparation des parents	13,3	32,6	8,5
Séparation de plus de six mois avec l'un des parents	17,8		
Placement Ddass (famille d'accueil ou institution)	4,2	19,9	1,9
Conflit grave avec un membre de la famille	8,5		
Fugues	6,3	30,6	
N'a pas connu son père	4,2	11,6	
N'a pas connu sa mère	2,5	6,6	
<b>Environnement familial dégradé</b>			
Graves disputes ou conflits des parents	12,5	38,1	9,7
Problèmes d'argent dans la famille	22,2	33,3	17,2**
Problèmes de santé des parents	21,1	33,3	21,3***
Problèmes d'alcoolisme dans la famille	9,1	28,7	
Tentative de suicide des parents	2,9	9,7	
Un des parents est allé en prison	1,0	9,0	
Un frère ou une sœur est allé en prison	3,0	6,5	
<b>Intervention éducative ou judiciaire</b>			
Suivi par un juge des enfants	4,4	20,2	
A été en prison	0,8	5,5	
<b>Problèmes personnels</b>			
Problèmes personnels de santé	10,1	25,0	6,1
Tentative de suicide	1,9	16,0	
Mauvais traitements	5,1	28,1	
Abus sexuels	3,6	11,2	

\* Au moins 1 an entre 0 et 20 ans.

\*\* Réponse : oui, souvent depuis ma naissance.

\*\*\* Maladie, handicap ou accident grave du père et de la mère (réponses distinctes cumulées).

Le tableau précédent montre que les ruptures du lien de filiation sont loin d'être exceptionnelles. En outre, la population des cinq ZUS étudiées a été confrontée, plus souvent que la population générale, à de graves disputes ou conflits des parents (13,7 % contre 9,7 %) ainsi qu'au divorce ou la séparation des parents (14,1 % contre 8,5 %). À l'âge de 10 ans, plus d'un enquêté sur cinq ne vivait pas avec ses deux parents<sup>42</sup>, et 4,2 % ont connu un placement (même temporaire) à la Ddass. Ce constat d'une instabilité familiale au cours de l'enfance des personnes résidant dans

42 - À titre de comparaison, on peut signaler que cette proportion est très similaire à celle retrouvée chez les hommes sans domicile enquêtés par l'INED en 1995 (même s'il faut prêter attention aux différences de structures par âge et par nationalité). Cf. J.-M. Firdion, M. Marpsat (ss la dir.), *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, Paris, INED-PUF, 2000.

les ZUS est important. Il traduit un phénomène rarement pris en compte dans les analyses des inégalités et de la reproduction de la pauvreté, lesquelles sont généralement menées essentiellement sous l'angle économique (revenus du ménage) ou sous l'angle de la catégorie socio-professionnelle. Les conditions de vie dans la jeunesse sont également des facteurs qui influencent le lien de filiation. La proportion de personnes ayant vécu dans une famille confrontée à de graves problèmes d'argent est plus élevée dans notre échantillon qu'en population générale (21,9 % contre 17,2 %), mais plus faible que dans une population en grande difficulté telle que celle qui bénéficie des services de la FNARS (33,3 %).

Les difficultés vécues avant l'âge de 18 ans ne diffèrent pas de manière significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les ruptures du lien de filiation, la dégradation de l'environnement familial, la précarité des conditions de vie ni le fait d'avoir fait l'objet d'une intervention éducative ou judiciaire (mais les effectifs sont faibles).

En revanche, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir été victimes dans leur jeunesse de mauvais traitements (7,4 % contre 2,2 %) et d'abus sexuels (5,4 % contre 1,3 %). Elles sont également plus nombreuses à déclarer des tentatives de suicide (3,4 % alors que ce n'est le cas d'aucun homme enquêté) ainsi que des problèmes de santé avant l'âge de 18 ans (12,2 % contre 7,4 %). À l'inverse, les hommes ont été suivis par un juge des enfants dans une proportion plus grande que les femmes (6,5 % contre 2,7 %).

On constate que certaines difficultés et ruptures vécues durant la jeunesse sont significativement corrélées à l'image et à l'estime de soi à l'âge adulte. En première analyse univariée, nous avons pris comme indicateur de faible estime de soi le fait de n'être plutôt pas ou pas du tout d'accord avec la proposition « en général, je suis satisfait(e) de moi-même ». Sont concernées 17,9 % des personnes interrogées. Cette proportion atteint 38 % chez celles qui ont connu, avant l'âge de 18 ans, un conflit grave avec un membre de leur famille ; et même 47 % chez celles dont l'un des parents a fait une tentative de suicide.

De même, les personnes ayant vécu des ruptures du lien de filiation ou dont l'environnement familial était dégradé durant leur jeunesse sont plus souvent que les autres en accord avec la proposition « je me sens constamment sous pression », considérée ici comme indicateur de stress.

De telles difficultés dans l'enfance risquent non seulement d'entraîner des problèmes d'adaptation au système scolaire, mais plus largement d'atteindre les fondements de la socialisation des individus – menaçant ainsi leur intégration sociale en général. Cet enchaînement des difficultés n'est bien sûr, et heureusement, pas systématique. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, si 38 % des personnes ayant connu un conflit grave avec un membre de leur famille avant l'âge de 18 ans ont une faible estime d'elles-mêmes, la majorité d'entre elles (62 %) n'ont pas ce problème d'estime de soi.

Nous avons calculé un score global de difficultés familiales vécues durant la jeunesse, en agrégeant les réponses aux questions suivantes : problèmes de santé des parents, problèmes d'alcoolisme dans la famille, problèmes d'argent, séparation d'avec les deux parents (pendant au moins six mois), placement à la Ddass, fugues, suivi par un juge des enfants, prison d'un des parents, prison d'un frère ou d'une sœur, graves disputes ou conflits entre les parents, divorce des parents, décès d'un des parents, décès d'un frère ou d'une sœur, tentative de suicide de l'un des parents, conflits graves avec un membre de la famille, privation régulière de liberté et d'autonomie par des membres de la famille, victime de mauvais traitements, victime d'abus sexuels.

L'indicateur obtenu montre que 40,1 % des personnes enquêtées en 2001 n'ont vécu, avant l'âge de 18 ans, aucune des 18 difficultés considérées ; 25,0 % en ont vécu une, 24,5 % en ont vécu entre deux et quatre, et 10,3 % ont vécu au moins cinq (jusqu'à 15) des difficultés recensées. Cet indicateur agrégé ne diffère pas significativement selon le sexe, l'âge ni la nationalité des individus.

La recherche menée par Serge Paugam et Mireille Cléménçon auprès des bénéficiaires de services de la FNARS a montré combien, auprès de cette population, les ruptures dans l'enfance peuvent avoir de répercussions négatives sur l'insertion des adultes<sup>43</sup>. D'une manière générale, des difficultés et ruptures dès l'enfance ont pu entraîner des problèmes à la fois d'adaptation au système scolaire et, par la suite, d'intégration sociale et professionnelle. Dans notre échantillon de cinq ZUS, par exemple, la probabilité d'avoir connu une période de chômage d'au moins six mois augmente avec le nombre de ruptures vécues avant l'âge de 18 ans : de 30,2 % chez ceux qui n'ont connu aucune rupture, cette proportion s'élève à 36,4 % chez ceux qui ont connu une rupture, à 46,0 % chez ceux qui ont connu entre deux et quatre ruptures, et atteint même 59,3 % chez ceux ayant connu cinq ruptures ou plus ( $p < 0,001$ ).

### **À l'âge adulte**

Le lien de filiation peut également se rompre à l'âge adulte. Nous nous limiterons à la présentation, dans le tableau suivant, de quelques indicateurs liés aux relations avec les parents et les enfants. Soulignons que parmi les personnes dont le père est encore en vie mais ne vit pas avec elles, 15 % ne l'ont pas vu au cours de l'année écoulée. Cette proportion est similaire en ce qui concerne les rencontres avec la mère (16,5 %, mais les effectifs sont faibles). Cette distance vis-à-vis de ses parents est beaucoup plus fréquente qu'en population générale : d'après l'enquête sur les conditions de vie des ménages réalisée en 1993-1994, seuls 7 % de la population française n'ont eu aucun contact avec leur père au cours de l'année et 4 % avec leur mère (parmi les personnes potentiellement concernées).

43 - S. Paugam, M. Cléménçon, *Détresse et ruptures sociales...*, *op. cit.*

## LES RELATIONS AVEC LES PARENTS À L'ÂGE ADULTE (EN %)

Relations avec le père	
Très bonnes	33,2
Plutôt bonnes	16,8
Mauvaises	4,7
Sans objet (père décédé, inconnu, disparu)	44,9
N'a pas vu son père depuis plus d'un an (parmi les individus potentiellement concernés)	14,8
Relations avec la mère	
Très bonnes	53,2
Plutôt bonnes	17,5
Mauvaises	4,6
Sans objet (mère décédée, inconnue, disparue)	24,6
N'a pas vu sa mère depuis plus d'un an (parmi les individus potentiellement concernés)	16,5
Relations avec les enfants	
Très bonnes	53,4
Plutôt bonnes	8,3
Mauvaises	0,5
Sans objet (sans enfant, enfants décédés, disparus)	36,6
N'a pas vu ses enfants depuis plus d'un an (parmi les individus potentiellement concernés)	1,7

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

## II. Les ruptures des liens de participation

Les liens sociaux de participation relèvent de la socialisation secondaire au cours de laquelle l'individu entre en contact avec d'autres individus qu'il apprend à connaître dans le cadre de groupes divers et d'institutions. Pour participer à la vie sociale en dehors de son cadre familial, il faut qu'il s'intègre en apprenant à respecter des normes et des règles qui lui préexistaient. Les lieux de cette socialisation sont nombreux : l'école, les institutions religieuses, sportives et culturelles, les groupes d'amis et le monde du travail. Tout comme le lien de filiation, les liens de participation peuvent être fragilisés, voire se rompre dans l'un ou l'autre des « mondes sociaux ».

Dans le cadre de l'école, la rupture passe notamment par le refoulement dans des classes dévalorisées, la mésentente avec les enseignants et les élèves ou encore la sortie du système sans diplôme, ce qui signifie l'échec autant pour l'individu que pour l'école dans sa mission éducatrice. Dans la vie professionnelle, la rupture peut se caractériser par l'impossibilité d'accéder à un emploi ou l'épreuve du chômage. Elle peut survenir aussi dans le monde du travail proprement dit lorsque les salariés sont mal intégrés, à la fois dévalorisés dans l'exercice de leur activité, faiblement rémunérés, peu appréciés et susceptibles en même temps d'être licenciés dans un délai proche. Dans la vie familiale, la rupture peut correspondre à une mésentente dans le couple et, bien entendu, au divorce ou à la séparation. Dans la vie sociale enfin, on peut parler de rupture lorsque l'individu vit replié sur lui-même, éloigné

de tous les centres où se développent les activités humaines. C'est le cas lorsque les personnes n'ont plus de liens avec leur famille, avec leur entourage, avec les associations ou les groupes informels de leur quartier ou voisinage.

### Intégration scolaire

La question de la scolarisation constitue une dimension très importante de la socialisation secondaire, non seulement parce qu'elle influence fortement la capacité à s'insérer sur le marché du travail à l'âge adulte, mais aussi parce qu'elle constitue un lieu privilégié d'apprentissage des règles de vie en commun. La satisfaction générale à l'égard du parcours scolaire joue également sur la manière d'envisager sa situation professionnelle et sur l'image de soi qu'on se construit en référence à cette situation. Dans les cinq ZUS étudiées en 2001, près de la moitié des enquêtés affirment qu'ils n'ont pas suivi les études qu'ils souhaitaient faire (47,6 % contre 48,1 % qui les ont suivies et 4,3 % qui disent ne pas avoir eu de souhait particulier au moment de leurs études). Cette proportion est considérable. Les personnes concernées auraient dans leur majorité souhaité aller plus loin dans la même discipline (50,8 %), tandis que 42,4 % auraient préféré étudier une autre discipline (6,8 % ont répondu ne pas savoir ce qu'elles auraient préféré). Les raisons évoquées pour expliquer un parcours scolaire « contrarié » sont diverses, mais l'explication la plus fréquente est que cela coûtait trop cher (28,8 %) ; 15,5 % rapportent que l'école les a orientés contre leur gré, et 11,6 % qu'ils ne se sentaient pas capables de poursuivre les études qu'ils auraient aimé faire. Notons également que des problèmes dans la famille sont à l'origine de 12,0 % de ces parcours contrariés.

#### DIFFICULTÉS DE SOCIALISATION SECONDAIRE DURANT L'ENFANCE ET LA JEUNESSE (EN %)

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001	OSC/FNARS Personnes en détresse 2000-2001
Privation d'autonomie/liberté par un membre de la famille	13,3	
Problèmes avec des camarades de classe ou des personnes du voisinage (violences, racket, tensions importantes...)	8,0	
Ne se sentait pas bien intégré(e) en classe à l'école primaire	12,0	16,9
Ne se sentait pas bien intégré(e) en classe au collège	9,3	19,6
Ne se sentait pas bien intégré(e) en classe au lycée	8,5	17,5
A toujours détesté ses études (note 1 ou 2 sur 10)	4,5	16,2
A beaucoup aimé/épanouissement dans les études (note 9 ou 10 sur 10)	25,8	15,9
N'a pas fait les études souhaitées	47,6	

#### DISTRIBUTION DES OPINIONS SUR SA SCOLARISATION SELON LE SEXE

	Hommes	Femmes	p
A toujours détesté ses études (note 1 ou 2 sur 10)	4,6 %	4,4 %	NS
A beaucoup aimé ses études (note 9 ou 10 sur 10)	18,4 %	31,7 %	0,001
Ne se sentait pas bien intégré(e) en primaire	15,7 %	9,0 %	0,017
N'a pas fait les études souhaitées	53,0 %	44,0 %	0,030

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

Les hommes et les femmes sont proportionnellement autant, en moyenne 4,5 %, à avoir « toujours détesté » leurs études. Mais à l'autre extrémité de l'appréciation de sa scolarité, les femmes sont beaucoup plus nombreuses à déclarer avoir « beaucoup aimé » leurs études : 31,7 % contre 18,4 % ( $p=0,001$ ). Concernant le sentiment d'intégration en classe, les hommes se sont sentis plus souvent mal intégrés à l'école primaire que ne l'ont été les femmes (15,7 % contre 9,0 %,  $p=0,02$ ). On ne constate par contre pas de différences aux autres niveaux scolaires. L'âge n'apparaît pas comme un facteur discriminant dans ces variables de ressenti de la scolarité, mais il est clair que l'analyse devrait s'effectuer à structures égales par sexe, niveau d'études, statut professionnel, lieu de résidence dans l'enfance, etc., et tenir compte des effets de génération. La faiblesse des effectifs ne nous permet pas d'atteindre un tel niveau de détails dans ce rapport.

En dehors de l'école également, certaines situations ont pu entraver la socialisation et la construction de l'identité sociale et personnelle des individus au cours de l'enfance. C'est le cas en particulier des graves tensions avec des enfants de l'école ou du voisinage, telles que les violences ou le racket, qui concernent 8 % de notre échantillon des cinq ZUS – deux fois plus souvent des hommes que des femmes (respectivement 11,3 % et 5,4 %). C'est le cas également de la privation d'autonomie ou de liberté, qui touche 13,3 % des enquêtés – en majorité des femmes (18,2 % contre 7,0 % des hommes). Ce type de difficultés vécues entrave l'établissement de liens avec d'autres personnes, indispensables à l'apprentissage de la sociabilité. Il menace également le développement d'une bonne image et estime de soi. Les personnes ayant été privées de liberté ou d'autonomie sont effectivement, au jour de l'enquête, deux fois plus nombreuses à avoir un score global d'estime de soi « très mauvais » : 21,4 % contre 10,1 % pour les autres ( $p=0,008$ ).

### **Intégration professionnelle**

L'insertion sur le marché du travail constitue un autre aspect central du lien social de participation. Les difficultés rencontrées par les résidents des ZUS sont sur ce point nombreuses (même si bien sûr, elles ne concernent pas tous les habitants). Nous avons précédemment souligné le taux de chômage élevé de cette population et l'exposition importante à la précarité de l'emploi. On peut compléter ici ces données par des éléments biographiques, en soulignant notamment que près de 40 % des enquêtés ont connu dans leur vie au moins une période de chômage de plus de six mois. Notre questionnaire nous permet également de prendre en compte d'autres indicateurs plus subjectifs.

La précarité sur le marché du travail, telle que décrite précédemment, est intériorisée par un grand nombre d'enquêtés. Ainsi, dans les cinq ZUS étudiées en 2001, à la question « est-ce que vous risquez de perdre votre emploi dans les deux ans à venir ? », 9,5 % des actifs occupés répondent « oui, sans doute ». À titre de comparaison, cette proportion était trois fois moindre parmi les salariés des entreprises interrogés par l'OSC en 1995<sup>44</sup>. L'intériorisation des difficultés sur le marché du travail se repère également parmi les chômeurs. Sur la centaine d'enquêtés qui ont entrepris récemment des démarches pour trouver un emploi, moins de la moitié seulement (45,9 %) affirment qu'ils ont bon espoir que ces démarches aboutissent prochainement. La proportion de ceux qui n'ont pas bon espoir sur ce point atteint 23 %.

44 - S. Paugam, *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF, 2000.

Par ailleurs, un nombre important de personnes estiment avoir été confrontées à des discriminations ou à une stigmatisation sur le marché du travail ou à cause de leur situation au regard de l'emploi. Un quart des enquêtés (25,9 %), quels que soient leur sexe, leur nationalité ou leurs origines, rapportent avoir été victime de racisme ou de discrimination dans le cadre professionnel ou de leur recherche d'emploi. Si l'on construit un modèle de régression logistique en entrant comme variables indépendantes la ZUS de résidence, le sexe, l'âge et la nationalité (en distinguant selon la nationalité des parents), cette discrimination dans le milieu professionnel ne reste significativement liée qu'à l'âge. En ajustant sur les variables prises en compte, les jeunes de moins de 25 ans ont près de quatre fois plus de risque de déclarer avoir été personnellement confrontés à une discrimination dans le milieu du travail. Le fait que ni la nationalité de l'individu ni celle de ses parents ne soient significativement liées au fait de rapporter une telle discrimination semble confirmer l'idée que le sentiment d'injustice ou de stigmatisation ressenti par nombre d'habitants des ZUS – et en particulier les jeunes – dépasse le seul fait du racisme.

On peut d'ailleurs relier cette remarque au fait que 21 % des personnes enquêtées en 2001 disent que certains les jugent négativement à cause de leurs revenus ou de leur situation professionnelle. Les personnes au chômage sont proportionnellement les plus nombreuses dans ce cas, mais elles ne sont pas les seules. En effet, un tiers des chômeurs, mais aussi un cinquième des actifs occupés et un cinquième des inactifs déclarent faire actuellement l'objet d'une telle stigmatisation.

Les personnes qui occupaient un emploi au moment de l'enquête ont été interrogées sur certaines satisfactions et insatisfactions que leur procurait leur travail, dans les domaines suivants : le travail en lui-même, la rémunération, les possibilités de promotion, les avantages sociaux, les relations avec leurs collègues et, enfin, les relations avec leurs supérieurs hiérarchiques. Il est intéressant de noter que les deux domaines qui apportent le plus souvent de la satisfaction concernent les relations avec les collègues (pour 85 % des actifs occupés de notre échantillon) et le travail en lui-même (83 %). On doit toutefois s'interroger sur ce dernier résultat : il n'est pas sûr en effet que cette question ait été comprise en lien avec l'intérêt ou le plaisir trouvé en fonction de la nature même du travail exercé ; il semblerait que certains enquêtés aient répondu en fonction de leur satisfaction à avoir une activité professionnelle. Retenons quoi qu'il en soit qu'au total c'est plus d'un tiers des enquêtés (34,3 %) qui ne trouvent pas dans leur emploi plus de satisfactions que d'insatisfactions. Mais c'est aussi une personne sur cinq (20,7 %) qui s'avère très satisfaite, trouvant des satisfactions dans cinq des six domaines abordés voire dans tous.

Un score global a été construit, en additionnant les « notes » obtenues pour chacun des six items de satisfaction au travail. Ces notes sont de 1 point lorsque l'enquêté a répondu qu'il trouve des satisfactions, de -1 point lorsqu'il ne trouve pas de satisfaction, et de 0 dans les autres cas (non-réponse, « ne sait pas » ou « non concerné »). On obtient ainsi un score pouvant varier de -6 (aucune satisfaction) à +6 (satisfaction dans tous les domaines abordés). Au total, c'est plus d'un tiers des enquêtés pour qui l'emploi occupé n'apporte pas plus de satisfactions que d'insatisfactions.

## DISTRIBUTION DES SALARIÉS SELON LE RISQUE PERÇU DE LICENCIEMENT (EN %)

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001	Enquête « salariés » OSC 1995	Enquête « situations défavorisées » Insee, 1986-87
Sans doute que oui	9,5	3,2	3,2
Peut-être que oui	8,8	9,8	8,4
Ne sais vraiment pas	13,7	24,9	14,1
Probablement non	68,0	62,1	74,3

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

## SATISFACTIONS APPORTÉES PAR LE TRAVAIL (EN %)

	Apporte des satisfactions
Travail en lui-même	83,2
Rémunération	58,8
Promotion	37,1
Avantages sociaux	43,4
Relations avec les collègues	85,1
Relations avec les supérieurs	75,6

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

## DIFFICULTÉS DANS LE CADRE PROFESSIONNEL (EN %)

<b>Période de chômage supérieure à six mois</b>	38,8	
<b>Racisme ou discrimination dans le cadre professionnel ou recherche d'emploi</b>	25,9	
<b>Sentiment d'être jugé négativement du fait de sa situation professionnelle</b>	21,0	
<b>Satisfaction au travail*</b>	Non satisfait (score global de -6 à 0)	34,3
	Moyennement satisfait (score global de 1 à 4)	45,1
	Très satisfait (score global de 5 à 6)	20,7

\* Les données sur la satisfaction au travail ne concernent que les personnes qui occupent un emploi.

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

### III. Les difficultés dans la vie de couple

Dans les cinq ZUS étudiées, les hommes et les femmes ont eu, dans les mêmes proportions, au moins une relation de couple ou une relation sentimentale qui a beaucoup compté pour eux : respectivement 79,9 % et 84,5 %. Mais les expériences au cours de la vie conjugale et, le cas échéant, les séparations ne sont pas vécues de la même manière par les hommes et les femmes. Si, au jour de l'enquête, une immense majorité (96,0 %) des personnes déclarent des bonnes relations de couple (65 % les jugent « très bonnes » et 31 % « bonnes »), des difficultés dans la vie de couple (passée ou actuelle) ne sont pas rares.

Ces difficultés peuvent être de plusieurs ordres. Parmi les chiffres présentés dans le tableau suivant, soulignons que 17,1 % des personnes ont dû faire face à une dévalorisation de soi par le conjoint – situation qui porte atteinte à l’estime de soi et à la confiance en soi. Cette situation est rapportée deux fois plus souvent par les femmes que par les hommes.

Un point particulier concerne les violences (actuelles ou passées) au sein du couple ou de la famille de procréation. Au total, parmi les personnes ayant déjà vécu en couple ou ayant eu une relation sentimentale qui a beaucoup compté, 12,9 % ont été confrontées (ou le sont encore) à ce type de violence – que les violences aient été de leur propre fait, de celui de leur conjoint ou de celui de leurs enfants. Les femmes sont davantage concernées que les hommes : 17,2 % contre 8,7 % ( $p=0,008$ ). On doit toutefois s’interroger sur l’ampleur de ces différences. Elles révèlent très probablement une exposition différentielle aux difficultés étudiées, mais peuvent également relever d’une tendance plus ou moins importante à déclarer avoir vécu ce type de difficultés – ou même à interpréter comme violents un même type de comportements. Parmi les femmes ayant déjà eu une relation, 16 % déclarent avoir été victimes de comportements violents de la part de leur conjoint (dont un cinquième le sont encore actuellement). C’est beaucoup moins que des données récentes de fréquence au cours de la vie entière publiées en Grande-Bretagne (autour de 40 %) <sup>45</sup> ; cela apparaît également faible en comparaison des données d’incidence française de l’enquête Enveff, qui estime qu’une femme sur dix est victime chaque année de violence conjugale, tous types confondus <sup>46</sup>. Rappelons cependant que cette dernière estimation repose sur des entretiens approfondis avec les personnes et que notre situation d’enquête (questionnaire fermé, ne détaillant pas l’ensemble des types de violence) expose à des biais de mémoire et de déclaration probablement plus importants.

Par ailleurs, lorsqu’une rupture de la relation de couple a eu lieu, les femmes semblent avoir été plus affectées que les hommes – même si l’on ne peut exclure un biais de déclaration sur ce point. Près de 30 % des hommes disent qu’ils n’ont pas ou que peu souffert à l’occasion de la rupture, contre 19 % des femmes ( $p=0,03$ ). Inversement, les femmes déclarent plus fréquemment avoir beaucoup souffert et n’avoir pas encore surmonté entièrement la rupture.

#### RUPTURES CONJUGALES OU SENTIMENTALES IMPORTANTES (EN %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>A vécu (au moins) une rupture</b>	<b>59,0</b>	<b>51,6</b>	<b>54,7</b>
<i>Dont</i>			
A beaucoup souffert et souffre toujours	9,2	10,8	10,0
A beaucoup souffert, mais a partiellement surmonté l’épreuve	10,1	16,9	13,8
A beaucoup souffert, mais a complètement surmonté l’épreuve	48,6	47,7	48,1
N’a pas ou peu souffert	29,4	18,5	23,4
NSP	2,8	6,2	4,6
<b>N’a jamais vécu de rupture</b>	<b>41,0</b>	<b>48,4</b>	<b>45,3</b>

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001 (parmi les personnes ayant vécu au moins une relation de couple).

45 - F. Bradley, J. Long, T. O’Dowd, M. Smith, « Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice », *BMJ*, 324, 2002, p. 271 ; W.S. Chung, J. Coid, G. Feder, S. Moorey, A. Petruckevitch, J. Richardson, « Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care », *BMJ*, 324, 2002, page 274.

46 - L’enquête Enveff interrogeait explicitement sur un ensemble très large de types de violences. Cf. M. Jaspard, « L’enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) », *Population et Société*, n°364, 2000, pp. 1-8.

**RUPTURES OU TENSIONS AU SEIN DES RELATIONS  
DE COUPLE ACTUELLES OU PASSÉES (EN %)**

	Hommes	Femmes	p*	Ensemble
Dévalorisation par le conjoint en permanence ou parfois	10,3	22,0	0,004	17,1
Privation de moyens financiers par le conjoint ou d'autres personnes de la famille	2,3	8,0	0,009	5,6
Maladie grave du conjoint	2,3	8,0	0,009	5,6
Alcoolisme ou toxicomanie du conjoint	1,7	10,9	0,000	7,0
Incarcération du conjoint	0,6	2,5		1,7
Mésentente sexuelle	0,6	8,8	0,000	5,3
Éloignement prolongé d'avec le conjoint	13,6	15,1	ns	14,5
<b>Violence au sein du couple/de la famille</b>				
Comportements violents du conjoint à l'égard des enfants**	2,7	10,1	0,006	6,8
Comportements violents du conjoint à l'égard d'ego	5,7	16,0	0,001	11,6
Comportements violents d'ego à l'égard du conjoint	4,6	2,9	ns	3,6
Comportements violents d'ego à l'égard de ses enfants**	4,1	1,0		2,4
Comportements violents d'un enfant à l'égard d'ego**	2,7	1,6		2,1
Violence au sein du couple/famille (au moins 1 type)	8,7	17,2	0,008	13,6
<b>Relation de couple actuelle</b>				
Relations jugées mauvaises ou très mauvaises	0,8	6,4		4,0

\* Le Khi-deux est calculé sur les réponses exprimées.

\*\* Les pourcentages sont calculés sur les personnes potentiellement concernées.

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001 (parmi les personnes ayant vécu au moins une relation de couple).

#### IV. Autres difficultés personnelles

Notre questionnaire interrogeait d'autres types de difficultés personnelles vécues à l'âge adulte. La comparaison des données ainsi recueillies dans les cinq ZUS en 2001 avec celles de la population, très défavorisée, aidée par les services de la FNARS, révèle que ces difficultés sont moins fréquentes dans les ZUS étudiées mais qu'elles n'en sont pas pour autant insignifiantes. Concernant la santé en particulier, 15,8 % ont connu de graves problèmes de santé, 3,2 % ont été hospitalisés en hôpital psychiatrique et 3,4 % ont fait au moins une tentative de suicide depuis l'âge de 18 ans. Une proportion équivalente rapporte également avoir connu des problèmes avec l'alcool ou la drogue. Par ailleurs, plus d'une personne sur dix déclare avoir été victime de violences.

Les violences vécues depuis l'âge de 18 ans<sup>47</sup> ne touchent pas uniquement les femmes, mais la population masculine déclare moins souvent en avoir été victime – qu'il s'agisse de violences physiques ou sexuelles qui concernent 2,4 % des hommes et 11,2 % des femmes ( $p < 0,001$ ), ou des violences psychologiques ou morales qui concernent 6,2 % des hommes et 17,5 % des femmes ( $p < 0,001$ ). Les femmes françaises déclarent plus souvent que les autres avoir été

47 - Parmi les violences subies, un grand nombre relève du domaine des violences conjugales – comme nous l'avons vu précédemment.

victimes de violences physiques ou sexuelles (23,5 % contre 15,1 %), et aussi de violences psychologiques ou morales (40,0 % contre 25,3 %) – même si les différences ne sont pas toujours significatives et qu'on ne peut exclure de biais de déclaration. Par ailleurs, et d'une manière générale, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter avoir fait une tentative de suicide (4,7 % contre 1,7 %,  $p=0,048$ ).

Nous avons par ailleurs interrogé les habitants des cinq ZUS sur deux points particuliers de la précarité en matière de logement. Au total, 9,1 % des enquêtés (48 personnes) déclarent avoir été, au moins une nuit dans leur vie (hors période de vacances), sans domicile fixe. Et 4,4 % des enquêtés (23 personnes) ont dans leur vie été expulsés de leur logement ou contraint de le quitter sous une menace d'expulsion. Dans notre échantillon aux effectifs relativement faibles, on n'observe pas de différences significatives sur ces deux variables selon le sexe, l'âge, la nationalité ni la ZUS de résidence.

## **V. L'isolement social**

Certaines études menées dans les territoires relevant de la politique de la ville ont montré que, dans l'ensemble, les personnes qui y résident souffrent d'un « déficit relationnel » comparativement aux autres territoires<sup>48</sup>. Mais quelques-unes soulignent à l'inverse une plus grande solidarité entre résidents. Nous disposons dans l'enquête de 2001 de plusieurs indicateurs qui renvoient à la sociabilité et à l'intensité des liens sociaux. Nous évoquons ici : 1) l'impossibilité de se confier dans l'entourage qui concerne 21,9 % des personnes de l'échantillon ; 2) l'impossibilité d'être aidé dans diverses situations qui touche au total 10,4 % de l'échantillon ; 3) le sentiment d'être isolé(e), qui est éprouvé par 13,7 % des enquêtés ; 4) le fait de n'être pas sorti, ou pas plus d'une fois, avec des amis ou de la famille au cours du dernier mois, qui concerne 37,7 % des enquêtés.

Ne pas pouvoir se confier ou être aidé dans son entourage révèle non seulement une fragilité en terme de relations sociales, mais implique aussi le plus souvent une rupture dans le cycle d'échanges qui caractérise la vie sociale. Les personnes dans cette situation éprouvent des difficultés à construire leur réseau d'appartenance et d'attachement à autrui. Dans les cinq ZUS, 21,9 % des enquêtés disent qu'ils ne peuvent se confier à personne de leur entourage – même s'ils n'ont pas l'occasion de les voir souvent. Les hommes sont plus souvent dans cette situation que les femmes (27,4 % contre 17,6 %,  $p=0,005$ ). On n'observe par contre aucune différence significative selon l'âge ou la nationalité.

Cette rupture dans le cycle d'échanges se repère également lorsqu'on considère les variables de soutien social. Un individu sur dix ne peut compter sur personne pour aucune des situations explorées : trouver du travail, un logement ni, financièrement, pour d'autres situations telles que « donner un coup de main ». Cette proportion est importante, et illustre bien la situation de grand isolement que connaissent 10 % des enquêtés. Elle n'est pas liée au sexe ni à la nationalité, mais est significativement corrélée à l'âge et augmente avec lui : 3,8 % des

48 - P. Choffel, *Les conditions de vie dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville*, op. cit.

personnes âgées de 18 à 24 ans ne peuvent compter sur personne pour être aidées dans ces situations, et c'est le cas de 21,1 % des personnes âgées de 55 à 74 ans (cette proportion étant de 6,6 % dans la classe d'âge 25-34 ans et de 13,4 % chez les 35-54 ans ( $p < 0,001$ )).

Nous avons distingué le sentiment de pouvoir compter sur autrui selon les sphères sociales. Quelles qu'aient pu être les transformations de la famille et de la solidarité familiale au cours des dernières décennies, on constate que les membres de la famille sont le plus fréquemment cités comme aide potentielle (73,4 %), devant les amis (60,7 %). Cela étant, la proportion, complémentaire, de ceux qui ne pensent pas pouvoir compter sur cet entourage est très élevée : un tiers des personnes pensent qu'aucun membre de leur famille ne peut les aider non seulement à trouver du travail, un logement ou dans le domaine financier, mais également pour de menus services. Cette proportion s'élève à 40 % en ce qui concerne les amis.

Lorsqu'on interroge directement les habitants des cinq ZUS sur leur sentiment personnel d'isolement, 5,1 % donnent une note de 1 ou 2 sur une échelle de 10 points allant de « je me sens souvent seul(e) » à « je me sens bien entouré(e) ». Ce sentiment de fort isolement touche proportionnellement trois fois plus souvent les étrangers que les Français (12 % contre 2,4 %). Le sentiment d'isolement est également corrélé à la situation familiale. Pour ne citer qu'un chiffre, 14,3 % des personnes vivant seules déclarent un tel isolement, contre seulement 3,6 % en moyenne sur notre échantillon. Si ces chiffres sur le sentiment de solitude sont importants, il convient de signaler parallèlement que la grande majorité des enquêtés s'estiment entourés – et même 40 % très bien entourés (note de 9 ou 10 sur l'échelle de 10 points).

#### DIFFICULTÉS À L'ÂGE ADULTE (EN %)

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001	OSC/FNARS Personnes en détresse 2000-2001
<b>Intervention judiciaire</b>		
Condamnation de justice	1,8	25,4
Prison	1,3	19,8
<b>Problèmes de logement</b>		
Au moins une nuit (hors vacances) sans domicile fixe	9,1	-
Expulsion/déménagement dû à une menace d'expulsion	4,4	24,1
<b>Problèmes personnels et relationnels</b>		
Problèmes de santé	15,8	33,2
Hôpital psychiatrique	3,2	20,7
Tentatives de suicide	3,4	23,1
Problèmes avec l'alcool ou la drogue	3,1	alcool : 27,1 drogue : 17,1
Victime de violences psychologiques ou morales	12,4	
Victime de violences physiques ou sexuelles	7,3	

**ISOLEMENT SOCIAL (EN %)**

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001	OSC/FNARS Personnes en détresse 2000-2001
<b>Pas de personnes à qui se confier</b>	<b>21,9</b>	<b>24,3</b>
<b>Sentiment d'être isolé (q117&lt;5)</b>	<b>20,6</b>	<b>38,7</b>
<b>Fort isolement (q117&lt;3)</b>	<b>5,1</b>	<b>23,9</b>
<b>Sentiment d'être très bien entouré (q117&gt;8)</b>	<b>39,8</b>	<b>27,2</b>
<b>Pour être aidé, ne peut compter sur...</b>		
Aucun membre de sa famille	26,6	
Aucun ami	39,3	
Aucun voisin	87,1	
Aucun collègue	85,4	
Aucun professionnel	85,0	
Personne	10,4	38,3
<b>N'est pas sorti plus d'une fois au cours du dernier mois avec de la famille ou des amis</b>	<b>37,7</b>	

La sociabilité dans le quartier de résidence participe bien sûr elle aussi du sentiment d'isolement social. En moyenne, 75,4 % des enquêtés jugent que leurs relations avec leurs voisins sont bonnes, 3,2 % les jugent mauvaises, et 21,3 % disent ne pas avoir de relations avec eux. Cette répartition ne diffère pas significativement entre les cinq ZUS. Par contre, la qualité des relations avec les voisins est corrélée au jugement global (indicateur agrégé) porté sur le quartier ( $p < 0,001$ ) : les personnes qui portent un jugement très négatif sur leur quartier (plus de trois quarts des réponses) ne sont en effet que 35 % à entretenir de bonnes relations avec leurs voisins – tandis que cette proportion atteint 93 % lorsque plus des trois quarts des réponses sont favorables. D'une manière générale, le sentiment de solitude est d'autant plus fort que les individus déclarent n'avoir aucune relation avec leurs voisins ou que ces relations ne sont pas bonnes. Autre indice de la sociabilité locale, la participation à une association dans le quartier est très similaire dans les cinq ZUS et relativement faible : seuls 10,5 % des enquêtés ont déclaré être membres d'une association dans leur quartier. Que ce soit au sein du quartier de résidence ou de façon globale, la participation associative est plus faible dans les ZUS étudiées qu'en population générale. Cet aspect du lien d'intégration était mesuré dans notre enquête par la question « êtes-vous membre d'une association (culturelle, politique, de parents d'élèves, d'animation ou défense du quartier, etc.) ? ». Elle nous permet d'aborder la participation formelle à la vie collective et concerne donc aussi bien la sphère politique que syndicale ou privée. Au total, 22,4 % des enquêtés déclarent être membres d'une association. En population générale, d'après l'enquête « Conditions de vie des ménages » de l'Insee, 43 % des individus âgés de 15 ans et plus adhéraient en 1999 à au moins une association. Compte tenu des différences de structure par âge des échantillons, notre population d'étude est environ deux fois moins nombreuse à adhérer à une association que la population générale.

Ce résultat est bien sûr à relier au profil socioculturel de notre échantillon. On sait en effet que l'ampleur de la participation à la vie associative est d'autant plus faible que le statut social des personnes est bas<sup>49</sup>, et qu'elle diminue avec la précarité sur le marché du travail : ainsi, par exemple, les personnes ayant un emploi stable participent deux fois plus à des associations que les chômeurs<sup>50</sup>. À partir de nos échantillons, nous ne mettons en lumière aucune différence significative entre les ZUS (en données brutes comme à structures égales en modèle logit) concernant la participation associative. Le sexe et la nationalité n'apparaissent pas non plus comme des facteurs discriminants. Comme en population générale, les enquêtés les plus âgés sont plus souvent membres d'association que dans les autres tranches d'âges (29 % parmi les 55-74 ans, contre 20 % environ chez les 18-25 ans et les 25-34 ans, et 24,2 % chez les 35-54 ans) ; mais les effectifs sont faibles et les différences ne sont là encore pas significatives.

#### SENTIMENT D'ISOLEMENT ET JUGEMENT PORTÉ SUR LES RELATIONS AVEC LES VOISINS (EN %)

	Relations jugées « bonnes »	Relations « mauvaises » ou aucune relation	Total
Très isolé (1-2)	3,6	10,0	5,2
Isolé (3-5)	14,5	18,5	15,5
Entouré (6-8)	39,5	39,2	39,5
Très entouré (9-10)	42,3	32,3	39,8

p=0,011

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

#### DIFFICULTÉS D'INSERTION DANS LE QUARTIER DE RÉSIDENCE (EN %)

	Ensemble
Relations avec les voisins jugées mauvaises	3,2
Pas de relations avec les voisins	21,3
Ne peut pas compter sur des voisins pour être aidé	87,1
Participation à une association du quartier	10,5

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

## VI. Les ruptures du lien de citoyenneté

Le lien de citoyenneté repose sur le principe de l'appartenance à une nation. Par cette appartenance, la nation reconnaît à ses membres des droits et des devoirs et en fait des citoyens à part entière. À défaut d'être rattaché à une famille, d'être intégré dans la vie professionnelle ou de participer à la vie sociale, l'individu peut au moins se prévaloir d'être membre d'une nation et d'être reconnu comme citoyen. Toutefois, le lien de citoyenneté n'est pas non plus à l'abri d'une rupture. C'est le cas notamment lorsque les individus sont trop éloignés – ou tenus

49 - Voir par exemple F. Héran, « Un monde sélectif : les associations », *Économie et Statistique*, n°208, 1988, pp. 17-32.

50 - J.-M. Charbonnel, S. Paugam, J.-P. Zoyem, *Précarité et risque d'exclusion en France*, Paris, La Documentation Française, « Documents du CERC » n° 109, 1993.

à l'écart – des institutions pour accéder à des papiers d'identité et pouvoir exercer leurs droits. De nombreux détenus sont privés, on le sait, de leur droit de vote ou ne peuvent l'exercer. Les étrangers éprouvent parfois des difficultés à régulariser leurs titres de séjour et sont, de ce fait, en situation illégale, privés d'une partie importante de leurs droits. Les sans-domicile sont également souvent coupés des circuits administratifs ou renvoyés d'un bureau à l'autre tant qu'ils ne parviennent pas à réunir les papiers nécessaires à une aide. Notons que dans un système catégoriel d'aide sociale, il existe toujours des exclus du droit, c'est-à-dire des personnes qui ne correspondent à aucune des catégories prévues par le droit.

### **Le statut des étrangers**

Par exemple, dans les cinq ZUS étudiées en 2001, et même si le statut de séjour des étrangers donne lieu à différentes réponses manquantes, on estime qu'environ 7 % des étrangers (qu'ils soient ou non en situation légale) n'ont pas de statut compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle déclarée (soit 9,6 % des étrangers ayant répondu à cette question). Il est difficile de commenter ces chiffres étant donné la faiblesse des effectifs concernés et, par suite, la marge d'erreur statistique correspondante. Nous nous limiterons donc à souligner que la complexité et la précarité des statuts des étrangers constituent bien souvent une entrave à l'insertion<sup>51</sup>. En dépit de difficultés sociales plus marquées que les Français, les étrangers rencontrent différents obstacles dans l'accès à l'emploi, au logement ou aux droits sociaux du fait de leur statut au regard de la citoyenneté.

### **La participation aux élections politiques et aux élections de représentation**

Un autre aspect du lien de citoyenneté concerne la participation électorale – pour laquelle nous avons distingué les élections politiques de celles que nous qualifierons ici de « représentatives » (élections du personnel, élections prud'homales, élections de parents d'élèves). Ce lien social particulier, comme d'autres domaines de la citoyenneté, peut être rompu ou distendu en raison de l'exclusion légale d'une partie de la population (en l'occurrence les étrangers non européens qui n'ont pas droit de vote aux élections politiques en France), mais aussi du fait que certaines personnes ne veulent ou ne parviennent pas à exercer leurs droits – en l'occurrence leur droit de vote. Ce non-exercice du droit acquis s'avère bien plus élevé dans les cinq ZUS étudiées qu'en population générale. En effet, au niveau national, moins de 15 % des Français qui avaient le droit de vote ne l'ont pas exercé entre 1995 et 1997, faute d'être inscrit sur les listes électorales ou faute d'être allé voter<sup>52</sup>. Dans notre échantillon, c'est presque la moitié des Français (46,4 %) qui n'ont pas voté au cours des cinq années précédant l'enquête – c'est-à-dire sur une période pourtant plus longue et ayant vu se succéder davantage d'élections (dont une partie en commun).

L'inscription sur les listes électorales concerne bien sûr essentiellement des Français, mais on notera tout de même que quelques ressortissants de l'Union Européenne sont également inscrits pour voter en France. Parmi les personnes de nationalité française, c'est le cas de 71,5 % des enquêtés. Cette proportion est bien moindre que les 91 % observés en population générale par l'Insee en 1997<sup>53</sup>. Les hommes sont plus fréquemment inscrits que les femmes,

51 - M.-T. Espinasse, « Pauvreté et précarité des étrangers », in *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2001-2002, op. cit.*, pp. 325-347.

52 - F. Héran, « Les intermittences du vote. Un bilan de la participation de 1995 à 1997 », *Insee Première*, n°546, septembre 1997.

53 - *Ibid.*

et le taux d'inscription augmente avec l'âge. Ainsi, seuls 56,0 % des moins de 25 ans sont dans ce cas, contre 93,8 % parmi les personnes de 55 ans ou plus.

Parmi les inscrits sur les listes électorales, plus d'un enquêté français sur trois (29,2 %) s'est abstenu à tous les scrutins politiques des cinq dernières années. En population générale, entre 1995 et 1997 comme entre 1988 et 1989, cette proportion n'est que de 8 %. La participation électorale est certes plus faible dans notre échantillon, mais elle suit globalement les mêmes tendances qu'en population générale : que ce soit au cours de la vie entière ou au cours des cinq dernières années, les taux de participation sont en effet d'autant plus élevés que l'âge des enquêtés augmente.

La faible participation électorale dans les quartiers dits sensibles pose une question essentielle concernant le lien de citoyenneté. François Héran, dans son étude sur les comportements de vote, soulignait en outre que l'affaiblissement du lien social est associé à l'abstention durable et parlait en ce sens d'une « exclusion électorale ».

La participation aux élections de représentation s'avère, elle aussi, relativement faible au sein de la population enquêtée : seules 22 % des personnes interrogées ont participé à de telles élections au cours des cinq années précédant l'enquête. Cela n'est pas spécifique à notre population d'étude : sur l'ensemble de la France, le taux d'abstention aux élections prud'homales s'élève à 67,0 % d'après le rapport de la Cour des comptes de l'année 2000 ; pour les élections de parents d'élèves, en 1998, on notait un taux de participation de seulement 50 % dans le primaire et 31 % dans le secondaire. Dans l'ensemble, les élections de représentation permettent aux étrangers de s'exprimer en votant, et l'on constate d'ailleurs dans notre échantillon que leur taux de participation au cours des cinq dernières années ne diffère pas significativement de celui des Français (leur participation sur l'ensemble de la vie est certes inférieure, mais on doit tenir compte du fait que pour beaucoup, la période passée en France au cours de laquelle ils auraient eu la possibilité de participer à de telles élections est plus réduite que pour les Français). La participation est par contre significativement liée à l'âge. Il n'est guère surprenant en effet que les personnes âgées de 55 ans ou plus soient les moins nombreuses à avoir participé dans les cinq dernières années à de telles élections : la plupart sont en effet à la retraite et n'ont plus d'enfants pour lesquels il conviendrait de se prononcer pour les représentants de parents d'élèves. Dans un modèle de régression logistique intégrant le sexe, la nationalité, l'âge et la ZUS de résidence, ces deux dernières variables restent significativement corrélées à la participation au cours des cinq dernières années. À structures égales, les taux de participation les plus élevés sont repérés à Belleville, puis à Cergy Saint-Christophe et enfin à Grigny 2.

### **Le rapport à l'État-providence**

Le bénéfice d'une prestation de l'État-providence entre dans le champ du lien de citoyenneté, dans la mesure où il reflète, en relation bien sûr avec la situation familiale et financière, l'application d'un droit reconnu aux citoyens. Dans les cinq ZUS, nombreux sont ceux qui

comptent parmi leurs sources de revenus des prestations sociales et/ou familiales. 11,4 % des ménages interrogés comptent parmi leurs membres au moins un bénéficiaire d'un minimum social (RMI, AAH, API ou ASS), ce qui correspond à 13,0 % des personnes de notre échantillon. Le RMI (Revenu minimum d'insertion) concerne 4,7 % des ménages ; ceci équivaut à 5,3 % des personnes interrogées qui vivent dans un ménage dont tout ou partie des revenus provient de cette prestation. L'AAH (Allocation adulte handicapé) et l'API (Allocation parent isolé) concernent respectivement 5,3 % et 1,6 % des ménages enquêtés.

Nous avons également interrogé les individus sur leur fréquentation de trois types d'institutions (que ces démarches soient pour eux-mêmes ou pour un membre de leur ménage). Environ 72 % se sont rendus, au cours des six derniers mois, à la Caisse d'allocations familiales (CAF) et 76 % dans un bureau d'aide sociale. Ces recours sont significativement corrélés à la situation financière des individus – augmentant avec le niveau de difficultés ressenties. Parallèlement, 10,2 % des enquêtés se sont rendus, régulièrement ou quelques fois au cours des six derniers mois, dans une association d'aide sociale. Comme pour le recours à la CAF ou à un bureau d'aide sociale, l'appréciation sur la situation financière est significativement discriminante, mais ce n'est pas le cas pour le sexe, la nationalité ni pour la ZUS de résidence des enquêtés.

Signalons encore, comme autre indicateur du recours aux institutions, que parmi les enquêtés qui se déclarent chômeurs (n=78), seulement la moitié (51 %) sont inscrits à l'ANPE et touchent des indemnités ; 26 % ne sont pas inscrits à l'ANPE.

En ce qui concerne l'accès aux droits, nous avons plus particulièrement interrogé la couverture du risque maladie. On sait que l'accès à une couverture sociale est inégalement réparti dans la population, selon la situation familiale ou professionnelle et la catégorie sociale des individus. Dans les cinq ZUS étudiées, la majorité des enquêtés sont assurés à la Sécurité sociale. Mais 3,4 % ne bénéficient d'aucune couverture pour prendre en charge leurs éventuels frais de santé. Et la protection maladie liée au système assistanciel – qu'il s'agisse de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale gratuite – est également non négligeable. Reflet de la situation financière des personnes (ces deux derniers types de protection maladie sont délivrés sous conditions de ressources), 10,5 % de notre échantillon en bénéficient. Cette proportion est deux fois supérieure à ce qu'on observe sur l'ensemble de la France (4,7 % d'après l'enquête «Soins, santé et protection sociale» de l'IRDES en 2000). La couverture maladie complémentaire, qu'il s'agisse d'une assurance complémentaire privée ou mutualiste, est également moins fréquente dans notre échantillon, où seuls 48 % des étrangers et 60 % des Français en bénéficient, contre 86 % de l'ensemble de la population résidant en France.

## DISTRIBUTION SELON LA COUVERTURE MALADIE (EN %)

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001	Enquête SSPS CREDES 2000
Aucune couverture sociale	3,4	0,1*
Sécurité sociale à 70 % (tiers payant)	82,5	91,4
Sécurité sociale à 100 %	5,2	8,5
Couverture maladie universelle, aide médicale gratuite	10,5	4,5
Couverture complémentaire (mutuelle ou assurance), hors CMU	57,0	86,0

\* L'enquête SSPS du CREDES s'appuyant sur un échantillon d'assurés sociaux, il n'est pas surprenant que la quasi-totalité des enquêtés soient couverts par l'un ou l'autre des types de protection maladie.

**La confiance dans le système de santé**

Au-delà des droits effectivement accordés, il convient de s'interroger sur le rapport que chaque individu entretient avec l'État et ses institutions. Une dimension importante de ce rapport est la confiance dans les institutions. Dans les quartiers relevant de la politique de la ville du XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris, en 2003, nous avons ainsi interrogé les individus sur leur confiance dans plusieurs institutions de la société française.

Bien que nous n'ayons pas de données équivalentes pour les ZUS étudiées en 2001, un résultat nous semble important : le système de santé est le domaine interrogé envers lequel les enquêtés ont le plus confiance. Seuls 2,1 % des enquêtés n'ont « pas du tout » confiance dans le système de santé.

Comme pour la plupart des autres institutions interrogées, les étrangers ont plus souvent confiance dans le système de santé que les Français (92,3 % contre 83,9 %,  $p < 0,01$ ).

## RÉPARTITION SELON LA CONFIANCE DANS DIFFÉRENTES INSTITUTIONS (EN %)

	Très confiance	Plutôt confiance	Plutôt pas confiance	Pas du tout confiance
Le système de santé	16,3	69,3	12,3	2,1
Le système de protection sociale	14,4	66,4	16,2	3,0
L'Éducation nationale	9,7	63,7	21,6	5,0
La police	7,2	48,4	29,0	15,4
Le système judiciaire	5,1	48,1	31,5	15,2
La presse (écrite, radio, TV)	4,1	32,6	44,2	19,1
Les syndicats	2,4	35,2	35,7	26,6
Les partis politiques	1,3	15,0	39,8	43,8

Source : enquête SIRS Paris 2003.

## LES LIENS RESENTIS ENTRE CONDITIONS DE VIE ET SANTÉ

L'un des objectifs de nos enquêtes est d'analyser les liens entre la situation sociale considérée au sens large d'une part, et la santé et le recours aux soins d'autre part. Avant d'étudier les corrélations qui peuvent être établies de façon statistique à partir des données recueillies, il nous a semblé intéressant d'étudier le point de vue des enquêtés eux-mêmes sur ces questions. Ces liens subjectivement ressentis ont été interrogés dans les deux sens de la relation : l'impact ressenti des conditions de vie sur la santé, et l'impact ressenti des événements de santé sur les conditions de vie.

### I. L'influence perçue des conditions de vie sur la santé

Sur l'ensemble de l'échantillon réuni par les deux enquêtes successives, 40,3 % des enquêtés estiment que leurs conditions de vie ou que certaines choses dans leur vie nuisent à leur santé physique, psychologique ou à leur moral<sup>54</sup>. Sur ce point, on n'observe aucune différence significative selon le sexe, la nationalité, l'origine ou encore le niveau d'éducation, mais on note des différences selon l'âge : les plus jeunes (18-24 ans) et les plus âgés (60 ans ou plus) mentionnent moins souvent que les autres un impact négatif de leurs conditions de vie sur leur santé. Les personnes au chômage en revanche sont dans une situation particulièrement défavorable : 62,9 % d'entre elles disent que leurs conditions de vie nuisent à leur santé physique ou psychologique.

Invités à préciser ce qui, dans leurs conditions de vie, a un tel impact négatif, les enquêtés des sept quartiers étudiés évoquent différents domaines : les problèmes économiques ou financiers (54,8 %), les conditions de logement (42,9 %), les problèmes liés aux difficultés à trouver un emploi (38,6 %), les conditions de travail (36,7 %), les problèmes familiaux ou d'isolement (32,1 %), ce qui se passe dans leur quartier (28,7 %), leur alimentation (22,7 %).

Les problèmes économiques et financiers sont plus fréquemment cités par les personnes âgées de plus de 55 ans (77 % contre 51 % pour les moins de 55 ans,  $p=0,04$ ). Les conditions de logement sont plus souvent citées par les plus de 25 ans que par les moins de 25 ans (40 % contre 31 %,  $p=0,04$ ). D'autre part, ce sont les plus jeunes qui se plaignent le plus de leurs conditions de travail (y compris l'absence de travail) : 53 % pour les moins de 25 ans, 40 % pour les 25-34 ans, 36 % pour les 35-54 ans et 9 % pour les plus de 55 ans ( $p=0,02$ ).

54 - La formulation de la question posée est légèrement différente dans les deux enquêtes : la question renvoyait en 2001 à « vos conditions de vie » et en 2003 à « certaines choses dans votre vie ». Nous avons toutefois agrégé les résultats pour avoir une lecture plus globale.

Enfin, les problèmes familiaux (y compris un sentiment d'isolement) affectent plus fréquemment les âges les plus extrêmes (58 % pour les plus de 55 ans, 44 % pour les moins de 25 ans contre 27 % pour les 35-54 ans et seulement 12 % pour les 25-34 ans,  $p < 10^{-4}$ ).

Les plus jeunes expriment donc un cumul spécifique de difficultés péjoratives pour leur santé, relatives aux conditions de travail et à la sphère familiale. Les plus âgés, eux, estiment davantage qu'ils cumulent des difficultés familiales (ou d'isolement) et financières portant atteinte à leur état de santé.

L'analyse multivariée permet de vérifier que la perception d'un impact péjoratif des conditions de vie sur sa santé physique, psychologique ou son moral croît significativement avec le nombre de maladies chroniques déclarées, mais aussi avec une expérience passée de la maladie. Elle est également liée à des variables d'intégration. Ainsi, après ajustement sur les deux caractéristiques précédentes (ainsi que sur l'âge, le sexe et la nationalité), la probabilité d'estimer que ses conditions de vie nuisent à sa santé est près de trois fois plus élevée chez les chômeurs que chez les personnes qui travaillent. Elle est aussi significativement plus élevée pour les personnes qui ont migré (surtout les migrants internationaux). D'autres caractéristiques sont associées à des probabilités doubles ou triples d'un tel impact ressenti (par rapport aux catégories de référence) : le sentiment d'isolement (avec un effet « dose-réponse » croissant avec ce sentiment) ; l'expérience de ruptures sociales dans la jeunesse ; le fait d'avoir été victime de discrimination ou de racisme dans la vie professionnelle ; et l'insatisfaction vis-à-vis du quartier de résidence.

Des différences significatives sont à constater selon le quartier de résidence. À Belleville-Amandiers et Saint-Blaise-Porte de Montreuil, près de la moitié des habitants rapportent un impact négatif sur leur santé, contre 23 % en moyenne dans les autres quartiers. Mais une partie au moins de ces différences peut être liée à la formulation légèrement différente des questions entre l'enquête de 2001 et celle de 2003. Pour contourner cet éventuel biais, interrogeons-nous uniquement aux quartiers interrogés en 2001. On note alors des différences importantes entre d'une part les Mureaux et Cergy Saint-Christophe, où moins d'un quart de la population estime que ses conditions de vie nuisent à sa santé (respectivement 15,2 % et 20,0 %), et d'autre part Aulnay-sous-Bois et Grigny 2 où 29,6 % et 26,9 % des habitants sont dans ce cas. Cette différence reste significative en analyse multivariée pour les Mureaux dont les habitants ont, « toutes choses égales par ailleurs », deux fois plus de risque que les autres de relater un impact négatif de leurs conditions de vie sur leur santé.

**PROPORTION D'INDIVIDUS RAPPORTANT QUE LEURS CONDITIONS DE VIE NUISENT À LEUR SANTÉ PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE OU À LEUR MORAL**

	% Oui	% Non	p
<b>Âge</b>			<b>&lt;0,001</b>
18-24 ans	30,4	69,6	
25-34 ans	45,2	54,8	
35-44 ans	44,4	55,6	
45-59 ans	45,3	54,7	
60-74 ans	27,1	72,9	
<b>Situation professionnelle</b>			<b>&lt;0,001</b>
Actif occupé	38,2	61,8	
Chômeur	62,9	37,1	
Retraité	29,8	70,2	
Autre inactif	35,9	64,1	
<b>Quartier</b>			<b>&lt;0,001</b>
Belleville	49,6	50,4	
Saint-Blaise	47,3	52,7	
Aulnay-sous-Bois	29,6	70,4	
Les Mureaux	15,2	84,8	
Grigny 2	26,9	73,1	
Cergy Saint-Christophe	20,0	80,0	
<b>Ensemble</b>	<b>40,3</b>	<b>59,7</b>	<b>100%</b>

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

**SENTIMENT QUE SES CONDITIONS DE VIE NUISENT À SA SANTÉ (MODÈLE LOGISTIQUE)**

		OR	IC 95,0%	
<b>Sexe</b>	Homme	Réf.		
	Femme	1,48	0,74	2,95
<b>Âge</b>	18-24 ans	Réf.		
	25-34 ans	0,78	0,38	1,61
	35-44 ans	0,71	0,33	1,51
	45-59 ans	0,75	0,32	1,75
	60-74 ans	0,78	0,19	3,25
<b>Origine</b>	Français de parents français	Réf.		
	Français de parent(s) étranger(s)	1,29	0,69	2,43
	Étranger	0,82	0,46	1,49
<b>Niveau scolaire</b>	Aucun ou primaire	Réf.		
	Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	0,68	0,30	1,55
	Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	0,91	0,41	2,06
	Supérieur	1,81	0,71	4,58





<b>Situation professionnelle</b>	Actif occupé	Réf.		
	Chômeur	0,21	0,11	0,39
	Retraité	0,91	0,22	3,84
	Autre inactif	0,76	0,40	1,42
<b>Quartier</b>	Aulnay-sous-Bois	Réf.		
	Les Mureaux	2,19	1,06	4,51
	Grigny 2	0,97	0,51	1,85
	Cergy Saint-Christophe	1,69	0,83	3,41

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

**SENTIMENT QUE CE QUI SE PASSE DANS SON QUARTIER NUIT  
À SA SANTÉ PHYSIQUE, MENTALE OU À SON MORAL (MODÈLE LOGISTIQUE)**

		OR	IC 95,0%	
<b>Sexe</b>	Homme	Réf.		
	Femme	1,36	0,43	4,36
<b>Âge</b>	18-24 ans	Réf.		
	25-34 ans	1,06	0,17	6,58
	35-44 ans	0,36	0,05	2,42
	45-59 ans	0,28	0,03	2,23
	60-74 ans	5,96	0,19	189,31
<b>Origine</b>	Français de parents français	Réf.		
	Français de parent(s) étranger(s)	2,02	0,44	9,16
	Étranger	0,56	0,15	2,11
<b>Niveau scolaire</b>	Aucun ou primaire	Réf.		
	Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	0,76	0,12	4,98
	Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	1,48	0,22	10,19
	Supérieur	0,14	0,01	1,45
<b>Situation professionnelle</b>	Actif occupé	Réf.		
	Chômeur	0,24	0,05	1,07
	Retraité	0,05	0,00	1,18
	Autre inactif	1,36	0,26	7,30
<b>Quartier</b>	Aulnay-sous-Bois	Réf.		
	Les Mureaux	0,72	0,14	3,66
	Grigny 2	12,05	2,38	60,95
	Cergy Saint-Christophe	8,36	1,46	47,77

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

## II. L'influence des événements de santé sur les conditions de vie

Si les conditions de vie peuvent nuire à la santé, inversement, des problèmes de santé peuvent avoir des répercussions négatives sur la situation sociale des personnes. Ainsi, sur l'ensemble des cinq ZUS étudiées en 2001 et des deux quartiers parisiens étudiés en 2003, 7 % des enquêtés ont connu des problèmes de santé ayant entraîné de graves problèmes financiers. Cette proportion est plus élevée encore parmi les personnes au chômage ou inactives (non retraitées) qui, en analyse univariée comme en analyse logistique, apparaissent effectivement davantage concernées.

Par ailleurs, des problèmes de santé peuvent entraîner, plus ou moins directement, différentes ruptures sociales. Parmi les domaines interrogés, les ruptures les plus fréquentes consécutives à un problème sanitaire concernent la vie professionnelle. Dans les deux quartiers parisiens, 17,1 % des enquêtés disent qu'au cours de leur vie, des problèmes de santé, des accidents corporels ou des maladies ont entraîné une interruption ou une réorientation professionnelle ou de scolarité. De tels problèmes ont entraîné de graves difficultés financières pour 7,7 % et une rupture avec leur conjoint ou partenaire de vie pour 2,8 % des enquêtés ; enfin, 11,1 % rapportent un autre changement important dans leurs habitudes de vie. Au final, 23,9 % des enquêtés ont subi, à cause de leur santé au moins une des ruptures de la liste qui vient d'être exposée, et 10,1 % en ont même subi plusieurs.

### PROPORTIONS D'INDIVIDUS RAPPORTANT QUE DES PROBLÈMES DE SANTÉ ONT ENTRAÎNÉ DE GRAVES PROBLÈMES FINANCIERS

	% Oui	% Non	p
<b>Sexe</b>			
Homme	7,3	92,7	NS
Femme	6,0	94,0	
<b>Âge</b>			
18-24 ans	0,4	99,6	<0,001
25-34 ans	4,6	95,4	
35-44 ans	9,8	90,2	
45-59 ans	12,6	87,4	
60-74 ans	3,9	96,1	
<b>Niveau scolaire</b>			
Aucun ou primaire	9,0	91,0	0,04
Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	8,0	92,0	
Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	4,3	95,7	
Supérieur	7,7	92,3	
<b>Situation professionnelle</b>			
Actif occupé	5,5	94,5	0,04
Chômeur	10,7	89,3	
Retraité	4,1	95,9	
Autre inactif	7,7	92,3	





Quartier	0,06		
Belleville-Amandiers	6,3	93,7	
Saint-Blaise-Porte de Montreuil	10,3	89,7	
Aulnay-sous-Bois	2,8	97,2	
Les Mureaux	3,8	96,2	
Grigny 2	5,9	94,1	
Cergy Saint-Christophe	5,8	94,2	
<b>Ensemble</b>	<b>6,6</b>	<b>93,4</b>	<b>100%</b>

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

### IMPACT DE PROBLÈMES DE SANTÉ SUR LA SITUATION FINANCIÈRE (MODÈLE LOGISTIQUE)

		OR	IC 95,0%	
Sexe	Homme	Réf.		
	Femme	0,645	0,400	1,040
Âge	18-24 ans	Réf.		
	25-34 ans	15,272	2,241	104,077
	35-44 ans	31,985	4,768	214,551
	45-59 ans	47,345	7,058	317,595
	60-74 ans	16,123	1,957	186,873
Origine	Français de parents français	Réf.		
	Français de parent(s) étranger(s)	0,604	0,314	1,164
	Étranger	0,396	0,207	0,758
Niveau scolaire	Supérieur	Réf.		
	Aucun ou primaire	1,888	0,818	4,356
	Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	1,798	0,923	3,503
	Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	2,387	1,306	4,362
Situation professionnelle	Actif occupé	Réf.		
	Chômeur	2,494	1,363	4,563
	Retraité	0,712	0,191	2,650
	Autre inactif	3,245	1,738	6,058
Quartier	Belleville	Réf.		
	Saint-Blaise	1,279	0,744	2,200
	Aulnay-sous-Bois	0,359	0,104	1,245
	Les Mureaux	0,760	0,254	2,269
	Grigny 2	0,813	0,330	2,000
	Cergy Saint-Christophe	0,663	0,268	1,638

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

## LES REPRÉSENTATIONS, ATTITUDES ET RAPPORTS À LA SANTÉ ET À LA MÉDECINE

Pour comprendre les comportements liés à la santé et au recours aux soins, il convient de s'intéresser aux logiques qui les guident. On peut en outre constater que nombre de programmes de « promotion de la santé », de prévention ou de soins curatifs n'atteignent pas leurs objectifs en partie parce que les perspectives qui les sous-tendent ne correspondent pas aux perspectives des populations auxquelles ils sont censés s'adresser.

Il s'agit en effet non seulement de tenir compte des « besoins » des personnes mais aussi de leurs attentes, de la manière dont elles envisagent la santé, la maladie et les structures médico-sociales, ainsi que du contexte social et d'interactions dans lequel ces personnes se trouvent. Il ne faut pas oublier que les comportements liés à la santé sont contraints par les capacités matérielles mais aussi symboliques de les réaliser, et sont orientés plus ou moins par l'entourage.

Nous avons intégré à notre questionnaire différentes questions sur les représentations et attitudes individuelles liées à la santé et à la maladie, complétées par certains items du « Health Perceptions Questionnaire »<sup>55</sup> sur des représentations concernant la santé dans le passé, le présent et le futur. Nous avons également élaboré quelques questions sur les représentations de la médecine.

### I. Représentations liées à la santé

Les comportements liés à la santé et même les conduites thérapeutiques ne relèvent pas uniquement d'une rationalité biomédicale ou d'une logique de santé<sup>56</sup>. En outre, il serait erroné de penser que « conserver » ou « améliorer » sa santé est systématiquement – et pour tout le monde – un objectif prioritaire et immuable.

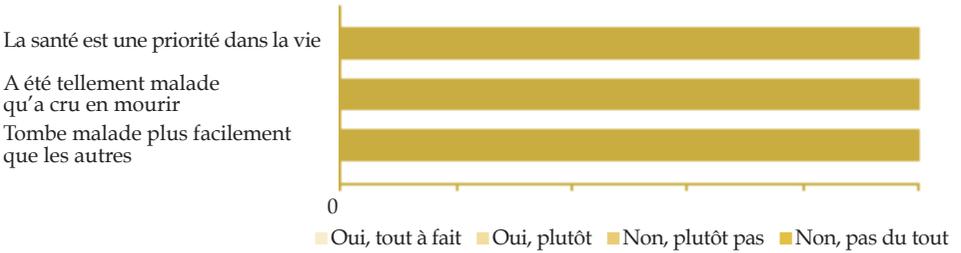
Poser une question directe sur la priorité accordée à sa santé est toujours susceptible de donner lieu à des réponses très normées. Pour autant, et en dépit de cela, un quart des enquêtés en 2001 et 2003 répondent que la santé n'est pas une priorité dans leur vie (17,6 % estiment que ce n'est plutôt pas une priorité, et 6,8 % que ce n'est pas du tout une priorité).

Qui sont ces personnes ? Des femmes surtout, qui affirment davantage que les hommes que la santé n'est pas une priorité dans leur vie (26,7 % contre 21,4 %,  $p=0,03$ ). Les Français également sont beaucoup plus nombreux dans ce cas que les étrangers : 12,0 % des étrangers, 18,8 % des Français ayant un parent étranger et 32,6 % des Français de parents français ( $p<0,001$ ). Concernant la situation au regard de l'emploi, les chômeurs sont les moins nombreux à placer la santé comme une priorité, tandis que les actifs occupés sont les plus nombreux.

55 - J. E. Ware Jr., *Scales for measuring general health perceptions*, Health Serv Res, 1976, 11: 396-415.

56 - S. Fainzang. « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 15, n°3, 1997 : 5-22.

**REPRÉSENTATIONS ET ATTITUDES DE SANTÉ :  
LES TROIS ITEMS COMMUNS AUX DEUX ENQUÊTES**



Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

**AFFIRMATION QUE LA SANTÉ EST UNE PRIORITÉ DANS SA VIE  
(MODÈLE LOGISTIQUE)**

		OR	IC 95,0 %	
Sexe	Homme	Réf.		
	Femme	1,300	0,989	1,710
Âge	18-24 ans	Réf.		
	25-34 ans	1,246	0,807	1,925
	35-44 ans	1,257	0,794	1,990
	45-59 ans	1,784	1,122	2,838
	60-74 ans	1,295	0,504	3,324
Origine	Français de parents français	Réf.		
	Français de parent(s) étranger(s)	0,540	0,380	0,769
	Étranger	0,339	0,227	0,508
Niveau scolaire	Supérieur	Réf.		
	Aucun ou primaire	0,535	0,307	0,934
	Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	0,738	0,496	1,098
	Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	0,939	0,678	1,300
Situation professionnelle	Actif occupé	Réf.		
	Chômeur	0,594	0,380	0,929
	Retraité	0,693	0,295	1,630
	Autre inactif	0,908	0,623	1,323
Quartier	Belleville-Amandiers	Réf.		
	Saint-Blaise-Porte de Montreuil	0,791	0,560	1,115
	Aulnay-sous-Bois	0,519	0,279	0,968
	Les Mureaux	0,903	0,525	1,552
	Grigny 2	0,770	0,463	1,280
	Cergy Saint-Christophe	0,880	0,530	1,461

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

## II. Représentations liées à la médecine

Des questions sur les représentations liées à la médecine ont été ajoutées dans l'enquête parisienne de 2003. L'analyse ci-dessous ne concerne donc que les deux QPDV du XX<sup>e</sup> arrondissement.

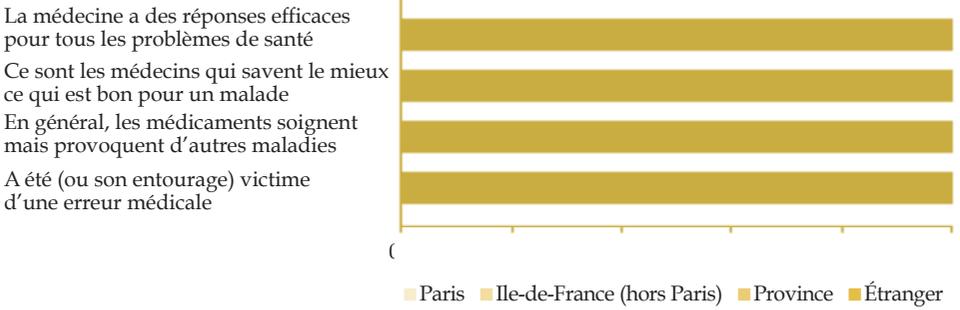
### **La vision que les personnes ont de la médecine apparaît globalement mitigée dans les quartiers étudiés.**

En effet, les trois quarts environ des enquêtés (73,3 %) considèrent que ce sont les médecins qui savent le mieux ce qui est bon pour le malade – sans différences significatives selon le sexe, l'âge ni la nationalité. Et 10,7 % des enquêtés s'avèrent même très confiants dans la compétence et l'étendue du champ de compétence de la médecine, répondant « oui tout à fait » à la question « pensez-vous que la médecine a des réponses efficaces pour tous les problèmes de santé ? ». Si l'on considère les réponses « oui, tout à fait » et « oui, plutôt », ce sont au total 40,2 % des enquêtés qui estiment que la médecine a des réponses efficaces pour tous les problèmes de santé (sans différences significatives selon le sexe, l'âge ni la nationalité).

Mais, parallèlement, près de la moitié des enquêtés (46,3 %) estime qu'en règle générale, les médicaments soignent mais provoquent aussi d'autres troubles. C'est plus fréquemment le cas des femmes que des hommes (49,6 % contre 42,2 %,  $p=0,03$ ). Ce sont les jeunes de moins de 25 ans qui considèrent le moins fréquemment que les médicaments ont des effets à la fois positifs et négatifs sur la santé (37,7 %,  $p=0,003$ ).

Enfin, autre donnée importante concernant le rapport à la médecine, on notera que 22,9 % des enquêtés répondent qu'eux-mêmes ou leur entourage ont déjà été victimes d'une erreur médicale. Les Français sont plus nombreux que les étrangers à répondre ainsi (24,4 % contre 17,0 %,  $p=0,04$ ) – sans que l'on puisse ici savoir si cette différence provient d'une exposition plus grande à ce risque (notamment par des recours à la médecine plus nombreux ou plus anciens) ou bien d'une tendance différente à interpréter certains événements en terme d'erreur médicale.

**REPRÉSENTATIONS ET ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA MÉDECINE (EN %)**



Source : enquête SIRS Paris 2003.

**III. Graves problèmes de santé à l'âge adulte**

Il semble intéressant de confronter ces représentations et attitudes liées à la santé et la médecine avec les expériences de la maladie vécues par les personnes. Pour cela, nous nous sommes référés à une question sur le fait d'avoir ou non vécu de « graves problèmes de santé » à l'âge adulte – les critères de définition de la gravité étant laissés à l'appréciation des enquêtés.

Sur l'ensemble des personnes interrogées en 2001 et 2003, 18,7 % ont été confrontées à de graves problèmes de santé depuis l'âge de 18 ans, sans différences significatives selon le sexe. Comme on pouvait s'y attendre, cette proportion s'accroît avec l'âge, atteignant même 41,9 % parmi les personnes de plus de 60 ans. Ces problèmes de santé sont donc les plus fréquents chez les retraités. Mais on constate également qu'ils sont deux fois plus fréquents chez les chômeurs que chez les actifs occupés, et plus fréquents chez les Français que chez les étrangers. Enfin, ces graves problèmes de santé à l'âge adulte sont d'autant plus fréquents que le niveau scolaire des personnes est faible.

Après ajustement sur les variables socio-économiques et démographiques, en analyse multivariée, on constate toujours l'effet important de l'âge sur le risque d'avoir eu de graves problèmes de santé. Les Français ont plus de deux fois plus de risques sur ce point que les étrangers. Les chômeurs et les inactifs (non retraités) ont aussi significativement plus de risques d'avoir eu un grave problème de santé que les actifs occupés.

Il convient enfin de souligner qu'on n'observe pas d'effet du quartier de résidence (pas plus en analyse univariée qu'en multivariée) sur cette variable.

**GRAVES PROBLÈMES DE SANTÉ À L'ÂGE ADULTE (MODÈLE LOGISTIQUE)**

		OR	IC 95,0%	
<b>Sexe</b>	Homme	Réf.		
	Femme	1,04	0,76	1,42
<b>Âge</b>	18-24 ans	Réf.		
	25-34 ans	4,10	2,09	8,06
	35-44 ans	5,39	2,71	10,71
	45-59 ans	8,65	4,37	17,12
	60-74 ans	10,74	4,14	27,92
<b>Origine</b>	Français de parents français	Réf.		
	Français de parent(s) étranger(s)	0,93	0,63	1,38
	Étranger	0,44	0,29	0,67
<b>Niveau scolaire</b>	Supérieur	Réf.		
	Aucun ou primaire	1,56	0,93	2,61
	Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	1,56	1,03	2,38
	Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	1,22	0,82	1,82
<b>Situation professionnelle</b>	Actif occupé	Réf.		
	Chômeur	2,27	1,47	3,50
	Retraité	2,02	0,96	4,24
	Autre inactif	2,37	1,54	3,66
<b>Quartier</b>	Belleville	Réf.		
	Saint-Blaise	1,09	0,75	1,58
	Aulnay-sous-Bois	0,63	0,33	1,22
	Les Mureaux	0,78	0,40	1,50
	Grigny 2	0,89	0,51	1,58
	Cergy Saint-Christophe	0,95	0,54	1,66

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

# COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ : ALCOOL, TABAC ET DROGUES ILLICITES

## I. Consommation d'alcool

Dans les cinq ZUS étudiées en 2003, 44,4 % des personnes interrogées déclarent boire des boissons alcoolisées. C'est notablement moins que dans l'ensemble de la population francilienne (où l'on compte 75 % de buveurs<sup>57</sup>). Les hommes sont plus nombreux à boire de l'alcool que les femmes (55 % contre 36 %,  $p < 0,0001$ ) et les Français plus nombreux que les étrangers (49 % contre 33 %,  $p < 0,001$ ). Cette fréquence augmente par ailleurs avec l'âge, passant de 25 % parmi les 18-24 ans à 55 % chez les 55-74 ans ( $p < 0,0001$ ).

Parmi les buveurs, 7,7 % peuvent être considérés comme des « consommateurs excessifs »<sup>58</sup>, soit 3,4 % de l'échantillon total. En analyse multivariée, sur l'ensemble des enquêtés, le risque d'être buveur excessif est plus élevé chez les hommes (OR=5,4,  $p < 0,01$ ), chez les moins de 25 ans (OR par rapport aux plus de 55 ans = 5,4 : la différence n'est pas significative mais les effectifs sont faibles) et chez les 35-54 ans (OR par rapport aux plus de 55 ans = 3,7). La prévalence de « buveurs excessifs » chez les hommes est donc comparable – mais un peu supérieure – à celle retrouvée au « risque de dépendance » en population masculine générale (13,3 % selon le Baromètre santé) ; chez les femmes en revanche, elle est plus faible dans notre population que pour l'ensemble des femmes en France.

Les plus jeunes (moins de 25 ans) de l'échantillon semblent donc bien être dans une situation spécifique vis-à-vis de l'alcool : les buveurs y sont moins fréquents mais, quand ils boivent, ils le font de façon plus souvent excessive. Ils ont alors trois fois plus souvent ressenti le besoin de diminuer leur consommation ( $p = 0,01$ ) et 2,5 fois plus souvent ressenti de la culpabilité ( $p = 0,05$ ) que leurs aînés.

## II. Consommation de tabac

Toujours dans les cinq ZUS, un tiers des personnes interrogées (35,3 %) fument ou ont fumé régulièrement plus de cinq cigarettes par jour pendant au moins six mois (et 71 % d'entre eux fument toujours actuellement). Comme c'est le cas en population générale, ce pourcentage est plus faible chez les femmes (27 % contre 46 % des hommes,  $p < 0,0001$ ), les étrangers (23 % contre 40 % des Français,  $p < 0,001$ ) et les moins de 25 ans (25 % contre 35 à 43 % des plus de 25 ans, selon les classes d'âge,  $p = 0,01$ ). Même si les questions posées ne sont pas exactement similaires<sup>59</sup>, on notera que d'après l'enquête Santé de 2002, un quart des Franciliens fument quotidiennement.

57 - Collectif, *Regards sur la santé des Franciliens*, Saint-Quentin-en-Yvelines, Insee Ile-de-France, 2007, 51 pages.

58 - Sont considérées comme « buveurs excessifs » les personnes dont le score au Cage (outil de quatre questions utilisé dans différentes enquêtes) est égal ou supérieur à 2.

59 - L'enquête Santé de l'Insee recense les personnes qui fument au moins une cigarette par jour, tandis que le questionnaire SIRS pose une question plus ouverte : « Fumez-vous actuellement ? ». Cf. C. Debout, L. Fauvet, « Prévention : les Franciliens attentifs à leur santé », *Insee Ile-de-France à la page*, n°254, septembre 2005.

### **Près de la moitié des hommes nés de parents étrangers sont concernés par le tabagisme**

En 2003, dans les quartiers relevant de la politique de la ville du XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris, on retrouve les mêmes tendances générales. Dans l'ensemble, les étrangers sont moins fréquemment fumeurs que les Français : 25,1 % fument, contre 37,1 % des Français ( $p=0,002$ ). Cette différence est encore plus marquée chez les femmes, puisque seules 12,6 % des femmes étrangères sont fumeuses contre 33,7 % des Françaises ( $p<0,001$ ). Chez les hommes, les Français sont toujours plus souvent fumeurs mais les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Des différences de comportement se constatent également en fonction de l'origine géographique, mais différent selon le sexe. Ainsi, les femmes françaises « issues de l'immigration » (ayant un ou deux parents de nationalité étrangère) sont moins souvent fumeuses que les Françaises dont les deux parents sont Français (respectivement 23,1 % et 37,3 % de fumeuses,  $p<0,001$ ). En revanche, ce sont les hommes issus de l'immigration qui comptent le plus de fumeurs, et ce dans une proportion importante : 45,2 % d'entre eux fument, contre 40,7 % parmi les Français dont les deux parents sont Français, et 36,8 % parmi les étrangers.

## **III. Consommation de drogues illicites**

Selon les quartiers enquêtés, entre 14 % et 33 % des personnes interrogées ont déclaré avoir fumé au moins trois fois du cannabis dans leur vie. Cette expérimentation du cannabis est plus fréquente parmi les hommes que les femmes et parmi les Français que les étrangers. La distribution par âge et sexe est comparable avec celle observée en population générale par le Baromètre santé (dont l'enquête se fait par téléphone), même si les fréquences sont globalement plus faibles chez les hommes et plus fortes chez les femmes interrogées dans l'enquête SIRS. Le biais de déclaration n'est pas mesurable, ni comparable entre les deux sources de données : certains auteurs considèrent que l'enquête téléphonique anonyme (comme celle du Baromètre santé) diminue le risque de sous-déclaration quand d'autres estiment que la situation d'entretiens longs en face-à-face (comme dans nos enquêtes) installe un climat de confiance propice à la confiance...

Parmi les différents quartiers étudiés, c'est dans les deux enquêtés en 2003 que l'expérimentation du cannabis est la plus fréquente. Dans ces deux quartiers, elle est toujours plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, dans les tranches d'âge 25-34 ans (où elle concerne la moitié des personnes interrogées) et chez les 35-44 ans (38,9 %), ainsi que parmi les Français (37,7 % contre 14,2 % pour les étrangers,  $p<0,001$ ).

Contrairement à certains préjugés, cette expérience augmente aussi considérablement avec le niveau scolaire et le niveau de diplôme (de 2,6 % pour les personnes n'ayant pas dépassé l'école primaire, jusqu'à 44,1 % parmi celles ayant suivi un enseignement supérieur,  $p<0,001$ ).

**EXPÉRIMENTATION DU CANNABIS SELON L'ÂGE ET LE SEXE  
DANS LES QPDV PARISIENS (EN %)**

	18-24 ans n=138	25-34 ans n=234	35-44 ans n=193	45-59 ans n=193	60 ans ou plus n=131	Total n=889	P
Hommes	36,0	61,2	50,0	32,0	3,8	42,0	
Femmes	31,8	38,4	28,4	20,5	2,5	25,3	
Ensemble	34,1	50,4	38,9	24,9	3,8	33,0	

Source : enquête SIRS Paris 2003.

D'autre part, entre 4,5 % et 9,8 % des enquêtés – selon les quartiers – rapportent avoir consommé d'autres drogues que le cannabis par injection, fumée, voie orale ou sniff. Cette proportion est, comme pour le cannabis, plus élevée dans les deux quartiers parisiens que dans les ZUS de banlieue enquêtées. Dans ces deux quartiers, 1,3 % des personnes déclarent en consommer encore et le fait d'avoir pris de tels produits (dans le passé et/ou actuellement) se rencontre plus souvent chez les hommes que chez les femmes (respectivement 14,9 % et 5,8 %,  $p < 0,001$ ) ; et près de six fois plus souvent chez les Français que chez les étrangers (15,5 % contre 2,7 %,  $p < 0,001$ ). Comme pour le cannabis, il est d'autant plus fréquent que le niveau de diplôme est élevé.

## LE RECOURS AUX SOINS

### I. Soutien social, sentiment de solitude et recours aux soins dans les deux QPDV parisiens

L'enquête SIRS 2003 sur le XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris a permis d'explorer plus avant les liens entre le soutien social et le recours aux soins. Deux hypothèses peuvent a priori être avancées, dont les conséquences se traduiraient par des tendances opposées. D'une part, une forte insertion dans des réseaux de sociabilité pourrait permettre un échange d'information, de conseils, une mise en relation avec des professionnels ou encore des arrangements pratiques pour accroître l'accessibilité des soins... et faciliterait ainsi le recours aux soins. Mais d'autre part, au contraire, lorsque le réseau social est faible ou inexistant, le recours au médecin constitue une alternative à la sociabilité et au soutien moral que d'autres trouvent parmi leurs proches ; on serait alors face à un effet de compensation.

Nous avons ainsi étudié le recours aux soins des personnes selon la force de leur réseau de soutien social potentiel et selon leur sentiment d'isolement. En analyse univariée, on ne relève aucun résultat significatif. Par contre, lorsqu'on ajuste l'analyse sur des variables influençant, par ailleurs, le recours aux soins comme le nombre de maladies déclarées, le sexe, l'âge, l'existence et le type de couverture maladie, plusieurs éléments intéressants apparaissent.

#### **Un plus faible recours aux soins chez les personnes disposant d'un faible réseau d'aide privée potentielle**

En croisant les réponses aux diverses questions portant sur la possibilité d'être aidé, dans différents domaines, par la famille, les amis, les voisins ou les collègues, nous aboutissons à un indicateur d'aide potentielle entre proches qui comprend trois modalités : support potentiel fort, moyen ou faible.

Pour notre analyse de l'effet du support social sur le recours aux soins au cours des douze derniers mois<sup>60</sup>, nous avons inclus dans notre modèle logistique, en plus des différentes variables citées plus haut, cette variable de réseau d'aide privée potentielle répartie en trois classes (faible, moyen, fort). Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Ce modèle nous apprend plusieurs choses. Dans notre population d'étude, comme cela est classiquement décrit dans l'ensemble de la population française<sup>61</sup>, la probabilité de n'avoir pas consulté de médecin dans l'année est plus élevée pour les hommes que pour les femmes, pour les personnes sans couverture du risque maladie, et pour les personnes ne souffrant pas de maladies chroniques. La probabilité de recourir aux soins est, en revanche, supérieure quand les personnes ont une assurance complémentaire ou une prise en charge « assistancielle » du tiers payant.

60 - Le recours aux soins au cours des douze derniers mois est repéré par la question « Avez-vous consulté un médecin, en ville ou à l'hôpital au cours de l'année écoulée ? ». Plusieurs motifs sont présentés (maladie, suivi, bilan, etc.). Le recours aux soins a été analysé tous motifs confondus.

61 - L. Auvray et al., *Santé, soins et protection sociale en 2000*, CREDES, Biblio n°1364, 2001.

**CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIÉES AU RECOURS AUX SOINS  
AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS (MODÈLE LOGISTIQUE)**

		OR	IC 95,0 %	
Sexe	Homme	Réf.		
	Femme	0,63	0,45	0,90
Âge	60 ans et plus	Réf.		
	18-24 ans	0,93	0,46	1,91
	25-34 ans	0,81	0,43	1,53
	35-44 ans	1,17	0,60	2,26
	45-59 ans	0,83	0,44	1,57
Couverture maladie	Sécurité sociale seule	Réf.		
	Sécurité sociale + complémentaire	1,95	1,31	2,92
	CMU ou AME	3,01	1,52	5,99
	Aucune	0,17	0,04	0,81
Nombre de maladies chroniques déclarées	Aucune	Réf.		
	Une maladie	2,48	1,60	3,84
	Deux maladies ou plus	5,85	3,40	10,08
Réseau d'aide privée potentielle	Support potentiel fort	Réf.		
	Support potentiel moyen	0,62	0,40	0,96
	Support potentiel faible	0,47	0,30	0,75

Source : enquête SIRS Paris 2003.

Dans ce dernier cas – c'est-à-dire celui des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'État (AME), des études ont montré qu'il ne s'agissait pas tant d'un « effet d'aubaine » lié à la gratuité des soins que des effets conjugués de besoins de santé supérieurs liés à un état de santé dégradé, et d'un rattrapage de soins préalablement reportés pour raisons financières<sup>62</sup>.

Ainsi, en ajustant sur l'ensemble des caractéristiques connues pour influencer sur le recours aux soins, nous observons que le risque de n'avoir pas consulté au cours de l'année écoulée est, pour les personnes ne disposant que d'un faible réseau d'aide, plus de deux fois supérieur à ce qu'on observe pour celles qui ont un fort support potentiel (le risque estimé pour les personnes disposant d'un support potentiel moyen se situant entre les deux). À notre connaissance, une telle observation n'a jamais été démontrée statistiquement en France dans des enquêtes conduites en population générale.

### **Isolement et recours aux urgences médicales**

Dans l'étude du lien entre soutien social et recours aux soins, nous avons aussi observé le recours aux urgences dans l'année écoulée. Le recours aux urgences ne se cantonne pas – toutes

62 - M. Grignon, M. Perronnin, « Impact de la Couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé*, n°74, 2003.

les données d'activité des services d'urgence le montrent – aux urgences vitales, ni même aux urgences effectivement perçues comme telles par les personnes (qu'elles correspondent ou non à une urgence médicale telle que définie par les professionnels de santé). Pour tous les autres motifs de recours, le choix de s'adresser aux urgences plutôt qu'à un autre type de structure peut être révélateur de comportements socialement déterminés vis-à-vis de la santé. Notre hypothèse était que le recours aux urgences, moyennant le contrôle de quelques variables comme les maladies déclarées, l'âge, la couverture maladie, etc., serait plus fréquent chez les personnes isolées socialement et bénéficiant d'un faible soutien social que chez les personnes plus entourées.

Le modèle présenté ici est très proche du précédent. La variable dépendante est le recours aux urgences dans les douze derniers mois, et la variable explicative est le sentiment d'isolement en deux modalités : se sent seul (plutôt ou très), se sent entouré (plutôt ou très).

On observe qu'à âge, sexe, couverture maladie et nombre de maladies chroniques déclarées identiques, les personnes se sentant seules ont recouru aux urgences 1,5 fois plus fréquemment au cours des douze derniers mois que les personnes se déclarant entourées. Cette première analyse ne nous permet pas de conclure sur les causes d'un tel comportement ; l'hypothèse d'un plus grand désarroi face à l'incident de santé (ou à l'offre médicale) peut être évoquée, en lien éventuellement avec une plus faible opportunité de contacts et de conseils en matière de santé et de recours aux soins par un entourage plus restreint, voire absent.

**CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIÉES AU RECOURS AUX URGENCES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS (AJUSTÉES SUR L'ÂGE, LE SEXE ET LA COUVERTURE MALADIE)**

		OR	IC 95,0%	
<b>Nombre de maladies déclarées</b>	Aucune	Réf.		
	Une maladie ou plus	2,85	1,90	4,28
<b>Sentiment d'isolement</b>	Entouré	Réf.		
	Seul	1,53	1,02	2,30

Source : enquête SIRS Paris 2003.

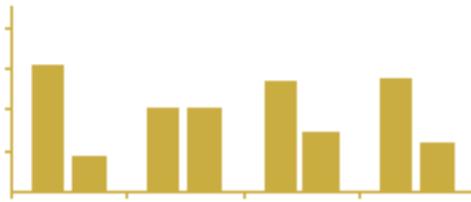
## II. Le recours aux soins pour les enfants

Dans la mesure où les comportements médicaux peuvent différer lorsqu'il s'agit de sa propre santé ou de celle de ses enfants, il nous a paru intéressant d'interroger le recours aux soins pédiatriques. Les questions sur ce thème n'ont été posées que dans l'enquête « cinq ZUS » de 2001, aux personnes vivant avec au moins un enfant de moins de 12 ans et qui ont dit participer à leurs soins.

C'est le cas de 86 % des personnes interrogées. Ce sont plus fréquemment les femmes que les hommes (90,9 % contre 79,1 %,  $p < 0,01$ ), les étrangers que les Français (93,9 % contre 81,3 %,  $p < 0,01$ ) et les plus de 25 ans (95,0 % contre 54,1 % des 18-25 ans,  $p < 0,0001$ ). Pour 61,0 % de ces

personnes, les enfants de moins de 12 ans qui vivent avec eux sont suivis par un généraliste, 36,9 % par un pédiatre et 2,2 % par un autre spécialiste – sans différence significative selon le sexe ou la nationalité de l'adulte interrogé. Ce médecin est consulté pour 77,9 % d'entre eux dans un cabinet libéral, pour 5,0 % à l'hôpital et pour 17,1 % dans un dispensaire, un centre de santé publique ou une PMI. Notons que seuls 3,8 % des enquêtés qui s'occupent des enfants de moins de 12 ans vivant dans leur ménage ne les font pas suivre régulièrement par un médecin. Les raisons principales évoquées sont la bonne santé des enfants, le manque de temps, le fait qu'ils soignent tout seul les enfants et/ou le manque d'argent (les effectifs sont faibles : neuf individus au total).

#### TYPE DE RECOURS AUX SOINS POUR LES ENFANTS SELC



■ Généraliste (p=0,05) ■ Pédiatre (p<10-4)

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

### III. Le renoncement aux soins pour raisons financières

Nous avons particulièrement étudié la question du renoncement aux soins pour raisons financières. Cette question, en effet, nous semble emblématique de certains liens entre inégalités, ruptures sociales et santé – et, plus généralement, entre conditions de vie, événements biographiques, caractéristiques psychosociales et comportements et attitudes de santé<sup>63</sup>. Les études successives de l'IRDES nous indiquent qu'en France, malgré un droit aux soins théoriquement acquis (en particulier depuis la mise en place de la Couverture maladie universelle) et la multiplication des dispositifs de soins gratuits (centres de santé municipaux, permanences d'accès aux soins de santé hospitalières, dispensaires associatifs, etc.), une proportion importante de la population (autour de 15 %) renonce chaque année à des soins pour raisons financières. Or ce renoncement ne concerne pas seulement des soins mal pris en charge par l'Assurance maladie tels que les soins dentaires. Dans ce contexte, notre hypothèse de départ était que par-delà le revenu du ménage (étudié par ces enquêtes de l'IRDES), d'autres caractéristiques interviennent dans le renoncement et qu'elles sont susceptibles de définir des gradients d'inégalités de recours aux soins dans une population globalement peu favorisée comme celle des territoires relevant de la politique de la ville.

63 - F. Bazin, P. Chauvin, I. Parizo, « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001 », *Sciences Sociales et Santé* 2006 ; 24: 11-31.

**RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES AU COURS DE LA VIE (en %)**

		Oui	Non	p
Sexe	Homme	25,4	74,6	NS
	Femme	27,8	72,2	
Âge	18-24 ans	18,2	81,8	0,01
	25-34 ans	28,1	71,9	
	35-44 ans	28,4	71,6	
	45-59 ans	30,8	69,2	
	60-74 ans	24,9	75,1	
Origine	Français de parents français	29,9	70,1	0,006
	Français de parent(s) étranger(s)	20,1	79,9	
	Étranger	25,3	74,7	
Niveau scolaire	Aucun ou primaire	26,1	73,9	0,05
	Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	23,7	76,3	
	Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	33,6	66,4	
	Supérieur	25,2	74,8	
Situation professionnelle	Actif occupé	25,5	74,5	0,01
	Chômeur	41,6	58,5	
	Retraité	20,3	79,7	
	Autre inactif	22,6	77,4	
Quartier	Belleville-Amandiers	32,6	67,4	<0,001
	Saint-Blaise-Porte de Montreuil	36,0	64,0	
	Aulnay-sous-Bois	8,2	91,8	
	Les Mureaux	13,9	86,1	
	Grigny 2	11,5	88,5	
	Cergy Saint-Christophe	17,0	83,0	
<b>Total</b>		<b>26,6</b>	<b>73,4</b>	<b>&lt;0,001</b>

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

Globalement, sur les quatre ZUS de banlieue et les deux quartiers parisiens étudiés, 26,6 % des enquêtés affirment avoir renoncé au cours de leur vie à des soins de santé pour des raisons financières. L'âge est un facteur associé à ce renoncement aux soins ( $p=0,01$ ). En effet, les personnes âgées de 25 à 59 ans sont plus souvent dans ce cas (30 % environ), que les 60-74 ans et les 18-24 ans (respectivement dans 24,9 % et 18,2 % des cas). Par ailleurs, le fait de renoncer aux soins diffère selon la nationalité des enquêtés ( $p=0,006$ ) : les Français ayant leurs deux parents français rapportent plus souvent un tel renoncement (29,9 %) que les étrangers (25,3 %) ou les Français de parent(s) étranger(s) (20,1 %). D'autre part, la proportion de personnes ayant renoncé à des soins de santé est plus importante parmi celles qui ont un niveau d'éducation secondaire de deuxième cycle (33,6 %,  $p=0,05$ ), et parmi les chômeurs (41,6 %,  $p<0,001$ ).

Enfin, la distribution du renoncement aux soins est significativement différente selon le quartier d'appartenance ( $p<0,001$ ). Mais il est difficile de statuer sur ces différences dans la mesure où la question n'a pas été posée exactement de la même manière en 2001 et 2003.

Afin d'affiner l'analyse du renoncement aux soins pour raisons financières, au-delà des seules caractéristiques socio-économiques, nous avons mené des analyses par régression logistique intégrant des variables d'attitudes et de représentations, des variables sur l'insertion sociale ainsi que sur les caractéristiques psychosociales des individus. Ces analyses ont été menées séparément pour les quartiers parisiens d'une part et pour les cinq ZUS franciliennes d'autre part.

### Analyse multivariée dans les deux QPDV parisiens

Après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau de revenus, le nombre de maladies chroniques déclarées, la nationalité et la couverture maladie (toutes variables connues, en population générale, pour être associées à la déclaration d'un tel renoncement), nous observons, en analyse multivariée, que d'autres caractéristiques individuelles sont associées statistiquement à un tel renoncement : d'une part, des besoins de santé effectivement non pris en charge (problèmes dentaires et problèmes de vue) ; d'autre part, des caractéristiques socio-économiques de l'ordre du ressenti subjectif (ainsi, après avoir ajusté sur le niveau « objectif » de revenus, les difficultés financières ressenties sont associées à un tel renoncement) ; mais aussi des événements biographiques, certaines attitudes, représentations et expériences de santé, et le sentiment d'isolement.

### FACTEURS ASSOCIÉS AU RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES DANS LES DEUX QPDV PARISIENS (en %)

	OR*	IC 95,0%	
<b>Dents en mauvais état, à soigner ou à remplacer</b> (réf. aucune)	4,11	2,84	5,95
<b>Problèmes de vue</b> (réf. pas de problème)	1,64	1,07	2,51
<b>Actuellement pour le foyer, financièrement</b> (réf. est à l'aise)			
Ça va	1,51	0,69	3,32
C'est juste	2,96	1,37	6,39
Y arrive difficilement	6,42	2,68	15,36
<b>Victime de violences physiques ou sexuelles depuis l'âge de 18 ans</b> (oui contre non)	2,55	1,19	5,46
<b>Enfance heureuse</b> (non contre oui)	1,86	1,10	3,13
<b>Pense que dans cinq ans sa santé sera dégradée</b> (oui contre non)	2,15	1,39	3,34
<b>Pense que les médicaments soignent mais provoquent d'autres troubles</b> (oui contre non)	1,60	1,11	2,31
<b>Pense qu'il faut absolument de l'argent pour être en bonne santé</b> (oui contre non)	1,64	1,12	2,41
<b>A été victime (ego ou son entourage) d'une erreur médicale</b> (oui contre non)	2,04	1,34	3,08
<b>Isolement</b> (réf. se sent très entouré)			
Se sent plutôt entouré	1,78	1,12	2,83
Se sent plutôt seul	2,00	1,12	3,56
Se sent très seul	3,20	1,26	8,12

\* ajusté sur l'âge, le sexe, le niveau de revenus, le nombre de maladies chroniques déclarées, la nationalité et la couverture maladie.

Source : enquête SIRS Paris 2003.

### Analyse multivariée dans les cinq ZUS

Après ajustement sur l'âge, le sexe et la nationalité, les variables suivantes restent associées avec le renoncement aux soins pour raisons financières :

- la catégorie socioprofessionnelle des parents – avec la situation particulière des enfants d'artisans, commerçants ou exploitants agricoles qui déclarent dix fois moins souvent un tel renoncement ;
- la situation professionnelle : les chômeurs déclarant 3,7 fois plus souvent un tel renoncement que les personnes bénéficiant d'un emploi stable (CDI) ;
- la trajectoire professionnelle : la catégorie « autre » (constituée essentiellement dans notre population de personnes en cours de formation, mais aussi de personnes n'ayant jamais travaillé : femmes au foyer, par exemple) ayant 3,4 fois plus souvent renoncé à des soins pour raisons financières que ceux ayant eu continuellement un emploi stable ;
- le mode d'hébergement : les (jeunes) adultes hébergés par leurs parents déclarant moins souvent un tel renoncement ;
- les situations d'isolement, les expériences de discrimination au travail, l'existence de ruptures dans la jeunesse ou à l'âge adulte et l'insatisfaction vis-à-vis des études poursuivies ou effectuées sont très fortement associées à de tels renoncements (avec des forces d'association, ou odds ratio, comprises entre 2 et 6) ; enfin, le degré d'acceptation de la maladie (*sickness orientation*) est elle aussi corrélée à la déclaration d'un renoncement aux soins pour raisons financières : les personnes ne supportant pas (du tout) être malades déclarent plus souvent avoir renoncé aux soins. Cette attitude vis-à-vis de la maladie, jamais interrogée dans les enquêtes de consommation, semble donc intéressante à prendre en compte quand de tels renoncements (déclaratifs et ressentis) sont étudiés.

### FACTEURS ASSOCIÉS AU RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES DANS LES CINQ ZUS ENQUÊTÉES EN 2001

		OR	IC 95,0%	
Sexe	Homme	Réf.		
	Femme	0,65	0,33	1,26
Âge	18-24 ans	Réf.		
	25-34 ans	0,43	0,16	1,15
	35-44 ans	0,63	0,22	1,78
	45-59 ans	0,54	0,17	1,70
	60-73 ans	1,83	0,42	7,95
PCS des parents	Haute	Réf.		
	Moyenne	1,95	0,58	6,52
	Basse	1,18	0,36	3,88
	Agriculteur, artisan, commerçant	0,1	0,02	0,51
	Autre	1,95	0,25	15,33
Situation professionnelle	CDI	Réf.		
	CDD	1,73	0,55	5,38
	Chômeur	3,69	1,33	10,22
	Étudiant	0,29	0,05	1,73
	Autre	0,91	0,33	2,50



<b>Trajectoire professionnelle</b>	Emploi stable et continu	Réf.		
	Précarisation	0,98	0,29	3,37
	« Dé-précarisation »	0,51	0,15	1,72
	Trajectoire chaotique	0,32	0,08	1,24
	Jamais d'emploi stable	1,68	0,65	4,35
	Autre	3,37	1,00	12,76
<b>Habitat</b>	Propriétaire	Réf.		
	Locataire	1,00	0,43	2,29
	Hébergé ou autre	0,15	0,04	0,60
<b>Satisfaction vis-à-vis des études</b>	Satisfait	Réf.		
	Non satisfait	2,94	1,45	5,94
	Non concerné	0,62	0,12	3,29
<b>Isolement</b>	Très isolé	Réf.		
	Moyennement isolé	0,52	0,22	1,25
	Pas isolé	0,22	0,08	0,58
<b>Rupture sociale dans la jeunesse</b>	Oui	Réf.		
	Non	5,99	2,50	14,33
<b>Rupture sociale à l'âge adulte</b>	Oui	Réf.		
	Non	3,09	1,39	6,88
<b>Racisme ou discrimination dans la vie professionnelle</b>	Oui	Réf.		
	Non	2,58	1,29	5,17
<b>« Je ne supporte pas d'être malade, même quand ce n'est pas grave »</b>	Vrai	Réf.		
	Assez vrai	0,37	0,17	0,81
	Faux	0,55	0,25	1,17

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

#### IV. Le dépistage du VIH-sida

Plus de la moitié des enquêtés (52 %) ont déjà effectué un test de dépistage du VIH. De nouveau, les enquêtés de nationalité française, dont les deux parents sont de nationalité française, sont plus souvent dépistés (57,9 %) que les Français dont un parent est étranger ou que les étrangers ( $p < 0,001$ ). Les personnes âgées de 25 à 44 ans ont également plus souvent effectué un test VIH, de même que les actifs et chômeurs par rapport aux retraités et autres inactifs.

En comparant nos données avec celles de l'étude réalisée par Ensemble contre le sida en 1998, auprès d'un panel téléphonique représentatif de la population générale<sup>64</sup>, on constate que les distributions de fréquence de recours au test par classes d'âges sont semblables. Mais dans les quartiers de notre enquête, les personnes âgées de moins de 35 ans déclarent moins souvent qu'au niveau national avoir déjà effectué un test de dépistage VIH-sida.

Les individus ayant un niveau d'éducation secondaire (deuxième cycle) ou supérieur ont significativement plus souvent effectué un dépistage que ceux ayant un niveau d'éducation plus faible.

64 - Ensemble contre le sida, « Sida, l'opinion des Français », *La lettre d'ECS*, n°12, 1998, pp. 4-6.

Enfin, les quartiers où la proportion de personnes ayant déjà été dépistées est la plus importante sont les deux quartiers parisiens de l'enquête SIRS 2003 (52,9 % et 59,4 %), tandis que la proportion la plus faible est observée dans la ZUS des Mureaux, où seulement 27,3 % des enquêtés sont concernés.

Cela reste le cas en analyse multivariée, c'est-à-dire après ajustement sur les différents facteurs individuels. Il existe ainsi un « effet quartier » associé au fait d'avoir ou non déjà effectué un dépistage du VIH. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'avoir eu recours à ce test de dépistage est moins importante pour un individu vivant à Aulnay-sous-Bois, aux Mureaux et à Cergy Saint-Christophe (OR compris entre 0,31 et 0,57,  $p < 0,001$ ) que dans les autres quartiers.

#### FRÉQUENCE DU RECOURS À UN TEST DE DÉPISTAGE VIH (VIE ENTIÈRE)

		% Oui	% Non	p
Sexe	Homme	50,1	49,9	NS
	Femme	53,9	46,1	
Âge	18-24 ans	39,4	60,6	<0,001
	25-34 ans	65,8	34,2	
	35-44 ans	62,9	37,1	
	45-59 ans	46,2	53,8	
	60-74 ans	31,1	68,9	
Origine	Français de parents français	57,9	42,1	<0,001
	Français de parent(s) étranger(s)	46,8	53,2	
	Étranger	44,2	55,8	
Niveau scolaire	Aucun ou primaire	31,3	68,7	<0,001
	Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	46,2	53,8	
	Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	54,0	46,0	
	Supérieur	59,9	40,1	
Situation professionnelle	Actif occupé	58,3	41,7	<0,001
	Chômeur	56,7	43,3	
	Retraité	20,9	79,1	
	Autre inactif	42,8	57,2	
Quartier	Belleville-Amandiers	59,4	40,6	<0,001
	Saint-Blaise-Porte de Montreuil	52,9	47,1	
	Aulnay-sous-Bois	42,9	57,1	
	Les Mureaux	27,3	72,7	
	Grigny 2	46,8	53,2	
	Cergy Saint-Christophe	49,4	50,6	
<b>Total</b>		<b>52,0</b>	<b>48,0</b>	

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

Ajustée sur l'ensemble des variables, la probabilité d'avoir déjà fait un dépistage du VIH est significativement plus importante chez les femmes (OR = 1,37) et chez les personnes âgées de 25-34 ans ou de 35-44 ans (OR respectivement de 2,79 et 2,46). Il est possible d'envisager que les femmes, de manière générale, sont plus régulièrement suivies en matière de santé et ont davantage que les hommes l'occasion de bénéficier de dépistages systématiques. Concernant les différentes classes d'âge, les personnes les plus âgées se sentiraient peut-être moins concernées par le sida, à l'instar des retraités ; pour les plus jeunes qui n'ont jamais fait de dépistage, il serait intéressant de savoir s'il s'agit ou non d'un manque d'information et de prise de conscience concernant les risques de cette maladie. Enfin, les personnes d'origine étrangère ainsi que les personnes ayant un faible niveau d'éducation ont une probabilité moindre d'avoir déjà effectué ce dépistage.

#### RECOURS À UN TEST DE DÉPISTAGE VIH (VIE ENTIÈRE) : ANALYSE MULTIVARIÉE

		OR	IC 95,0%		p
Sexe	Homme	Réf.			0,01
	Femme	1,37	1,08	1,75	
Âge	18-24 ans	Réf.			<0,001
	25-34 ans	2,79	1,92	4,06	
	35-44 ans	2,46	1,67	3,65	
	45-59 ans	1,46	0,98	2,16	
	60-74 ans	2,04	0,97	4,22	
Origine	Français de parents français	Réf.			0,02
	Français de parent(s) étranger(s)	0,75	0,55	1,02	
	Étranger	0,66	0,49	0,91	
Niveau scolaire	Supérieur	Réf.			0,02
	Aucun ou primaire	0,55	0,36	0,86	
	Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	0,73	0,52	1,03	
	Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	1,02	0,76	1,38	
Situation professionnelle	Actif occupé	Réf.			<0,001
	Chômeur	1,08	0,76	1,55	
	Retraité	0,24	0,12	0,50	
	Autre inactif	0,74	0,54	1,02	
Quartier	Belleville	Réf.			<0,001
	Saint-Blaise	0,73	0,54	1,00	
	Aulnay-sous-Bois	0,57	0,36	0,89	
	Les Mureaux	0,31	0,19	0,51	
	Grigny 2	0,66	0,43	1,01	
	Cergy Saint-Christophe	0,54	0,34	0,85	

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

## LA SANTÉ DENTAIRE

Le recours aux soins de dentisterie est, en France<sup>65</sup> comme dans la plupart des pays européens<sup>66</sup>, un excellent marqueur des inégalités sociales de santé. Ces inégalités peuvent relever d'obstacles d'ordre financier vis-à-vis de soins mal pris en charge par l'Assurance maladie, ou d'autres types de raisons – en particulier des facteurs psychosociaux – susceptibles de laisser les personnes « à distance » des soins dentaires.

Dans l'ensemble des quartiers étudiés en 2001 et 2003, la moitié des enquêtés ont toutes leurs dents intactes (50,3 %) et près du tiers a eu certaines dents soignées ou remplacées (28,9 %). L'ensemble des distributions de l'état de santé dentaire selon le sexe, l'âge, l'origine, le niveau scolaire, la situation professionnelle et le quartier d'appartenance sont significativement différentes.

Par exemple, la proportion de personnes ayant encore toutes leurs dents est la plus importante chez les 18-24 ans (61,5 %), mais également chez les Français de parents français (54,1 %) chez les personnes ayant un niveau d'étude supérieur (56,6 %). À l'inverse, cette proportion est bien sûr la plus faible chez les 60-74 ans (40,8 %), mais aussi chez les étrangers (43,7 %), les personnes ayant un niveau d'étude secondaire de premier cycle (36,2 %) et les résidents du quartier Saint-Blaise (42,8 %).

### SANTÉ DENTAIRE

	Toutes les dents intactes	Toutes les dents, dont certaines ont été traitées ou remplacées	Perdu une partie des dents	Perdu toutes ou presque toutes les dents	p
<b>Sexe</b>					<0,001
Homme	49,9	26,4	18,5	5,2	
Femme	50,7	31,3	16,6	1,4	
<b>Âge</b>					<0,001
18-24 ans	61,5	32,1	5,9	0,5	
25-34 ans	48,4	37,6	13,8	0,2	
35-44 ans	53,5	24,4	20,6	1,5	
45-59 ans	44,8	28,2	21,2	5,8	
60-74 ans	40,8	11,6	33,5	14,1	
<b>Origine</b>					<0,001
Français de parents français	54,1	25,3	17,6	3,0	
Français de parent(s) étranger(s)	48,6	29,5	20,1	1,8	
Étranger	43,7	36,2	14,8	5,3	
<b>Niveau scolaire</b>					<0,001
Aucun ou primaire	38,8	20,8	28,7	11,7	
Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	36,2	32,0	25,8	6,0	
Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	55,3	29,8	13,3	1,6	
Supérieur	56,6	29,5	13,4	0,5	

65 - A. Beynet, G. Menahem, *Problèmes dentaires et précarité*, Paris, CREDES, 2002.

66 - P. Chauvin and the Europromed working group (ss la dir.), *Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*, Amsterdam, IOS Press, 2002.



Quartier					<0,001
Belleville-Amandiers	50,3	31,9	14,4	3,4	
Saint-Blaise-Porte de Montreuil	42,8	32,3	22,2	2,7	
Aulnay-sous-Bois	49,5	25,6	20,7	4,2	
Les Mureaux	45,5	29,2	21,3	4,0	
Grigny 2	59,9	14,8	20,4	4,9	
Cergy Saint-Christophe	65,9	21,9	11,4	0,8	
<b>Total</b>	<b>50,3</b>	<b>28,9</b>	<b>17,5</b>	<b>3,3</b>	

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

En 2003, dans les QPDV du XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris, près de la moitié de la population mentionnant avoir des dents à traiter n'a pas consulté de dentiste depuis plus d'un an. Les motifs de ce non-recours, tels qu'expliqués par les enquêtés eux-mêmes, figurent ci-dessous : une visite annuelle de contrôle (à titre préventif) chez le dentiste n'apparaît pas indispensable chez la moitié des non-consultants. Les trois autres raisons principalement citées sont en rapport avec la hiérarchie des préoccupations des individus, leur situation financière et leur réticence à consulter.

L'absence de besoin ressenti est citée particulièrement fréquemment par les plus jeunes (58 % des 18-24 ans) et les plus âgés (57,6 % des plus de 60 ans,  $p=0,01$ ), plus fréquemment aussi par les Français (51,6 %) que les étrangers (38,9 %,  $p=0,04$ ).

On soulignera que le motif « pas le temps, autres soucis » est cité plus fréquemment par les jeunes : respectivement par 32,5 % des 18-24 ans, 34,3 % des 25-34 ans, 28,0 % des 35-44 ans, 16,5 % des 45-59 ans et 8,9 % des plus de 60 ans ( $p<0,001$ ).

#### MOTIFS DE NON-RECOURS AUX SOINS DEPUIS PLUS D'UN AN

	%
<b>Pas besoin</b>	48,8
<b>Pas le temps, autres soucis</b>	25,0
<b>Raisons financières</b>	22,8
<b>N'aime pas y aller</b>	21,6
<b>Ne sait pas où s'adresser</b>	7,7
<b>Horaires des dentistes</b>	4,9
<b>Autre raison</b>	6,3

Source : enquête SIRS Paris 2003.

Les fréquences des autres motifs ne sont pas significativement différentes selon l'âge. La seule différence selon le sexe est, de nouveau, l'absence de besoin ressenti, un peu plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (citée par, respectivement, 54,7 % des hommes et 44,0 % des femmes,  $p=0,03$ ). On notera par ailleurs que les étrangers déclarent deux fois plus souvent ne pas savoir où s'adresser que les Français (respectivement 12,4 % et 6,4 %, la différence n'est pas significative car les effectifs sont faibles).

## LA SANTÉ MENTALE

### I. Les données de l'enquête « cinq ZUS » de 2001-2002

La santé mentale ressentie était interrogée de différentes façons dans notre questionnaire. En réponse à une liste de vingt maladies graves ou chroniques soumise aux enquêtés, 7,3 % des personnes signalent souffrir actuellement d'une dépression ou d'états dépressifs fréquents. Mais la proportion de personnes souffrant de troubles émotionnels est plus importante si l'on se réfère à des modes d'interrogation qui ne caractérisent pas ces troubles en tant que maladie grave ou chronique. Ainsi, un quart (27,2 %) des individus rapportent s'être sentis régulièrement tristes, cafardeux, et/ou déprimés au cours des deux dernières semaines : respectivement 23,8 % des Français et 35,4 % des étrangers ( $p < 0,01$ ). De plus, 17,3 % des personnes déclarent n'avoir plus goût à rien, ou avoir perdu l'intérêt pour les choses qui leur plaisaient habituellement (14,7 % des Français et 23,6 % des étrangers,  $p < 0,01$ ). Par ailleurs, plus d'une personne sur cinq (22,8 %) a un Mini-Diag positif - c'est-à-dire un ensemble de symptômes compatibles avec un diagnostic clinique de dépression (nous reviendrons sur ce point par la suite).

Cette prévalence est comparable à celle estimée, depuis, dans l'ensemble de la population francilienne par la direction régionale de l'Insee en Ile-de-France qui estime, à partir des données de l'enquête décennale Santé de 2002-2003 et par un autre outil d'interrogation, que 10 % des Franciliens souffrent d'une dépression légère et 11 % d'une forme majeure<sup>67</sup>.

Nous avons également étudié les réponses à la question du Coop Chart<sup>68</sup> : « Avez-vous été, au cours des deux dernières semaines, fortement touché(e) par des problèmes émotionnels au point de vous sentir anxieux(se), déprimé(e), irritable, abattu(e) ou triste ? ». Au total, 14 % des enquêtés sont concernés - les femmes plus fréquemment que les hommes (17,5 % contre 9,1 %,  $p < 0,01$ ). En analyse multivariée, après ajustement sur les différentes variables mentionnées dans le tableau ci-dessous, la probabilité d'avoir eu ce type de troubles émotionnels est 2,4 fois plus élevée pour les femmes que pour les hommes. Elle est également plus forte pour les Français de seconde génération et les étrangers que pour les Français nés de parents français. Il n'y a par contre pas de variation par âge, retenu comme simple variable d'ajustement dans le modèle.

Le risque d'un problème de santé mental (mesuré par l'item du Coop Chart) croît significativement avec le nombre de maladies chroniques déclarées. Il est également associé au niveau d'étude. Comparativement aux personnes ayant fait des études supérieures, celles qui n'ont pas dépassé le primaire répondent trois fois moins souvent de façon affirmative (sans qu'on puisse exclure un biais de compréhension de la question...), de même que les personnes en cours d'étude. La différence observée entre propriétaires et locataires (ces derniers étant moins concernés) n'a pas d'explication évidente et nécessite des analyses complémentaires.

67 - Collectif, *Regards sur la santé des Franciliens*, Saint-Quentin-en-Yvelines, Insee Ile-de-France, 2007, 51 pages.

68 - J. H. C. Scholten, C. Van Weel, *Functional Status Assessment in Family Practice : The Dartmouth COOP Functional health Assessment Charts/WONCA*, Lelystad, MEDITest, 1992.

Six variables sociales ou psychosociales apparaissent très corrélées au fait d'avoir été, au cours des deux dernières semaines, « fortement touché par des problèmes émotionnels au point de se sentir anxieux, déprimé, irritable, abattu ou triste » : les personnes répondent de deux à trois fois plus souvent par l'affirmative quand elles déclarent par ailleurs :

- l'existence de ruptures sociales dans l'enfance,
- l'existence actuelle ou passée de violences intrafamiliales,
- des expériences de racisme ou de discrimination dans la vie professionnelle,
- un faible sentiment de cohérence (*sense of coherence*),
- et/ou une plus grande préoccupation de sa santé que la plupart des gens.

**CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIÉES À DES TROUBLES ÉMOTIONNELS**

		OR	IC 95,0%	
Sexe	Homme	Réf.		
	Femme	2,38	1,39	4,08
Âge	18-24 ans	Réf.		
	25-34 ans	0,51	0,23	1,11
	35-44 ans	0,81	0,35	1,88
	45-59 ans	0,61	0,24	1,56
	60-73 ans	0,63	0,21	1,89
Origine/nationalité	Français nés de parents français	Réf.		
	Français nés de parent(s) étranger(s)	1,91	1,02	3,57
	Étranger	2,11	1,14	3,91
Nombre de maladies chroniques	par unité	1,29	1,09	1,52
Niveau scolaire	Supérieur	Réf.		
	Jamais d'école ou primaire	0,32	0,12	0,87
	Collège	0,65	0,29	1,46
	Lycée	0,88	0,43	1,78
	En cours d'étude	0,29	0,10	0,86
Occupation du logement	Propriétaire	Réf.		
	Locataire	0,39	0,21	0,73
	Hébergé ou autre	0,71	0,30	1,67
Violence dans la famille (actuelle ou passée)	Non	Réf.		
	Oui	2,23	1,07	4,66
Sentiment de cohérence	Oui, habituellement	Réf.		
	Parfois seulement ou non	2,93	1,47	5,87
Rupture sociale dans la jeunesse	Non	Réf.		
	Oui	2,09	1,21	3,61
Faible estime de soi	Oui	Réf.		
	Non	0,44	0,26	0,76
Racisme ou discrimination dans la vie professionnelle	Non	Réf.		
	Oui	1,80	1,05	3,06
« Je me préoccupe plus de ma santé que la plupart des gens »	Tout à fait ou assez vrai	Réf.		
	Plutôt faux	0,35	0,19	0,65
	Tout à fait faux	0,94	0,52	0,65

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001.

Nous avons déjà signalé que 22,8 % des enquêtés en 2001 ont un Mini-Diag positif – c'est-à-dire un ensemble de symptômes compatibles avec un diagnostic clinique de dépression. Les étrangers sont plus souvent touchés que les Français (29,1 % contre 20,2 %,  $p=0,02$ ), sans différence significative selon le sexe ni l'âge. Sur l'ensemble des individus concernés, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (58,1 % contre 39,5 %,  $p=0,02$ ) et les étrangers rapportent plus fréquemment avoir eu des idées noires ou suicidaires que les Français (37,6 % contre 20,8 %,  $p=0,02$ ).

Le ressenti de symptômes de dépression ne se traduit pas toujours par un recours médical. On constate en outre sur ce point des différences selon l'âge – les plus âgés ayant davantage tendance à en parler à un médecin (généraliste, psychiatre, autre spécialiste) ou à un psychologue que les plus jeunes : parmi les individus qui ont un Mini-Diag positif, 27,9 % des moins de 25 ans déclarent en avoir parlé à un médecin, contre 80,4 % des plus de 55 ans ( $p<0,001$ ). Par ailleurs, le médecin auquel ils se sont adressés est un médecin de ville pour 87,7 % des Français contre seulement 61,4 % des étrangers ( $p=0,02$ ) qui, eux, consultent plus souvent d'autres structures de soins (hôpital, centre de santé, association, etc.). Les raisons de n'avoir pas parlé de ce genre de symptômes à un médecin sont diverses et différentes selon le profil des individus. Par exemple, 71,6 % des Français déclarent que « ce n'est pas grave et cela passera tout seul », contre seulement 26,3 % des étrangers (les effectifs sont faibles mais la différence est significative :  $p<0,01$ ).

Au total, les étrangers expriment des troubles émotionnels et/ou une souffrance psychique plus fréquemment que les Français ; celle-ci apparaît en outre plus sévère et fait l'objet d'une demande de soins plus fréquente – mais, dans les faits, ne se traduit pas par une plus grande prise en charge.

Sur l'ensemble de la population interrogée dans les cinq ZUS, 11,8 % des individus déclarent prendre actuellement ou régulièrement des anxiolytiques, somnifères ou antidépresseurs. Comme dans la population générale, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer consommer ce type de médicaments : respectivement 15,1 % des femmes et 7,7 % des hommes ( $p=0,01$ ). La nationalité n'est pas discriminante, mais on constate une différence selon l'âge : un quart des plus de 55 ans (23,2 %) en consomment, contre 6 % environ des moins de 25 ans et des 25-35 ans, et 16,1 % des 35-55 ans ( $p<0,0001$ ).

## **II. Des données plus détaillées dans l'enquête des deux QPDV parisiens en 2003-2004<sup>69</sup>**

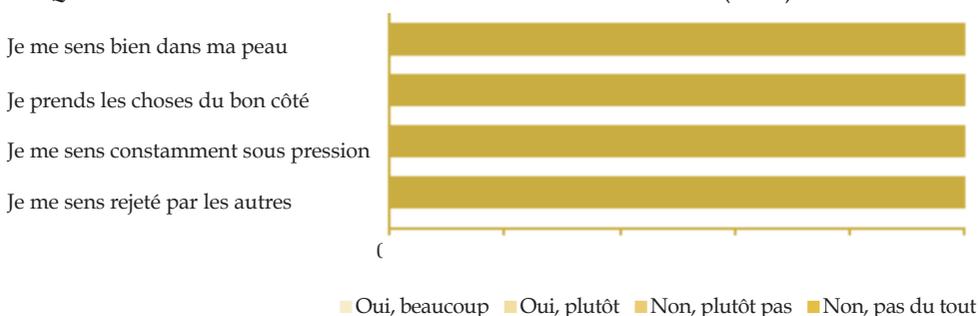
Au sein des quartiers parisiens enquêtés en 2003, près d'un quart des habitants renvoient une image particulièrement négative d'eux-mêmes, au travers de laquelle le mal-être est perceptible.

69 - Cette partie reprend certains résultats et analyses publiés par Sylvain Péchoux dans : S. Péchoux, « Perceptions de l'espace résidentielle et santé mentale. Images des lieux et images de soi dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville du XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris », in P. Chauvin, I. Parizot (ss la dir.), *Santé et expériences de soins, de l'individu à l'environnement social*, Paris, Éditions Inserm-Vuibert, 2005, pp. 222-258.

Ainsi, 22,0 % des enquêtés déclarent se sentir parfois inutiles, 22,7 % des personnes déclarent ne pas se sentir bien dans leur peau et 27,5 % s'estiment constamment sous pression. Le sentiment de ne pas pouvoir contrôler les événements qui surviennent dans leur vie concerne 36,5 % des enquêtés et environ un tiers de l'échantillon avoue ne pas prendre la peine d'essayer de résoudre les problèmes qui leur paraissent trop difficiles.

En parallèle, l'interrogation sur l'état de santé psychologique et émotionnel ressenti révèle qu'un quart des habitants des quartiers prioritaires du XX<sup>e</sup> arrondissement ne s'estime pas en bonne santé sur ce plan. De manière plus explicite, 34 % des individus interrogés rapportent s'être régulièrement sentis tristes, cafardeux ou déprimés au cours des deux semaines précédant l'enquête, et 17 % déclarent, sur la même période, avoir eu presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui leur plaisaient habituellement.

#### FRÉQUENCE DE CERTAINS SENTIMENTS RELATIFS AU BIEN-ÊTRE (EN %)



Source : enquête SIRS Paris 2003.

#### 18% des enquêtés présentent des symptômes de dépression

Selon les réponses au Mini-Diag, 18,0 % de la population d'étude présente un ensemble de symptômes pouvant évoquer des troubles dépressifs<sup>70</sup>. Ce taux est bien supérieur à celui observé avec la même méthode en population générale, que le CREDES estimait à 12 % en 1996-1997<sup>71</sup>.

Au contraire de l'enquête conduite précédemment dans les cinq ZUS, les femmes sont plus fréquemment touchées que les hommes, un cinquième d'entre elles présentant de tels symptômes (20,7 % contre 13,4 % des hommes,  $p < 0,01$ ). En population générale également, ce sont les femmes qui ont le plus souvent un Mini-Diag positif.

70 - Ce taux n'est pas, à strictement parler, comparable à celui de l'enquête précédente, le mode de recueil du Mini-Diag n'étant pas exactement le même d'une enquête à l'autre.

71 - T. Lecomte, A. Le Pape, « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97 », *Questions d'économie de la santé*, n° 21, 1999.

La prévalence des troubles dépressifs est par ailleurs très liée à la configuration familiale et à la situation matrimoniale. La dépression concerne ainsi plus fréquemment et de manière significative les personnes vivant seules par rapport à celles vivant en couple (21,8 % contre 13,4 %,  $p < 0,001$ ), les individus vivant dans une famille monoparentale étant particulièrement touchés (28,4 %). Comme le relevaient aussi les analyses de l'enquête menée par le CREDES en 1997, les situations de divorce ou les expériences de ruptures dans la vie de couple sont très fréquemment associées à la dépression. En effet, 22,5 % des individus seuls après une rupture sont repérés comme dépressifs contre 11,7 % des personnes vivant en couple sans rupture et 16,0 % des individus appartenant à un couple recomposé ( $p < 0,01$ ). La nationalité est aussi une variable discriminante sur ce plan, ce qui est d'ailleurs rarement renseigné dans les enquêtes portant sur la prévalence des troubles dépressifs. Au sein des quartiers parisiens enquêtés, la dépression touche ainsi de manière différentielle les personnes de nationalité française (15,6 %) et les étrangers (24,0 %) ( $p < 0,01$ ), et ceci reste vrai en analyse multivariée après contrôle d'un nombre important de caractéristiques individuelles. La situation des personnes françaises ayant un ou deux parents étrangers est intermédiaire, avec 19,8 % de dépressifs repérés par le Mini-Diag.

La classe d'âge des 50-59 ans est celle qui compte le plus de personnes souffrant de troubles dépressifs (26,0 % contre moins de 20 % pour toutes les autres classes d'âge envisagées,  $p < 0,05$ ) ; là encore l'association reste stable après ajustement sur les autres variables sociodémographiques.

#### DIMENSIONS RELIÉES AUX SYMPTÔMES DÉPRESSIFS (EN %)

		Symptômes de dépression (Mini-Diag positif)	Répartition globale dans l'échantillon
<b>Sexe</b> ( $< 0,01$ )	Homme	13,4	43,8
	Femme	20,7	56,2
<b>Âge</b> ( $< 0,05$ )	18-29 ans	12,0	28,3
	30-39 ans	17,9	24,0
	40-49 ans	19,0	20,8
	50-59 ans	26,0	12,3
	60 ans et plus	18,3	14,8
<b>Nationalité</b> ( $< 0,01$ )	Français	15,9	79,4
	Étranger	24,0	20,6
<b>Statut marital</b> ( $< 0,001$ )	Personne vivant en couple	13,4	51,1
	Personne seule	21,8	48,9





<b>PCS</b> ( $<0,05$ )	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	15,7	1,7
	Cadres et professions intellectuelles et supérieures	13,3	13,2
	Professions intermédiaires	12,5	20,3
	Employés	22,4	23,5
	Ouvriers	27,7	8,7
	Retraités	18,5	14,2
	Autres sans activité professionnelle	14,5	18,3
<b>Revenus</b> ( $<0,001$ )	$<650\text{€}/\text{UC}/\text{mois}$	27,0	16,8
	$<970\text{€}/\text{UC}/\text{mois}$	21,4	20,3
	$(\geq 970\text{€}/\text{UC}/\text{mois})$	13,7	62,9
<b>Réputation du quartier</b> ( $<0,01$ )	Bonne ou très bonne	13,7	49,9
	Mauvaise ou très mauvaise	21,6	50,1
<b>Appréciation du quartier</b> ( $<0,0001$ )	Positive	13,1	44,0
	Moyenne	18,9	43,9
	Négative	28,6	12,1

Source : enquête SIRS Paris 2003.

### Le poids des difficultés sociales et économiques

La fréquence des troubles dépressifs (mesurée par le Mini-Diag) décroît avec l'augmentation du niveau scolaire et le niveau de diplôme atteint, le baccalauréat constituant un palier. Ainsi, 24,7 % des personnes n'ayant suivi aucune scolarité ou seulement le cycle primaire sont dépressives, contre 11,6 % des personnes ayant atteint un niveau d'étude supérieur ( $p<0,001$ ). On compte ainsi 21,5 % de dépressifs parmi les titulaires du seul baccalauréat (qu'il soit général, technique ou professionnel) alors que « seuls » 11,7 % des personnes ayant obtenu un diplôme de niveau bac+2 présentent de tels symptômes ( $p<0,001$ ). Comme le notait aussi l'enquête du CREDES – mais avec des niveaux de prévalence nettement moins élevés – les employés et les ouvriers apparaissent plus fréquemment touchés que les autres catégories socioprofessionnelles. Dans notre enquête, 27,7 % des ouvriers et 22,4 % des employés sont repérés comme dépressifs contre moins de 15 % pour les autres professions ( $p<0,05$ ). Enfin, concernant la situation au regard de l'emploi, les « dépressifs » sont certes, en tendance, plus nombreux chez les chômeurs que chez les actifs ayant un emploi (21,6 % contre 17,0 %, ns) mais l'introduction de la précarité de l'emploi modifie quelque peu cette représentation bien établie ; ainsi, 22,2 % de ceux qui déclarent avoir un emploi stable mais menacé et 27,7 % de ceux qui ont un emploi instable présentent des symptômes de dépression ( $p<0,05$ ).

La prise en compte des difficultés monétaires appréhendées par le revenu mensuel par unité de consommation disponible dans chaque ménage indique que 27,0 % des personnes se situant en dessous du seuil de pauvreté présentent un ensemble de symptômes compatibles avec un diagnostic clinique de dépression. Cette proportion diminue au sein de l'échantillon avec l'augmentation du revenu des ménages ( $p < 0,001$ ). En analyse multivariée, l'appartenance à un ménage pauvre au sens de l'Insee multiplie par près de deux la probabilité, toutes choses égales par ailleurs, de présenter des troubles dépressifs, quel que soit le modèle considéré.

### **Association entre les représentations du quartier et la probabilité de présenter des troubles dépressifs**

En analyse multivariée, on observe que les diverses représentations de l'environnement de résidence ont un effet propre statistiquement significatif sur la probabilité d'être diagnostiqué comme dépressif, après ajustement sur toutes les autres variables socio-démographiques, économiques et biographiques associées à la dépression. Une représentation négative de son quartier est associée à une probabilité deux fois supérieure, toutes choses égales par ailleurs, de présenter un ensemble de symptômes compatibles avec un diagnostic clinique de dépression. Notons par ailleurs que ces associations restent stables, y compris après ajustement sur les caractéristiques « objectives » du quartier de résidence.

D'une certaine façon, l'image de soi (ici mesurée par la présence ou non de symptômes relatifs à une pathologie de l'identité) et l'image du quartier (repérée par les représentations développées à son égard par les individus) apparaissent liées, y compris lorsque différentes difficultés et ruptures sociales en viennent à dégrader aussi l'image de soi. Il est bien entendu exclu, dans de telles enquêtes transversales, d'interpréter ces associations observées en terme de causalité (dans un sens comme dans l'autre d'ailleurs).

### **Un tiers des « dépressifs » en ont parlé à un professionnel de santé**

Parmi les enquêtés présentant un Mini-Diag positif, seuls 37,4 % en ont parlé à un professionnel de la santé. Les professionnels contactés sont principalement un médecin généraliste (dans 60,0 % des cas), un psychiatre (dans 26,0 % des cas) ou un psychologue (dans 11,6 % des cas). Ces recours s'effectuent en ville (cabinet) pour les trois quarts des personnes concernées (75,4 %) ; un quart (15,1 %) consultent pour ces problèmes dépressifs à l'hôpital (principalement à l'hôpital Tenon) et 11,2 % consultent dans un dispensaire, un centre de santé, une association ou une PMI<sup>72</sup>.

La tendance à parler de ces symptômes à un professionnel ne diffère pas selon le sexe, mais est corrélée à plusieurs caractéristiques sociodémographiques et économiques. On retrouve ainsi dans ces quartiers du XX<sup>e</sup> arrondissement des tendances similaires à ce qui a été observé dans les cinq ZUS enquêtées en 2001. Ce sont les plus jeunes qui parlent le moins

<sup>72</sup> - La somme des pourcentages est supérieure à 100 % dans la mesure où certaines personnes consultent plusieurs professionnels et dans plusieurs types d'endroits.

de ces symptômes (lorsqu'ils en sont atteints) à un professionnel de la santé (12 % seulement des personnes concernées âgées de 18 à 24 ans). Les étrangers ont également moins souvent recours que les Français à des professionnels pour ces troubles (28,1 % contre 40,7 %, mais les effectifs sont faibles, et les différences ne sont pas significatives).

Parmi les personnes qui déclarent spontanément souffrir de dépression (quelles que soient leurs réponses au Mini-Diag), la moitié (50,7 %) prend presque tous les jours des médicaments de type tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs – et ce significativement plus souvent que celles qui ne se déclarent pas spontanément dépressives. Toutefois, 41,3 % des personnes se déclarant dépressives ne prennent pas (rarement ou jamais) de médicaments de cette sorte.

### **La consommation de psychotropes**

Sur l'ensemble des enquêtés, 13,3 % prennent des tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs au moins plusieurs fois par mois – la consommation quotidienne ou quasi quotidienne concernant 8,1 % des enquêtés. À titre de comparaison, d'après l'enquête de l'IRDES sur l'ensemble de la France en 2002, 8,5 % de la population avaient pris des médicaments psychotropes (psycholeptiques ou psychoanaleptiques) la veille de l'enquête.

Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes (13,0 % contre 6,4 %,  $p=0,001$ ) à consommer ce type de médicaments plusieurs fois par semaine ou presque tous les jours. La consommation est corrélée à l'âge : les jeunes de moins de 25 ans et les personnes de 25-34 ans sont peu nombreux à consommer ces médicaments (respectivement 1,4 % et 5,2 %) ; mais ces proportions s'établissent autour de 14 % de consommateurs dans les classes 35-44 ans et 45-59 ans, et à 16 % pour les personnes âgées de 60 ans ou plus ( $p<0,001$ ).

On peut noter également que les consommateurs réguliers (plusieurs fois par semaine au moins) sont trois fois plus nombreux parmi les personnes vivant dans un ménage bénéficiaire de minima sociaux (24,6 % contre 8,9 % pour les autres types de ménages,  $p<0,001$ ).

Le travail semble constituer un « facteur protecteur » de ce type de consommation. En effet, les personnes occupant un emploi sont deux fois moins nombreuses que les chômeurs, les retraités et les inactifs à consommer plusieurs fois par semaine ces médicaments (6,3 % contre 15 % environ pour chacune des trois dernières catégories,  $p<0,001$ ).

Les personnes souffrant de troubles dépressifs sont beaucoup plus souvent consommatrices de tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs (25,5 % contre 3,3 %,  $p<0,001$ ). Mais la consommation de ces médicaments ne concerne pas uniquement les personnes repérées comme dépressives – même si ces dernières en consomment plus souvent que la moyenne ( $p<0,001$ ). Ainsi, 22 % des consommateurs fréquents de tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs ne sont pas atteints de troubles dépressifs (tels que nous les mesurons dans l'enquête).

## LA SANTÉ DES FEMMES

### I. Le suivi gynécologique

Dans les cinq ZUS étudiées en 2001, un peu plus de la moitié des femmes (57,4 %) sont suivies régulièrement par un gynécologue. Les Françaises le sont plus fréquemment que les étrangères (61,7 % contre 46,8 %,  $p=0,02$ ). Ce sont les plus jeunes et les plus âgées qui sont le moins régulièrement suivies : seules 37,3 % des femmes de moins de 25 ans et 43,9 % des plus de 54 ans bénéficient d'un tel suivi, contre respectivement 70,7 % et 68,8 % des 25-34 ans et des 35-55 ans ( $p<0,01$ ).

La situation est plus favorable dans les deux QPDV parisiens en 2003 puisque 71,2 % des femmes enquêtées sont régulièrement suivies pour les questions de gynécologie. La très grande majorité d'entre elles le sont par un spécialiste gynécologue (91,3 %) ; 8,4 % par un médecin généraliste ; et 1,0 % déclarent être suivies pour ces questions par un autre professionnel.

#### **À Paris, le suivi gynécologique s'effectue majoritairement dans des cabinets de ville...**

Dans les deux quartiers du XX<sup>e</sup> arrondissement, le suivi gynécologique s'effectue de façon prioritaire en ville, puisque plus des trois quarts des femmes suivies (76,2 %) le sont en ville, dans le cabinet du médecin (gynécologue ou généraliste). Les autres femmes suivies le sont à l'hôpital ou en clinique pour 18,2 % d'entre elles, et de façon plus rare en dispensaire, centre de santé, PMI ou association pour 8,3 % d'entre elles. Comme pour les autres motifs de recours aux soins, les femmes suivies à l'hôpital s'adressent principalement à l'établissement le plus proche (en l'occurrence, l'hôpital Tenon).

#### **... mais il est plus fréquemment hospitalier pour les femmes d'origine étrangère**

Le suivi à l'hôpital constitue un mode de recours aux soins gynécologiques particulier. Parmi les femmes suivies en gynécologie, il est plus fréquent dans le quartier Saint-Blaise (25,2 % contre 14,2 % à Belleville,  $p=0,01$ ) et parmi les femmes étrangères (37,7 %, contre 14,2 % chez les Françaises,  $p<0,001$ ). Des différences s'observent également selon l'origine géographique : ce suivi à l'hôpital concerne 37,7 % des femmes étrangères suivies pour des raisons gynécologiques, contre 26,6 % des Françaises de seconde génération (ayant un ou deux parents étrangers), et seulement 10,8 % des Françaises dont les deux parents sont français ( $p<0,001$ ). Enfin, le suivi à l'hôpital est d'autant moins fréquent que l'on s'élève dans la hiérarchie des catégories socioprofessionnelles. Parmi les femmes suivies pour des raisons gynécologiques, le suivi s'effectue à l'hôpital pour 60,0 % des ouvrières, pour 21,4 % des employées, 11,0 % des professions intermédiaires et 5,1 % des femmes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure.

### Des différences territoriales significatives

Au total, pour l'ensemble des deux enquêtes successives, ce sont les femmes résidant dans les quartiers de Belleville, Saint-Blaise et Cergy Saint-Christophe qui sont le plus souvent suivies pour les questions de gynécologie (entre 70,0 % et 77,3 %). Ce sont aussi les femmes françaises de parents français (76,5 %) et les femmes âgées de 25 à 59 ans (de 73,4 % à 77,3 %). À l'inverse, les femmes ayant le moins de suivi gynécologique sont celles vivant dans le quartier des Mureaux (35,5 %) et celles âgées de 18 à 24 ans (47,1 %). Mais on n'observe pas sur ce point de différences significatives selon le niveau scolaire ni la situation vis-à-vis de l'emploi.

### SUIVI GYNÉCOLOGIQUE RÉGULIER

	Oui	Non	p
<b>Âge</b>			<0,001
18-24 ans	47,1	52,9	
25-34 ans	73,4	26,6	
35-44 ans	77,3	22,7	
45-59 ans	76,1	23,9	
60-74 ans	55,5	44,5	
<b>Origine</b>			<0,001
Français de parents français	76,5	23,5	
Français de parent(s) étranger(s)	55,2	44,8	
Étranger	56,4	43,6	
<b>Quartier</b>			<0,001
Belleville-Amandiers	71,4	28,6	
Saint-Blaise-Porte de Montreuil	77,3	22,7	
Aulnay-sous-Bois	52,7	47,3	
Les Mureaux	35,5	64,5	
Grigny 2	66,0	34,0	
Cergy Saint-Christophe	70,0	30,0	
<b>Total</b>	<b>67,1</b>	<b>32,9</b>	

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

## II. Le recours à la mammographie

Dans les cinq ZUS enquêtées en 2001, 35,5 % des enquêtées ont déjà eu une mammographie (sans différence significative par nationalité). C'est moins qu'en population générale où, d'après le Comité français d'éducation pour la santé<sup>73</sup>, 54,1 % des femmes majeures ont déjà eu recours à cet examen de prévention. Dans les deux cas, ce sont essentiellement les femmes de plus de 40 ans qui sont concernées – ce qui est en accord avec les recommandations liées au dépistage

du cancer du sein. Néanmoins, dans cette tranche d'âge qui constitue la cible du dépistage, près d'un quart (23,2 %) des enquêtées âgées de 40 à 70 ans n'y ont jamais eu recours – soit une proportion de près de dix points supérieure à celle observée en population générale.

Parmi les femmes de 30 à 39 ans, les différences d'accès à la mammographie sont encore plus marquées : 18,0 % dans les cinq ZUS contre 34,4 % en population générale.

Les raisons les plus fréquemment évoquées par les femmes de plus de 40 ans pour ne pas avoir effectué de mammographie sont, par ordre décroissant, que le médecin ne leur a pas proposé (37 %), qu'elles n'en ont pas ressenti le besoin et sont en bonne santé (36 %), le manque de temps ou autres soucis (23 %), qu'elles estiment que l'examen ne sert à rien (15 %), qu'elles n'aiment pas cet examen (6 %), qu'elles considèrent qu'il ne les concerne pas (6 %), le manque d'argent (5 %) et l'ignorance du lieu où faire cet examen (3 %). Soulignons que les femmes de plus de 40 ans, qui constituent pourtant la population cible de ce dépistage, considèrent significativement plus souvent que la mammographie ne sert à rien (18,2 %<sup>74</sup> contre 7,8 %,  $p=0,02$ ), et qu'elles n'ont pas le temps ou ont d'autres soucis (22,7 % contre 6,6 %,  $p=0,02$ ).

Dans les deux quartiers parisiens, en 2003, la situation apparaît très nettement plus favorable : 52,6 % des femmes ont déjà eu une mammographie au cours de leur vie ; et la quasi-totalité (98,4 %) des femmes de 50 à 59 ans ont déjà eu cet examen préventif. Cette fréquence importante pourrait être reliée avec un programme de dépistage spécifique dans ces quartiers, ou à la campagne de dépistage gratuit lancée en 2003 à Paris.

Sur l'ensemble de la population des deux enquêtes successives, près de la moitié des femmes interrogées ont déjà eu une mammographie au cours de leur vie (44,9 %), dont 34,4 % dans les trois années précédant l'enquête. Des différences sont cependant observées selon certains facteurs. Bien évidemment, les femmes les plus âgées ont plus souvent eu recours à cet examen de dépistage du cancer du sein. Par ailleurs, ce sont les femmes habitant le quartier de Saint-Blaise-Porte de Montreuil qui ont eu le plus recours à cet examen radiographique (61,4 %), tandis que les femmes vivant aux Mureaux y ont eu le moins souvent recours (17,4 %).

De surcroît, les femmes françaises de parents français ont plus souvent eu recours à une mammographie (51,1 %) que les Françaises dont au moins un des deux parents est étranger ou les femmes de nationalité étrangère (36,8 % et 38,6 % respectivement,  $p=0,003$ ).

Enfin, il apparaît que les femmes ayant un niveau d'étude secondaire de premier cycle ou inférieur ont plus souvent recours à la mammographie que celles ayant un niveau scolaire plus élevé ( $p=0,002$ ).

<sup>74</sup> - Pour effectuer un test exact de Fisher, les effectifs non pondérés ont été utilisés : c'est pourquoi on retrouve une fréquence de 18,2 %, supérieure à celle indiquée plus haut (15 %).

## RECOURS À LA MAMMOGRAPHIE (VIE ENTIÈRE)

	Oui	Non	p
<b>Âge</b>			<b>&lt;0,001</b>
18-24 ans	13,1	86,9	
25-34 ans	20,6	79,4	
35-44 ans	45,4	54,6	
45-59 ans	85,6	14,4	
60-74 ans	81,6	18,4	
<b>Origine</b>			<b>0,003</b>
Française de parents français	51,1	48,9	
Française de parent(s) étranger(s)	36,8	63,2	
Étrangère	38,6	61,4	
<b>Niveau scolaire</b>			<b>0,002</b>
Aucun ou primaire	62,1	37,9	
Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	50,6	49,4	
Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle	39,3	60,7	
Supérieur	41,6	58,4	
<b>Situation professionnelle</b>			<b>0,002</b>
Active occupée	47,8	52,2	
Chômeuse	49,4	50,6	
Retraitée	82,6	17,4	
Autre inactive	25,4	124,6	
<b>Quartier</b>			<b>&lt;0,001</b>
Belleville	46,7	53,3	
Saint-Blaise	61,4	38,6	
Aulnay-sous-Bois	38,1	61,9	
Les Mureaux	17,4	82,6	
Grigny 2	42,6	57,4	
Cergy Saint-Christophe	33,3	66,7	
<b>Total</b>	<b>44,9</b>	<b>55,1</b>	

Source : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et SIRS Paris 2003.

### III. Le recours au frottis du col utérin

Cette question n'a été explorée de façon détaillée qu'au cours de l'enquête de 2003 dans les deux QPDV parisiens. Sur l'ensemble des femmes interrogées, 83,0 % ont déjà eu un frottis du col (16,7 % déclarant n'en avoir jamais eu, et 0,4 % ne pas savoir si elles en ont eu ou non). C'est légèrement moins qu'en population générale en 2000 où 84,7 % des femmes âgées de 18 à 75 ans avaient eu un frottis au cours de leur vie<sup>75</sup> (dans notre échantillon, aux mêmes intervalles d'âge, cette proportion est de 84,2 %).

Moins de la moitié (44,1 %) des femmes enquêtées ont bénéficié de cet examen préventif au cours des douze derniers mois. Lorsqu'elles ont bénéficié de cet examen au cours de l'année précédente, c'est principalement par l'intermédiaire d'un gynécologue : c'est en effet le cas de 85,8 % d'entre elles, tandis que seulement 7,2 % évoquent un médecin généraliste (7,0 % ne sachant pas quel type de médecin a pratiqué cet examen préventif pour la dernière fois, au cours des douze derniers mois).

Ne pas avoir eu de frottis au cours des douze derniers mois :

- se retrouve le plus fréquemment parmi les femmes âgées de 60 ans ou plus et parmi les jeunes femmes de moins de 25 ans : respectivement 77,6 % et 65,5 % d'entre elles n'ont jamais eu de frottis, ou en ont eu un il y a plus d'un an ( $p < 0,001$ ) ;

- concerne davantage les femmes sans conjoint que celles vivant en couple (65,5 % contre 45,5 %,  $p < 0,001$ ) ;

- est plus fréquent pour les femmes vivant dans un ménage en dessous du seuil de pauvreté ou dans les ménages « modestes » au sens de l'Insee (32 %) que pour les femmes ayant des revenus supérieurs (52,5 %,  $p < 0,001$ ).

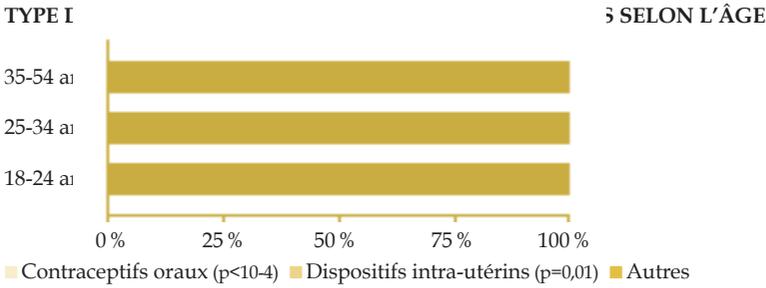
En revanche, on n'observe pas de différences significatives selon la nationalité des femmes.

#### **IV. La contraception**

Enfin, l'utilisation d'un moyen de contraception est globalement comparable dans notre échantillon des cinq ZUS à ce qui est relevé au niveau national<sup>76</sup>, mais les structures par âge dans ces quartiers et dans l'ensemble de la France ne sont pas similaires. Près d'un tiers des femmes interrogées (30 %) utilisent un moyen de contraception. Ce taux, strictement identique chez les Françaises et les étrangères, varie avec l'âge. Il est respectivement de 28 % chez les 18-24 ans, 43 % chez les 25-34 ans et 36 % chez les 35-54 ans ( $p < 0,0001$ ).

Les deux principaux modes de contraception utilisés sont les contraceptifs oraux (73,8 %) et les dispositifs intra-utérins (19,4 %), dont les utilisations sont elles aussi différentes selon l'âge. Comparativement à ce qui est observé sur la France entière (par le Baromètre santé), les femmes sous contraception de notre population d'étude utilisent plus souvent des contraceptifs oraux – et ce dans toutes les classes d'âge (respectivement 96 % contre 86 % avant 25 ans, 78 % contre 63 % entre 25 et 34 ans, 60 % contre 42 % après 35 ans). Elles utilisent moins souvent en revanche le stérilet que ce n'est le cas sur l'ensemble du territoire national. Préservatifs, spermicides et autres moyens ne représentent chacun que 1 à 2 % des réponses citées.

76 - J. Cohen, R. Lévy-Tolédano, P. Madelanat (ss la dir.), *Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ?*, Paris, Éditions Eska, 2000, pp. 67-76.



Dans les deux quartiers parisiens, sur l'ensemble des femmes interrogées en 2003, plus d'une sur quatre (26,3 %) a eu au cours de sa vie au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG). Le recours à l'IVG s'avère donc plus important dans ces quartiers que sur l'ensemble de la France où, d'après le CFES, un peu moins d'une femme sur cinq (18,6 %) déclare avoir eu une IVG au cours de sa vie. On notera également que sur l'ensemble des femmes interrogées (âgées de 18 à 93 ans), 4 % ont eu au moins une IVG avant l'âge de 18 ans.



## CONCLUSION

Cet ouvrage et les enquêtes réalisées en 2001 et 2003 dans des quartiers défavorisés d'Ile-de-France s'inscrivaient dans une double perspective de recherche et de diagnostic.

Une perspective de recherche tout d'abord qui, à la frontière de l'épidémiologie sociale et de la sociologie de la santé, vise à caractériser les « déterminants » sociaux de la santé<sup>77</sup>, qu'ils soient macro (politiques sociales et sanitaires), méso (offres de soins, environnement de vie) ou micro (insertions sociales, conditions de vie, attitudes et représentations...). Ce type de recherche renvoie notamment à des modèles conceptuels qui restent encore à enrichir, approfondir et valider, tout comme le restent d'ailleurs les chaînes plus ou moins directes de causes à effets entre le constat de différences psychosociales ou socio-économiques et l'observation d'un différentiel sanitaire. Parmi ces « déterminants », on peut citer plusieurs dimensions dont certaines ont précisément été abordées dans cet ouvrage : les comportements, attitudes et représentations liés à la santé, la hiérarchisation par les individus des besoins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux (ou jugés comme tels), les caractéristiques psychosociales telles que l'estime de soi, l'intériorisation des normes médicales, ou encore les expériences individuelles et familiales de la maladie et du recours aux soins. Parmi les déterminants de la santé, on compte aussi les caractéristiques relatives aux conditions d'intégration sociale – dont différents travaux épidémiologiques (essentiellement anglo-saxons) depuis une vingtaine d'années ont cherché à caractériser les impacts sur la santé. Si les hypothèses sous-jacentes sont en réalité anciennes et issues notamment – depuis Durkheim – de travaux sociologiques français, leur démonstration statistique reste pour une bonne part à faire dans le contexte français. Les recherches épidémiologiques sur l'influence des conditions de vie sur la santé s'enrichissent aussi d'approches renouvelées, prenant en compte notamment ce que Kaplan et Lynch appellent les « conditions néo-matérielles », à savoir les conditions liées aux modes de vie dans les sociétés post-industrielles : régime alimentaire, types de loisirs, habitudes de vacances, possession de certains biens de consommation, etc.<sup>78</sup> L'accès aux soins des personnes, enfin, relève lui aussi de facteurs sociaux ; il peut différer – voire révéler d'authentiques discriminations – selon, par exemple, la nationalité, l'origine ou l'appartenance à une « minorité visible », la situation sociale, la couverture maladie, ou encore certaines pratiques, habitudes et modes de vie. La « distance sociale » à l'égard des institutions de soins (y compris dans sa dimension subjective) induit de plus des phénomènes de dissuasion symbolique qui éloignent certaines personnes de certaines structures de soins<sup>79</sup>.

Cet ouvrage renvoyait également à une perspective de diagnostic et d'évaluation, attentive à apporter des éléments de connaissance sur les situations sociales et sanitaires des personnes vivant dans les quartiers défavorisés, en complément de deux sources de données habituellement mobilisées dans les diagnostics locaux : d'une part, les données statistiques disponibles en routine (mais rarement exploitables au niveau fin du quartier ou de la ZUS) et, d'autre part,

77 - P. Chauvin, I. Parizot, « Les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire », in P. Chauvin, I. Parizot (ss la dir.), *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Éditions Inserm, 2005, pp. 1-16.

78 - G. Kaplan, J. Lynch, « Socioeconomic position », in L. F. Berkman, I. Kawachi (ss la dir.), *Social epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000, pp. 13-35.

79 - I. Parizot, « La prise en charge des malades vulnérables : entre univers médical et univers humaniste », in S. Paugam (ss la dir.), *Repenser la solidarité au XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, 2007, pp. 747-763.

les témoignages recueillis par les différents professionnels de l'action sociale et sanitaire. Ces matériaux qualitatifs, aussi riches et irremplaçables soient-ils (notamment pour alerter sur des situations urgentes ou graves mais dont la rareté les rend inaccessibles aux enquêtes statistiques sur échantillon de population), sont toujours entachés de « biais de représentativité » et ne permettent donc pas une évaluation exacte de la fréquence des situations dans un territoire ou une population donnés.

Le choix des sites d'étude a visé à la diversité des contextes. Les quartiers retenus correspondent aux cinq types de processus socio-historiques de pauvreté des territoires décrits dans la typologie élaborée à Acadie. L'analyse confirme que sur certains indicateurs socio-économiques, ces territoires se différencient les uns des autres (et ce même à structures par âge et sexe égales) – confirmant ainsi l'hypothèse d'inégalités socio-territoriales parmi les quartiers défavorisés.

Cela étant, le mode de sélection des quartiers étudiés empêche toute extrapolation des résultats à l'ensemble des quartiers relevant de la politique de la ville en France. Dans ce sens, bien que les résultats soient présentés ici de façon synthétique, les auteurs de cet ouvrage réfutent toute vision « globalisante » de ces territoires – ne serait-ce que parce que les analyses menées au niveau micro-local montrent rapidement des spécificités qui invalident l'idée d'une homogénéité des quartiers défavorisés ou de leurs habitants. Même si certains profils ou certaines tendances se dégagent des enquêtes réalisées, notre objectif était avant tout de tester quelques hypothèses sur les liens entre situations sociales et sanitaires, et de fournir des pistes d'interrogation et d'analyse aux acteurs engagés dans des diagnostics locaux des besoins sanitaires et sociaux des populations concernées.

D'une manière générale, les résultats exposés dans cet ouvrage soulignent que la population étudiée présente des caractéristiques communes à l'ensemble des quartiers relevant de la politique de la ville, et reflète parallèlement la diversité qui existe entre les différents quartiers et, dans une certaine mesure, au sein même de chacun d'eux.

Il s'agit dans l'ensemble d'une population jeune, pour la majorité vivant en famille, qui compte proportionnellement plus d'étrangers que la moyenne en Ile-de-France. Que ce soit en termes d'insertion sur le marché du travail, de revenus ou de logement, les résidents des quartiers étudiés rencontrent davantage de difficultés que la population régionale et nationale. Une personne enquêtée sur six vit en dessous du seuil de pauvreté – contre 10 % sur l'ensemble du territoire métropolitain. De nombreux ménages rencontrent par ailleurs des problèmes de surpeuplement des logements. La population d'étude est également fortement touchée par le chômage, par la précarité des emplois et des contrats, et occupe plus souvent que la moyenne des emplois situés en bas de la hiérarchie socioprofessionnelle. La part de personnes non diplômées est importante, mais la proportion de celles ayant un niveau égal ou supérieur au baccalauréat est proche de celle observée sur l'ensemble de l'Ile-de-France ; ce qui souligne, parmi d'autres indicateurs, que le profil des résidents des ZUS ne saurait être envisagé uniquement en termes de handicaps. Ainsi, une large majorité des personnes interrogées déclarent aimer vivre dans son quartier – même si ce chiffre ne doit pas masquer de nombreuses insatisfactions.

Les analyses réalisées ont confirmé l'intérêt d'étudier un ensemble détaillé de caractéristiques individuelles, plus vaste que les seuls indicateurs socio-économiques généralement recueillis dans les enquêtes statistiques, afin de décrire et mieux comprendre les atouts et les difficultés liées aux conditions de vie, aux trajectoires biographiques et à l'intégration. Parmi ces caractéristiques, des variables subjectives telles que la perception des enquêtés sur leur situation et leur cadre de vie, ou encore des variables psychosociales reflétant l'estime de soi, le sentiment de discrimination, etc., permettent d'enrichir nos connaissances des quartiers et de leurs habitants. La distinction des différents types de liens sociaux, en particulier, apporte un point de vue novateur et utile à la compréhension des processus de cumul des difficultés – et, au-delà, à l'analyse des inégalités et de la reproduction sociale, même si le constat d'une fragilisation des liens sociaux chez une partie des enquêtés ne doit pas conduire à assimiler l'ensemble de la population d'étude à ce type de problèmes (nous manquons encore malheureusement, sur les points abordés, de données comparatives en population générale).

L'étude des liens sociaux et de leurs ruptures visait ici à comprendre un aspect des difficultés rencontrées par certains, et en quoi elles sont d'une part liées entre elles, et d'autre part corrélées à des problèmes de santé et de bien-être. Les personnes interrogées font d'ailleurs elles-mêmes un lien entre ces ruptures sociales et leur santé. Ce lien ressenti de façon subjective se retrouve dans l'analyse statistique. En analyse univariée comme en modélisation logistique, l'expérience de certaines ruptures augmente le risque statistique d'être confronté à d'autres difficultés – des difficultés socio-économiques mais aussi de recours aux soins, des problèmes d'identité et des problèmes de santé ressentie.

En outre, l'estime de soi – dimension importante des processus d'intégration et de bien-être – s'avère corrélée, toutes choses égales par ailleurs, au nombre de ruptures vécues à l'âge adulte. Elle est aussi d'autant plus dégradée que les personnes déclarent se sentir isolées, qu'elles bénéficient d'un faible soutien social, et que l'opinion qu'elles portent sur leur quartier de résidence est négative. En cohérence avec plusieurs recherches menées sur ce point dans différents sous-groupes de population, elle apparaît également, dans notre échantillon, liée à la santé ressentie.

Parallèlement, nos enquêtes confirment que l'approche de la santé et du recours aux soins gagne à prendre en compte ces dimensions sociales jusqu'ici peu abordées dans les études épidémiologiques et de santé publique. Nous avons ainsi démontré que certains comportements et certaines dimensions de la santé physique et psychologique sont liés aux ruptures sociales, au rapport que les individus entretiennent avec leur quartier, ou encore à des caractéristiques psychosociales.

Dans les cinq ZUS enquêtées en 2001 et les quartiers parisiens étudiés en 2003, différents obstacles à l'accès aux soins ont été repérés bien en amont ou en complément des barrières financières, en lien notamment avec les attitudes et les représentations en matière de santé, mais aussi avec la forme et l'intensité des liens sociaux des individus. Ainsi, en dehors de situations sociales et sanitaires exceptionnelles et éventuellement critiques et urgentes, la réponse à apporter à la plupart des situations observées ne passe pas tant par la multiplication de dispositifs de soins que par une meilleure coordination des structures sanitaires et sociales et un réel effort d'information et de promotion de la santé dans ces quartiers.

Ces analyses montrent qu'en dépit de difficultés de réalisation (notamment liées à la longueur du questionnaire et à la disponibilité des bases de sondage), il est non seulement possible mais aussi fructueux d'étudier de manière approfondie, par une même enquête, les conditions de vie, les ruptures sociales, le bien-être et la santé. Deux limites principales des études rapportées ici méritent toutefois d'être dépassées, et c'est dans cette optique que nous développons le programme « Santé, inégalités et ruptures sociales » (SIRS).

D'une part, le schéma d'étude « transversal » utilisé (la plupart des caractéristiques sociales et sanitaires interrogées concernent la situation au jour de l'enquête) empêche bien évidemment de préjuger du sens des associations observées et, a fortiori, de les interpréter en terme de causalité. Par exemple : la mauvaise image de son quartier entraîne-t-elle de plus fréquentes dépressions chez les habitants ou bien est-ce, dans l'autre sens, parce que les habitants sont déprimés qu'ils jugent négativement leur environnement de résidence ?

D'autre part, pour nombre des caractéristiques étudiées (en particulier subjectives, mais aussi, par exemple, l'importance des réseaux sociaux, l'ancienneté de résidence dans le quartier, ou encore la fréquence des ruptures sociales vécues dans l'enfance ou à l'âge adulte), on ne dispose pas de données représentatives dans d'autres populations auxquelles les comparer. Cette situation empêche toute interprétation en termes de fréquence relative et d'écart entre les personnes interrogées ici et la population générale. Le risque est, de surcroît, de conduire à une vision duale de la société, qui opposerait a priori une population qui vit dans les quartiers défavorisés à une population qui n'y vit pas...

En réponse à ces limites, nous avons mis en place fin 2005 une cohorte représentative de la population de l'agglomération parisienne : la cohorte SIRS. 3 000 ménages représentatifs de l'agglomération parisienne seront ainsi suivis et interrogés chaque année. Les quartiers défavorisés (classés ou non en ZUS) y sont surreprésentés, mais les quartiers de type moyen ou aisé en font aussi partie. Cette cohorte permettra des analyses sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé et du recours aux soins, en recueillant un nombre important de caractéristiques sociales et sanitaires – y compris dans leur dimension subjective et concernant des caractéristiques rarement interrogées en population générale (telles que les insertions et identités sociales, le capital social, ou encore les représentations et attitudes liées à la santé et à la médecine).

Ce dispositif d'enquête devrait ainsi permettre d'approfondir l'étude des déterminants sociaux de la santé, du bien-être et du recours aux soins dans l'agglomération parisienne. Il s'agira notamment d'étudier les processus communs à l'ensemble de l'agglomération ainsi que les raisons d'éventuelles spécificités de certains territoires. Plus avant, il répondra aussi à une exigence qui s'impose dans toute recherche, mais peut-être plus encore dans celles portant sur les quartiers relevant de la politique de la ville : s'il convient en effet de repérer et comprendre les difficultés que rencontrent les personnes, il convient dans le même temps de s'intéresser à leurs ressources et aux différents supports qu'elles peuvent mobiliser pour faire face à ces difficultés.





## BIBLIOGRAPHIE

- Andrieux V., Herviant J., « Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999 », *Insee Ile-de-France à la page*, n° 205, décembre 2001.
- Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P., *Santé, soins et protection sociale en 2000*, Paris, CREDES, Biblio n° 1364, 2001.
- Barnes H., Rollnick S., Samet J. H., « Beyond Cage, a brief clinical approach after detection of substance abuse », *Arch Intern Med*, 1996 ; 156: 2287-2293.
- Baudier F., Gautier A., Guilbert P. (ss la dir.), *Baromètre santé 2000 : résultats (volume 2)*, Vanves, INPES, 2001.
- Bazin F., Chauvin P., Parizot I., « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001 », *Sciences Sociales et Santé* 2006 ; 24: 11-31.
- Bazin F., Chauvin P., Parizot I., Péchoux S., *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la politique de la ville du XX<sup>e</sup> arrondissement de Paris*, Rapport pour la Mission ville de la préfecture de Paris, Paris, Inserm U444, mai 2004.
- Berkman L. F., Kawachi I. (ss la dir.), *Social epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000.
- Beynet A., Menahem G., *Problèmes dentaires et précarité*, Paris, CREDES, 2002.
- Bradley F., Long J., O'Dowd T., Smith M., « Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice », *BMJ* 2002 ; 324: 271.
- Burricand C., Sagot M. (ss la dir.), *Atlas des Franciliens*, Tome 3 : « Population et modes de vie », Paris, Insee/Iaurif, 2002.
- Chaix B., Chauvin P., « Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins : l'apport des méthodes d'analyse multiniveau et spatiale », *Questions d'économie de la santé*, n° 104, 2005.
- Charbonnel J.-P., Paugam S., Zoyem J.-P., *Précarité et risque d'exclusion en France*, Paris, La Documentation Française, « Documents du CERC », n° 109, 1993.
- Chauvin P. and the Europromed working group (ss la dir.), *Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*, Amsterdam, IOS Press, 2002.
- Chauvin P., Facy F., Joubert M., Lebas J., Terra J.-L. (ss la dir.), *Santé, précarité, précarisation*, Paris, Éditions Inserm, 1998.

- Chauvin P., Firdion J.-M., Parizot I., Paugam S. (ss la dir.), *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités : mondialisation, santé, exclusion et rupture sociale*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2002.
- Chauvin P., Firdion J.M., Parizot I., Paugam S., « Santé, inégalités et ruptures sociales, résultats de la pré-enquête conduite dans les cinq zones urbaines sensibles de l’Île-de-France », Rapport à l’Observatoire national de la pauvreté et de l’exclusion sociale, Paris, INED/Inserm U444, mai 2002.
- Chauvin P., Firdion J.-M., Parizot I., Paugam S., « Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d’Île-de-France », in Observatoire national de la pauvreté et de l’exclusion sociale, *Les travaux de l’Observatoire national de la pauvreté et de l’exclusion sociale 2003-2004*, Paris, La Documentation Française, 2004, pp. 367-414.
- Chauvin P., Lebas J. (ss la dir.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1998.
- Chauvin P., Parizot I. (ss la dir.), *Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins*, Paris, Éditions Inserm, 2005.
- Chauvin P., Parizot I. (ss la dir.), *Santé et expériences de soins : de l’individu à l’environnement social*. Paris, Éditions Inserm-Vuibert, 2005.
- Choffel P., « Les conditions de vie dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville », in Godard F., Pumain D. (ss la dir.), *Données Urbaines*, Tome 1, Paris, PIR Villes-Anthropos, 1996, page 126.
- Choffel P., Goldberger M.-F., Le Toqueux J.-L., « Les zones urbaines sensibles », *Insee Première*, n° 573, avril 1998.
- Chung W. S., Coid J., Feder G., Moorey S., Petruckevitch A., Richardson J., « Identifying domestic violence : cross sectional study in primary care », *BMJ*, 2002; 324: 274.
- Cléménçon M., Paugam S., « Détresse et ruptures sociales », Paris, FNARS, coll. « Recueils et documents », n° 17, avril 2002.
- Cohen J., Madelanat P., Lévy-Tolédano R. (ss la dir.), *Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ?*, Paris, Éditions Eska, 2000, pp. 67-76.
- Cohen-Solal M., Loisy C., « Transferts sociaux et pauvreté en Europe », *Études et Résultats*, n° 104, 2001.
- Collectif, *Aux marges de la ville, au cœur de la société : ces quartiers dont on parle*, La Tour d’Aigues, Éditions de L’Aube, 1997.
- Collectif, *Regards sur la santé des Franciliens*, Saint-Quentin-en-Yvelines, Insee Ile-de-France, 2007.

- Collomb P., Guérin-Pace F., *Les Français et l'environnement*, Paris, INED-PUF, 1998.
- Debout C., Fauvet L., « Prévention : les Franciliens attentifs à leur santé », *Insee Ile-de-France à la page*, n° 254, septembre 2005.
- Debras B., Chemineau D., Quigora A., « Une approche de la pauvreté en Ile-de-France », *Insee Ile-de-France à la page*, n° 195, 2001.
- Dufaux F., Fourcault A. (ss la dir.), *Le monde des grands ensembles*, Paris, Créaphis, 2004.
- Ensemble contre le sida, « Sida, l'opinion des Français », *La lettre d'ECS*, n° 12, 1998.
- Espinasse M.-T., « Pauvreté et précarité des étrangers », in Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2001-2002*, Paris, La Documentation Française, 2002, pp. 325-347.
- Fainzang S., « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades », *Sciences Sociales et Santé*, 1997 ; 15 : 5-22.
- Firdion J.-M., Marpsat M. (ss la dir.), *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, Paris, INED-PUF, 2000.
- Grignon M., Perronnin M., « Impact de la Couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Questions d'économie de la santé*, n° 74, 2003.
- Guillemin O., Roux V., « Comment se détermine le niveau de vie d'une personne ? », *Insee Première*, n° 798, Juillet 2001.
- Guilluy C., Noyé C., *Atlas des nouvelles fractures sociales en France*, Paris, Autrement, 2004.
- Haut comité de la santé publique, *La santé en France 2002*, Paris, La Documentation Française, 2002.
- Héran F., « Les intermittences du vote, Un bilan de la participation de 1995 à 1997 », *INSEE Première*, n° 546, septembre 1997.
- Héran F., « Un monde sélectif : les associations », *Économie et Statistique*, 1988 ; 208 : 17-32.
- Jaspard M., « L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) », *Population et Société*, 2000 ; 364 : 1-8.
- Lagarenne C., Legendre N., « Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux », *Économie et Statistique*, 2000 ; 335 : 3-25.
- Lecomte T., Le Pape A., « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997 », *Questions d'économie de la santé*, n° 21, 1999.

- Martinez C., « Les revenus 2000 déclarés par les ménages franciliens », *Insee Ile-de-France à la page*, n° 224, juin 2003.
- Martinez C., « Une mesure de la pauvreté en Ile-de-France en 2000 », *Insee Ile-de-France à la page*, n° 228, octobre 2003.
- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Les travaux 2001-2002*, Paris, La Documentation Française, 2002.
- Observatoire national des zones urbaines sensibles, *Rapport 2004*, Saint-Denis, Éditions de la DIV, 2004.
- Parizot I., « La prise en charge des malades vulnérables : entre univers médical et univers humaniste », in Paugam S. (ss la dir.), *Repenser la solidarité au XXI<sup>e</sup> siècle*. Paris, PUF, 2007.
- Paugam S., *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 2005.
- Paugam S., *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF, 2000.
- Pfefferkorn R., « Proposition de définition des inégalités sociales », in Daniel C., Le Clainche C. (ss la dir.), *Définir les inégalités. Des principes de justice à leur représentation sociale*, Paris, Mission Recherche DREES-ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000, pages 127-137.
- Robin N., *Villes nouvelles et intégration spatiale des familles maghrébines en Ile-de-France*, Paris, Éditions ORSTOM, 1994.
- Tanter A., Toubon J.-C., « Mixité sociale et politiques de peuplement : genèse de l'ethnisation des opérations de réhabilitation », *Sociétés Contemporaines*, 1999 ; 33-34 : 59-86.
- Ware J. E., « Scales for measuring general health perceptions », *Health Serv Res*, 1976 ; 11: 396-415.





## TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Les cinq ZUS franciliennes enquêtées	14
Répartition de la population par nationalité et origine géographique	24
Lieu de vie principal durant l'enfance (jusqu'à 16 ans)	24
Distribution par sexe, classe d'âge et origine migratoire	26
Distribution des individus selon le statut matrimonial et la situation familiale	26
Niveau de diplôme obtenu en France	39
Distribution des individus selon le diplôme maximal obtenu	30
Taux de redoublement	30
Répartition selon le niveau d'étude atteint	30
Répartition selon le diplôme obtenu	31
Distribution des enquêtés par statut professionnel	33
Taux d'activité et taux de chômage parmi les 18-59 ans	33
Proportion d'emplois précaires parmi les emplois salariés	33
Situation vis-à-vis de l'emploi dans les deux quartiers parisiens	34
Distribution par PCS des emplois occupés	36
Distribution des PCS dans les deux quartiers parisiens	36
Pauvreté et revenus par unité de consommation des ménages	38
Fréquence de la pauvreté « objective » et de la pauvreté « subjective » en fonction des caractéristiques des individus	41
Distribution des ménages selon la taille et nombre moyen de personnes	46
Nombre moyen de personnes par pièce et distribution des ménages selon le nombre de personnes par pièce	46
Distribution des individus selon le statut d'occupation du logement	46
Statut d'occupation du logement selon l'âge et selon la nationalité	47
Solde d'opinions favorables sur différents aspects du quartier de résidence	49-50
Caractéristiques individuelles associées à une appréciation négative de son quartier de résidence	51
Indicateur agrégé des opinions sur le quartier de résidence	52
Fréquence des instabilités et ruptures familiales durant l'enfance et la jeunesse	54
Les relations avec les parents à l'âge adulte	57
Difficultés de socialisation secondaire durant l'enfance et la jeunesse	58
Distribution des opinions sur sa scolarisation selon le sexe	58
Distribution des salariés selon le risque perçu de licenciement	61
Satisfactions apportées par le travail	61
Difficultés dans le cadre professionnel	61
Ruptures conjugales ou sentimentales importantes	62
Ruptures ou tensions au sein des relations de couple actuelles ou passées	63
Difficultés à l'âge adulte	65
Isolement social	66
Sentiment d'isolement et jugement porté sur les relations avec les voisins	67
Difficultés d'insertion dans le quartier de résidence	67
Distribution selon la couverture maladie	71
Répartition selon la confiance dans différentes institutions	71

Proportion d'individus rapportant que leurs conditions de vie nuisent à leur santé physique, psychologique ou à leur moral	74
Sentiment que ses conditions de vie nuisent à sa santé. Modèle logistique	74-75
Sentiment que ce qui se passe dans son quartier nuit à sa santé physique, mentale ou à son moral (modèle logistique)	75
Proportions d'individus rapportant que des problèmes de santé ont entraîné de graves problèmes financiers	76
Impact de problèmes de santé sur la situation financière (modèle logistique)	77
Représentations et attitudes de santé : les trois items communs aux deux enquêtes	79
Affirmation que la santé est une priorité dans sa vie (modèle logistique)	79
Représentations et attitudes à l'égard de la médecine	81
Graves problèmes de santé à l'âge adulte (modèle logistique)	82
Expérimentation du cannabis selon l'âge et le sexe dans les QPDV parisiens	85
Caractéristiques individuelles associées au recours aux soins au cours des 12 derniers mois (modèle logistique)	87
Caractéristiques individuelles associées au recours aux urgences au cours des 12 derniers mois (ajustées sur l'âge, le sexe et la couverture maladie)	88
Type de recours aux soins pour les enfants selon l'âge de l'adulte interrogé	89
Renoncement aux soins pour raisons financières au cours de la vie	90
Facteurs associés au renoncement aux soins pour raisons financières dans les deux QPDV parisiens	91
Facteurs associés au renoncement aux soins pour raisons financières dans les cinq ZUS enquêtées en 2001	92-93
Fréquence du recours à un test de dépistage VIH (vie entière)	94
Recours à un test de dépistage VIH (vie entière) : analyse multivariée	95
Santé dentaire	96-97
Motifs de non-recours aux soins depuis plus d'un an	97
Caractéristiques individuelles associées à des troubles émotionnels	99
Fréquence de certains sentiments relatifs au bien-être	101
Dimensions liées aux symptômes dépressifs (en %)	102-103
Suivi gynécologique régulier	107
Recours à la mammographie (vie entière)	109
Type de contraception employée par les femmes selon l'âge	111





# VULNÉRABILITÉS SOCIALES, SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS

## dans les quartiers défavorisés franciliens

Cet ouvrage présente les principaux résultats d'enquêtes conduites auprès des habitants de sept zones urbaines sensibles (ZUS) franciliennes en 2001 et 2003, sous la direction de Pierre Chauvin et Isabelle Parizot, tous deux membres de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins de l'Inserm.

Ces travaux ont été soutenus par la Délégation interministérielle à la ville (DIV) et leurs résultats ont fait l'objet d'une diffusion sur le site Internet de la DIV fin 2005. Ils confirment des hypothèses qui constituent les bases de travail pour les acteurs de première ligne : professionnels de la santé et de l'action sociale, mais aussi urbanistes et élus locaux et, au-delà, l'ensemble des compétences humaines impliquées dans les trajectoires de vie des habitants, de la prime enfance à l'âge adulte. La DIV a donc décidé de les publier.



**DÉLÉGATION  
INTERMINISTÉRIELLE  
À LA VILLE**  
<http://www.ville.gouv.fr>

**Délégation interministérielle à la ville**

194, avenue du Président Wilson,  
93217 Saint-Denis La-Plaine.  
Tél. : 01 49 17 46 46  
[www.ville.gouv.fr](http://www.ville.gouv.fr)

ISSN 1633-7654  
ISBN 978-2-11-096854-8  
Prix : 15 €

# Inserm

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale