



Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Unité de recherche en épidémiologie et
sciences de l'information (U444)

Equipe de recherche sur les déterminants
sociaux de la santé et du recours aux soins

Santé, inégalités et ruptures sociales

*Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers
défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la
réalisation d'une enquête représentative en Ile de France*

Isabelle Parizot, Emilie Renahy, Fabienne Bazin, Pierre Chauvin

Rapport pour la Délégation Interministérielle à la Ville

Juin 2005

Ce rapport s'appuie sur une enquête réalisée dans 5 ZUS franciliennes avec le soutien de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale et sur une enquête réalisée dans 2 quartiers relevant de la Politique de la Ville à Paris réalisée avec le soutien de la Mission Ville de la Préfecture de Paris.

Ces enquêtes n'auraient pu être réalisées sans le soutien de Marie-Thérèse Espinasse (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale), Catherine Richard (Délégation Interministérielle à la Ville), Marie-Annick Darmaillac et Carmen Fuertes (Préfecture de Paris).

Ce projet s'inscrit dans le programme de recherche de l'équipe « Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins » (INSERM U444) qui a bénéficié du soutien des programmes « Avenir » et « Réseaux régionaux de recherche en santé publique » de l'INSERM, de l'Action concertée incitative « Ville » du Ministère de la Recherche, du programme « Sciences biomédicales, santé et société » (INSERM-CNRS-MIRE), et de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale).

Ce programme bénéficie de collaborations scientifiques étroites avec Serge Paugam et Sylvain Péchoux (CNRS-EHESS), ainsi qu'avec Jean Marie Firdion et Myriam Khlal (INED).

Table des matières

INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE : ENQUETES SUR LA SANTE ET LE RECOURS AUX SOINS DANS 7 QUARTIERS DEFAVORISES FRANCILIENS.....	9
LES QUARTIERS ETUDIES.....	9
I. Définition des périmètres d'étude	9
II. Présentation des quartiers étudiés	12
1- La ZUS des Mureaux.....	12
2- Le quartier « La Rose des Vents » à Aulnay-sous-Bois	12
3- La ZUS de Grigny 2	13
4- La ZUS « Cergy Saint-Christophe »	13
5- La ZUS « HBM Belleville » à Paris	13
6- Le quartier Belleville - Amandiers.....	14
7- Le quartier Saint-Blaise - Porte de Montreuil	15
METHODOLOGIE	16
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES POPULATIONS ETUDIEES....	18
1- Dans Paris intra-muros.....	18
2- Dans les ZUS hors Paris	22
FORMATION, EMPLOI, RESSOURCES.....	24
1- La formation scolaire	24
2- La situation au regard de l'emploi.....	28
3- La situation financière	33
LE LOGEMENT.....	39
LE RAPPORT AU QUARTIER	43
LES RUPTURES DES LIENS SOCIAUX	48
1- Les ruptures du lien de filiation	48
2- Les ruptures du lien d'intégration	52
3- Les difficultés dans la vie de couple	56
4- Autres difficultés personnelles.....	57
5- L'isolement social.....	58
6- Les ruptures du lien de citoyenneté.....	61
LES LIENS RESSENTIS ENTRE CONDITIONS DE VIE ET SANTE	66
1- L'influence perçue de ses conditions de vie sur sa santé	66
2- L'influence des évènements de santé sur ses conditions de vie	68
LES REPRESENTATIONS, ATTITUDES ET RAPPORT A LA SANTE ET A LA MEDECINE.....	71
1- Représentations liées à la santé.....	71
2- Représentations liées à la médecine.....	73
3- Graves problèmes de santé à l'âge adulte	74
LE RECOURS AUX SOINS.....	76
1- Soutien social, sentiment de solitude et recours aux soins dans les deux QPDV parisiens.....	76
2- Le recours aux soins pour les enfants	79
3- Le renoncement aux soins pour raisons financières.....	79
4- Le dépistage du VIH.....	83
LA SANTE DENTAIRE	86

LA SANTE MENTALE	89
1- Les données de l'enquête « 5 ZUS » de 2001-2002.....	89
LA SANTE DES FEMMES	98
1- Le suivi gynécologique.....	98
2- Le recours à la mammographie.....	99
3- Le recours au frottis du col utérin	101
4- La contraception.....	102
CONCLUSION	103
SECONDE PARTIE : PROPOSITION D'UNE METHODOLOGIE POUR LA REALISATION D'UNE ENQUETE REPRESENTATIVE EN ILE DE FRANCE.....	106
I. Elaboration de l'échantillon	106
I.1- Principes généraux.....	106
II.2- Typologie socioprofessionnelle de l'espace francilien, élaborée par Edmond Préteceille	107
1- Méthodologie	107
2- Description de la typologie.....	108
II.3- Constitution de l'échantillon de l'enquête SIRS 2005	110
1- Base de sondage des IRIS	110
2- Procédure d'échantillonnage des IRIS	113
3- Description de l'échantillon d'IRIS	114
4- Echantillonnage des logements et des personnes à enquêter.....	116
II. Questionnaire	116

Introduction

Les inégalités socio-économiques en milieu urbain se traduisent - notamment dans les quartiers les moins favorisés et en particulier dans les zones urbaines sensibles (ZUS) - par des problèmes spécifiques de santé et de ruptures sociales des résidents, dont certains ne sont pas – ou mal – repérés par les dispositifs et politiques publics assistanciers et qui peuvent conduire à une dégradation tant de la sécurité sanitaire collective que de la cohésion sociale des populations.

Un nombre important de personnes connaît en effet des difficultés dans plusieurs domaines à la fois : l'emploi bien entendu (le chômage et la précarité de l'emploi étant un facteur majeur, depuis longtemps étudié, de précarité), mais aussi les conditions de vie au sens plus général (logement, insécurité, etc.), l'intégration sociale (par exemple, la perte du réseau social lié à l'entreprise ou au corps de métier que l'on abandonne, la fragilité des réseaux d'aide privée – y compris familiale – ou encore la participation incertaine à toute forme de vie sociale institutionnalisée) et la santé (la morbidité physique et mentale, ou encore les conditions et modalités de recours aux soins). Les inégalités socio-économiques se doublent ainsi d'inégalités territoriales : des phénomènes de relégation entraînent des effets de polarisation sociale et renforcent le processus de disqualification sociale des populations les plus démunies¹.

Dès lors, il convient d'évaluer la manière dont les habitants vivent leur appartenance à des ZUS, c'est-à-dire à la fois défavorisés et pris en compte comme tels par les politiques publiques. Cette appartenance peut en effet constituer un atout si, par exemple, le quartier est source d'identifications positives (valorisées), si des solidarités interindividuelles y sont préservées ou l'offre de services socio-médicaux adaptée. Mais elle peut aussi constituer un handicap supplémentaire pour l'insertion et la santé des individus – en raison par exemple d'un environnement partiellement dégradé ou encore d'effets de désignation (*labelling*) stigmatisants.

En effet, d'une manière générale, les difficultés rencontrées sur le plan social et le plan sanitaire sont d'autant plus problématiques que les formes traditionnelles de sociabilité et d'entraide s'affaiblissent. Lorsque les liens sociaux se distendent, le risque s'accroît d'être confronté à un enchaînement d'adversités (par exemple en matière de logement) et de ruptures sociales qui se renforcent mutuellement. Ces processus s'opposent à l'intégration au système social : ils se traduisent concrètement 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 à la marge de la société où elles ont une forte probabilité de se sentir inutiles. Nous distinguons trois grands types de liens sociaux susceptibles de faire l'objet de ruptures : le *lien de filiation*, qui correspond au lien de l'individu avec la « famille d'orientation », c'est-à-dire celle

¹ Parizot I, Chauvin P, Paugam S, Firdion JM, eds. *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités : mondialisation, santé, exclusion et rupture sociale*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2002, 142 p.

qui contribue à l'éducation de l'enfant et lui permet de faire ses premiers apprentissages sociaux ; le *lien d'intégration*, qui relève 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 ; enfin, le *lien de citoyenneté*, qui repose sur le principe de l'appartenance à une nation et renvoie aux liens directs et indirects avec l'Etat.²

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 »³. 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)⁴. De ce point de vue, on peut préférer une approche rejoignant, entre autres, les préoccupations de l'Observatoire national

de la pauvreté et de l'exclusion sociale qui souligne, de son côté, l'importance des supports sociaux et des facteurs psychosociaux dans la gestion des problèmes de santé.⁵

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 : dans des Zones Urbaines Sensibles (ZUS) en 2001 et dans des quartiers parisiens relevant de la Politique de la Ville en 2003. A la suite des enquêtes, il nous a semblé nécessaire d'approfondir certains résultats et de les mettre en perspective avec des données similaires qui seraient recueillies cette fois sur l'ensemble de la population francilienne. C'est l'objectif de l'enquête SIRS Ile-de-France 2005, qui sera menée cette année. Le travail préparatoire à l'élaboration et la mise en place de cette enquête a conduit à élaborer une méthodologie particulière pour procéder à l'échantillonnage et à la réalisation de l'étude.

Le présent rapport comporte deux grandes parties. La première concerne la présentation de résultats et d'analyses de données sur la situation socio-économique, l'insertion sociale, la santé et le recours aux soins dans sept quartiers relevant de la Politique de la Ville en Ile-de-France. La seconde renvoie à la présentation de la méthodologie déployée en vue de constituer l'échantillon de l'enquête à venir, ainsi que la présentation du questionnaire utilisé.

² Paugam S, Clémenton M. *Détresse et ruptures sociales*. Paris, FNARS (coll. recueils et documents), n° 17, avril 2002.

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

⁴ Chauvin P and the EUROPROMED working group, eds. *Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*. Amsterdam : IOS Press, 2002, 198 p.

⁵ Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, *Les travaux 2001-2002*, Paris, La Documentation Française, 2002. p. 66-68.

Première partie : Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens

Les quartiers étudiés

I. Définition des périmètres d'étude

Le choix d'enquêter dans des « Zones Urbaines Sensibles » (ZUS) se justifie à plus d'un titre. La définition des ZUS concerne en effet un nombre élevé de territoires (716 ZUS en France métropolitaine) et couvre une grande partie 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 1 332 000 habitants, soit plus de 12 % de la population régionale. Par ailleurs, après plus de vingt ans de politique de la Ville, le classement d'un quartier comme ZUS structure en partie les rapports sociaux qui y prennent place.

La première enquête réalisée en 2001-2002 a concerné 5 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 5 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 1.

TABLEAU 1. QUARTIERS ENQUETES

Type de territoire*	Quartiers échantillonnés
les territoires "historiques" de l'industrie et de l'habitat ouvrier	le quartier "la Rose des Vents" Aulnay-Sous-Bois (93) 13750 habitants**
les poches de pauvreté de l'ouest de la métropole	les quartiers "Becheville", "Les Bougimonts", "l'Ile-de-France", "La Vigne Blanche", "Les Musiciens" Les Mureaux (78) 13599 habitants**
les quartiers disproportionnés dans leur environnement local	le quartier "Grigny 2" Grigny (91) 11004 habitants**
le tissu urbain récent	Le quartier "Saint-Christophe" Cergy (95) 9882 habitants**
les centres dégradés de Paris et de la petite couronne	Le quartier "HBM Belleville" Paris 20 ^{ème} 11028 habitants**

* typologie élaborée par les membres d'Acadie

** source : Recensement Général de la Population, 1999

A 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 Politique de la Ville du XX^{ème} 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 Equipes de Développement Local (EDL) du XX^{ème} arrondissement. Il résulte d'un arbitrage argumenté entre, d'un côté, une demande explicite concernant un périmètre précis (les quartiers repérés par le dispositif de la Politique de la ville) et, de l'autre, des contraintes liées à la méthodologie d'échantillonnage

(disponibilité des données à des échelles fines, pertinence des micro découpages administratifs et géographiques, etc.).

Etant données ses caractéristiques physiques et socio-économiques (état du bâti, taux de chômage, proportion de ménages rencontrant des difficultés économiques et sociales, etc.), le XX^{ème} arrondissement de Paris fait l'objet - depuis le milieu des années 90 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 2003-2004 comprend deux ensembles géographiques que l'on nommera « quartiers » : Belleville - Amandiers (dénommé dans ce rapport « Belleville ») ; et Saint-Blaise - Porte de Montreuil (dénommé par la suite « Saint-Blaise »).

Les périmètres principaux d'intervention de la Politique de la Ville dans le 20^{ème} arrondissement de Paris

1996 : Les Zones Urbaines Sensibles

Le décret du 28 Décembre 1996 consécutif à la Loi initiant le Pacte de Relance pour la Ville du 14 Novembre 1996 avait repéré 9 sites classés en Zone Urbaine Sensible (ZUS) à Paris, dont deux dans le XX^{ème} 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^{ème} 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 4 nouveaux périmètres pour la période 2000-2006 (Saint-Blaise, La Tour du Pin, Félix Terrier et Fougères).

2002 : Les Grands Projets de Renouvellement Urbain (GRPU)

Le XX^{ème} arrondissement compte 3 sites de Grand Projet de Renouvellement Urbain sur lesquels sont élaborés des projets de territoire : Le quartier Saint-Blaise, également inscrit dans un périmètre Politique de la Ville, La Porte des Lilas, à cheval sur le XIX^{ème} et le XX^{ème} arrondissement, intégrant le quartier Fougères, La Porte de Vincennes à cheval sur le XII^{ème} et le XX^{ème} arrondissement.

La Porte de Montreuil intégrant le groupe d'habitation 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^{ème} 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 français⁶ – 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 et ainsi que l'importance des logements sociaux dans la plupart des cas⁷. Mais on sait également que les ZUS ne constituent pas un ensemble homogène. Leur diversité en termes de morphologie de l'habitat, de situation géographique (ville ou banlieue), de composition sociale et démographique de la population ou encore de ressources de l'environnement est importante à prendre en compte. Dans cette optique, il semble intéressant de conduire une comparaison des différents territoires étudiés.

Cette comparaison a été réalisée en rapprochant les deux rapports de recherche réalisés successivement en 2002 et 2004 à l'issue des 2 enquêtes de terrain :

- ✍ Parizot I, Chauvin P, Firdion JM, Paugam S. *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 p.⁸

- ✍ Parizot I, Péchoux S, Bazin F, Chauvin P. *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la Politique de la Ville du 20ème arrondissement de Paris*. Rapport pour la Mission Ville de la Préfecture de Paris. Paris, Inserm U444, mai 2004, 203 p.

Pour les analyses comparatives *ad hoc* réalisées spécifiquement pour ce rapport, la ZUS de Belleville enquêtée en 2001 a été exclue de l'échantillon et remplacée par la population plus nombreuse et enquêtée plus récemment (en 2003).

⁶ Observatoire national des zones urbaines sensibles. *Rapport 2004*. Editions de la DIV. 2004

⁷ Cf. notamment : V. Andrieux, J. Herviant, "Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999", *Ile-de-France à la page*, n°205, déc. 2001 ; Collectif, *Ces quartiers dont on parle*, Editions de l'Aube, 1997 ; M.F. Goldberger, P. Choffel, J.L. Le Toqueux, "Les zones urbaines sensibles", *INSEE Première*, n°573, avril 1998.

⁸ Voir la synthèse publiée : Parizot I, Chauvin P, Firdion JM, Paugam S. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones urbaines sensibles d'Ile-de-France. In : Collectif. *Les travaux de l'Observatoire*

national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004. Paris : La Documentation française, 2004, pp. 367-414.

II. Présentation des quartiers étudiés

1- 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 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 fut conçue dans l'urgence, en fonction d'un besoin massif et urgent 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 et d'insécurité importants. Ils 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 » économique.

L'ampleur des difficultés sur la ZUS des Mureaux a conduit à son classement comme Zone Franche Urbaine (ZFU), ainsi qu'à son inscription dans les Programme

d'Initiative Communautaire Urban (PIC-Urban).

2- Le quartier « 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 XX^{ème} siècle, mais sa construction autour de 1970 fut conçue 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 « 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 (voir photo). Ils se composent de logements d'habitat social dégradés et vieillissants et souffrent d'un déficit de services commerciaux. Si leur environnement est économiquement porteur, ils sont pourtant confrontés aux problèmes du chômage, 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^{ème} contrat de plan Etat-

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 1^{er} Programme d'Initiative Communautaire URBAN (PIC-URBAN). Sur le plan scolaire, il est classé en ZEP (Zone d'Education prioritaire).

3- La ZUS de Grigny 2

Grigny2 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 50, 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, vivant souvent de façon séparée et parfois antagonique, et pour lesquels on peut parler de «relégation».

Grigny était jusqu'en 1970 un village peuplé de 3000 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 Grigny2 : 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 propre 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).

4- La ZUS « Cergy Saint-Christophe »

«Cergy Saint-Christophe» est le quartier classé en ZUS de la commune de Cergy, au sein de la ville nouvelle de Cergy-Pontoise – qui fut créée il y a un peu plus de 30 ans. 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 9900 habitants, soit 18% de la population communale de Cergy.

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 services publics. Mais le quartier est aujourd'hui fragilisé par des dysfonctionnements et des tensions sociales.

5- 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 dernier Recensement de 1999, il rassemble environ 6% de la population du XX^{ème} arrondissement.

Quartier traditionnellement de classes populaires et de populations migrantes, Belleville a connu dans la seconde moitié du XX^{ème} 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 vieillissant ou insalubres ont accueillis 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.

6- Le quartier Belleville - Amandiers

Le quartier Politique de la Ville Belleville – Amandiers est composé de 5 sous-quartiers aux particularités assez marquées : Bas Belleville, Ménilmontant, Amandiers, Piat Faucheur Envierges et Mare Cascade. Pour une revue approfondie de ces particularités, on renverra le lecteur aux analyses détaillées réalisées par l'EDL de Belleville – Amandiers, à partir notamment du recensement de 1999⁹.

Le quartier Politique de la Ville Belleville - Amandiers, à l'image d'ailleurs du XX^{ème} 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 4 habitants pour un emploi¹⁰. 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 physionomie, 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 Belvillois ». La zone compte par ailleurs 17 hôtels meublés, 4 foyers de travailleurs et 2 centres d'hébergement qui logent un total de 1151 personnes.

Du point de vue de la catégorie socioprofessionnelle, le quartier est majoritairement composé de classes moyennes conservant des caractéristiques de quartier populaire : on compte ainsi une majorité de catégories moyennes (21% d'employés, 17% de professions intermédiaires, contre respectivement 25% et 23% à Paris), plus d'ouvriers qu'à Paris (12% vs 10%) et deux fois moins de cadres (16% vs 35%). Une des caractéristiques du quartier Belleville - Amandiers est sa relative centralité au sein de l'agglomération parisienne. Proche du

⁹ *Les caractéristiques statistiques du territoire Politique de la Ville Belleville – Amandiers, une approche d'ensemble, une approche par quartier*, EDL Belleville – Amandiers, Novembre 2001. *Analyse du recensement général de la population de 1999 dans le secteur Politique de la Ville Belleville – Amandiers*, EDL Belleville – Amandiers, 2001.

¹⁰ Sources : Enquête Régionale Emploi 1998, Sirene 2001.

cœur de ville, assez bien desservi par les transports en commun et non isolé par des voies de circulation importantes, le quartier, tout en conservant une identité affirmée, développe un grand nombre de connexions avec les arrondissements alentours 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).

7- Le quartier Saint-Blaise - Porte de Montreuil

Ce quartier, situé dans la partie Est du XX^{ème} arrondissement, est lui aussi composé par un ensemble de sous-quartiers que sont : Saint-Blaise, Félix Terrier, La Tour du Pin, Porte de Montreuil. Le périmètre étudié englobe trois quartiers Politique de la Ville (Saint-Blaise, la Tour du Pin, Félix Terrier) mais les dépasse pour intégrer le long quartier de la Porte de Montreuil et couvrir ainsi l'intégralité du périmètre du GPRU. 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 qui 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%) et la faible proportion de surfaces destinées à l'activité.. Sur le périmètre du GPRU, les logements sociaux représente plus de 50%

des logements et la quasi totalité des bâtiments sont des immeubles de logement. La zone ne compte aucun hôtel meublé ni foyer de travailleurs ou de migrants.

Sur le périmètre du GPRU, la structure par âge de la population est marquée par une proportion élevée de personnes âgées de plus de 60 ans (22% contre 20% à Paris) et de jeunes de moins de 20 ans (23% vs 18%). 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. Sur le plan socioéconomique, le quartier est caractérisé par la domination des catégories socioprofessionnelles modestes et des familles à faibles revenus. 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 (qu'il a toujours été) 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, présentes en nombre de part et d'autre de la Porte de Montreuil. Elles ne sont cependant pas toujours adaptées aux souhaits et besoins de la population et la présence de complexes sportifs en accès libre fait par exemple cruellement défaut. Sur le plan de l'accès aux soins, le quartier est marqué par la relative proximité des hôpitaux Tenon et Croix Saint Simon.

Méthodologie

Dans les 5 ZUS enquêtées en 2001-2002, 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.

A Paris, l'enquête des 2 QPDV a été réalisée sur un échantillon aléatoire de 1000 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 tirés au sort ont été préalablement repérées et vérifiées 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 tiré 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 ce rapport (sauf mention contraire) correspondent donc à des

données pondérées en fonction du nombre de personnes par ménage (les données sur les ménages ne l'étant pas).

Dans tous les cas, la personne enquêtée était interrogée à domicile (ou, à sa demande, à l'extérieur de son domicile), en face-à-face. Le questionnaire que nous avons élaboré comprend plus de 200 questions (comptant pour 470 items), regroupées en sept grandes parties :

- 1) logement et quartier ;
- 2) formation et expérience professionnelle ;
- 3) ressources ;
- 4) enfance et jeunesse ;
- 5) couple et famille ;
- 6) vie sociale et familiale ;
- 7) 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 trois 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 psycho-sociales 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 et représentations liées à la santé, 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 en parallèle des variables factuelles, des variables de santé ressentie et des représentations de santé. Nous avons également cherché à savoir quels liens les personnes interrogées 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 déroulé. 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 ¾ des cas, «bonne» une fois sur 5, «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 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. »¹¹ 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.

1- 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. Des comparaisons avec les données du Recensement concernant les quartiers inscrits à la Politique de la ville du XX^{ème} arrondissement, l'arrondissement dans son ensemble, l'agglomération parisienne ou encore la France entière, nous ont permis d'une part d'estimer la représentativité de

notre échantillon et, d'autre part, d'éclairer la situation relative de la population étudiée.

Un enquêteur sur deux a moins de 40 ans

Par choix méthodologique, 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 an). Les personnes de moins de 40 ans représentent plus de la moitié de notre échantillon (53,7%) contre 44% de la population parisienne correspondante¹². Inversement, les personnes âgées de 60 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses dans les quartiers étudiés qu'au niveau parisien (14,8% vs 24,0%)¹³. On retrouve là une tendance commune à de nombreux territoires 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. Si la répartition par sexe ne diffère pas significativement suivant les quartiers, l'âge des enquêtés est significativement plus faible à Belleville - Amandiers qu'à Saint-Blaise - Porte de Montreuil dont près de la moitié de la population ayant répondu à l'enquête a entre 40 et 59 ans. La

¹¹ 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, p.127-137.

¹² La correspondance n'est pas totale puisque les données du recensement à notre disposition ne permettent de travailler que sur la classe 20-39 ans (18-39 ans pour le cas de notre échantillon).

¹³ Même remarque, les pourcentages pour Paris sont calculés sur la population âgée de 20 ans et plus.

comparaison avec les données du recensement concernant le 20^{ème} arrondissement (34,4% de personnes âgées de 20 à 39 ans, 17,7% de personnes âgées de plus de 60 ans) confirme cette tendance à la surreprésentation des jeunes dans les territoires de l'arrondissement concernés par la politique de la Ville.

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

La nationalité et l'origine géographique sont des variables dont la comparaison avec les données du Recensement de 1999 est délicate. Les exploitations du Recensement fournissent rarement des données détaillées sur les nationalités à une échelle fine. On repère que la proportion d'étrangers dans les quartiers étudiés (20,6% dans notre échantillon contre 19,6% d'après le dernier Recensement) 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 observera la quasi absence dans notre échantillon de représentants de la communauté chinoise, et même asiatique de manière générale. Notre dispositif d'enquête s'est avéré impuissant à vaincre les résistances de cette « communauté » 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 3/4 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 4,0% en France métropolitaine). On verra tout au long de cette étude l'intérêt qu'il y a à prendre en compte ce critère d'« origine

géographique » et de ne pas 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 situations de familles monoparentales. On observe là encore une des caractéristiques récurrentes des quartiers 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 en 1999.

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 dans le reste de Paris ; la vie de couple, avec ou sans enfants, concerne la majorité de notre population (41,5%).

Les « ménages familiaux »¹⁴ 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

¹⁴ on entend par "ménage familial" les ménages constitués 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, par exemple une personne de plus de 40 ans vivant avec sa mère âgée).

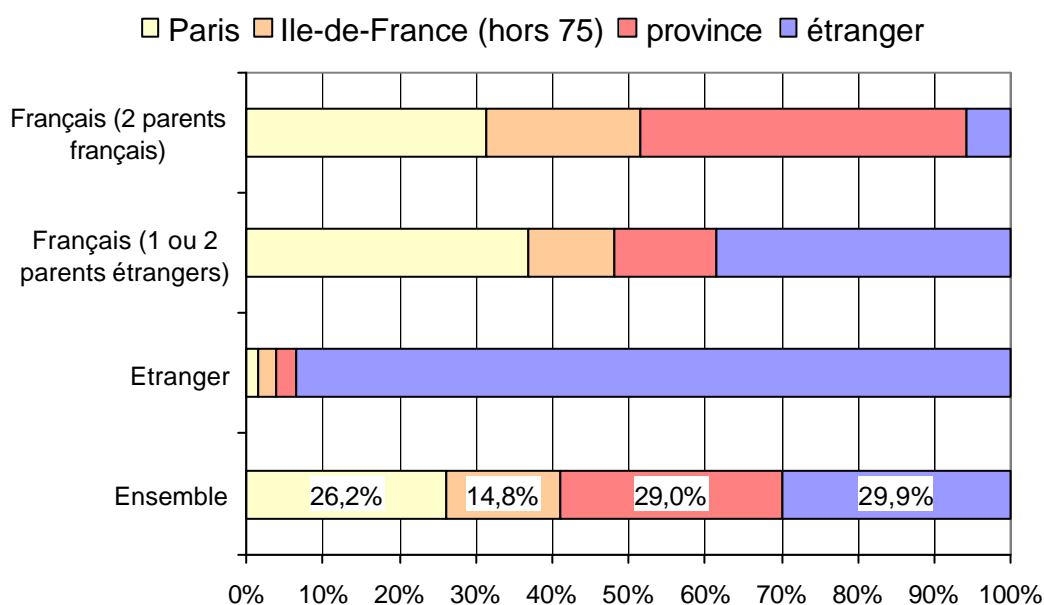
vivant en foyers de travailleurs, plus
représentés à Belleville – Amandiers.

REPARTITION DE LA POPULATION PAR NATIONALITE ET ORIGINE GEOGRAPHIQUE (EN %)

	Belleville	Saint-Blaise	Ensemble	Paris 1999
Français	79,0	80,3	79,4	81.8
Dont :				
1 parent étranger	5,4	3,4	4,7	
2 parents étrangers	12,6	16,7	14,0	
Etranger	21,0	19,7	20,6	18.2
Dont:				
Maghreb	8,6	9,2	8,8	4.7
Afrique Noire	6,2	4,7	5,7	2.4
Europe de l'Ouest	3,2	2,4	2,9	4.4
Europe de l'Est	1,5	1,7	1,6	1.8
Asie	1,0	1,4	1,1	3.3
Moyen Orient	0,8	0,3	0,7	
Amérique centrale et du Sud	0,8	2,7	1,5	1.26
USA, Canada	0,5	0,0	0,3	

Sources: enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003 ; Recensement 1999.

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



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003 ($p < 10^{-3}$)

2- Dans les ZUS hors 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). 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 qu'elles ne le sont dans l'ensemble de la région (13% vs 23%) : c'est une tendance commune à de nombreux territoires de la Politique de la ville, en particulier d'Ile-de-France, formés dans leur majorité par une population plus jeune que celle des territoires environnants.

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 dernier recensement, près d'un quart des étrangers franciliens résident en ZUS, alors que ces quartiers ne regroupent qu'un Francilien sur huit¹⁵. Cette surreprésentation 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 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 est composé 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'inclue pas les personnes de plus de 74 ans, or l'on sait que celles-ci vivent plus souvent seules). Mais c'est aussi le reflet d'une plus forte présence des familles dans les ZUS comparativement à la population générale. D'une manière générale, les personnes seules ont tendance à s'installer dans les grandes villes si bien qu'à Paris, plus d'un résident sur quatre vit seul, contre un sur onze en grande couronne (Recensement 1999). Dans notre échantillon, c'est effectivement à Belleville que les personnes seules sont les plus

¹⁵ V. Andrieux, J. Herviant, "Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999", *op. cit.*

représentées (13,3%, contre seulement 2,8% à Aulnay), mais leur représentation est quoiqu'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, une proportion plus importantes de veufs et de personnes séparées ou divorcées.

DISTRIBUTION PAR SEXE, CLASSE D'AGES ET ORIGINE MIGRATOIRE

	enquête SIRS Ile-de-France 2001						Ile-de-France Recensement 1999 (20-74 ans)
	Aulnay	Mureaux	Grigny	Cergy	Belleville	Ensemble	
sexe							
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%
âge moyen*	36,7 ans	32,3 ans	38,2 ans	38,0 ans	38,4 ans	36,7 ans	
classe d'âges*							
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
nationalité							
Français	63,9	70,1	67,2	74,8	80,0	70,8	86,3
dont :							
Frs de naissance*	47,2	65,1	47,9	63,1	75,6	58,9	78,7
Frs par acquisition*	16,7	4,7	19,3	11,7	4,4	11,8	7,6
Etranger	36,1	29,9	32,8	25,2	20,0	29,2	13,7
dont :							
Maghreb*	28,7	16,0	11,8	11,7	16,9	17,0	
Afrique Noire*	7,4	13,2	15,1	14,4	3,3	11,0	

* pour les items considérés, les différences entre ZUS sont significatives

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

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

	Aulnay	Mureaux	Grigny	Cergy	Belleville	Ensemble
Statut matrimonial (p=0.000)						
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
Situation familiale (p=0.000)						
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
N	108	106	119	103	89	525

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

1- 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. Elle 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 au recours aux soins.

une population globalement moins qualifiée et moins diplômée

Dans les ZUS en général¹⁶ et celles de notre échantillon en particulier, la population est globalement moins qualifiée et moins diplômée que dans 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 1999¹⁷), puis à des populations en grande difficulté, telle que les bénéficiaires des services de la

FNARS ou les personnes sans-domicile à Paris (parmi lesquelles on compte 40% de non-diplômés, cf. tableau).

Il ne faudrait bien sûr pas en conclure que les ZUS se composent en grande majorité de personnes ayant un faible niveau scolaire. Dans notre échantillon par exemple, 36% des individus qui ont achevé leurs études déclarent avoir un diplôme (français ou étranger) équivalent ou supérieur au Baccalauréat – c'est-à-dire une proportion similaire à celle observée sur l'ensemble de l'Ile-de-France (42% parmi les personnes âgées de 20 ans ou plus, selon le dernier Recensement). 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% vs 28%).

Selon la ZUS de résidence, la proportion de non diplômés varie de 21% à 50%. Celles qui comptent le plus de personnes sans diplômes (Aulnay et Grigny) 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). Se conjuguent là deux phénomènes : l'un concerne les immigrés venus en France adultes et sans

¹⁶ En Ile-de-France, un cinquième des non-diplômés résident dans des ZUS, alors que celles-ci ne rassemblent qu'un habitant sur huit.

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

diplôme ; l'autre concerne les jeunes arrivés sur le territoire national à la pré-adolescence ou l'adolescence, et qui ont connu à la fois le déracinement et la difficulté à s'adapter à un système d'enseignement étranger (du moins pour une part) 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 2 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 certaines sont maintenues à structures égales. 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 élevés. Cela peut traduire également le fait que cette ZUS comporte, 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 permettre aussi une remise à niveau profitable pour la suite des études.

En lien avec la réussite de 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% déclarent 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% 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.¹⁸

A Paris, un niveau scolaire plus élevé 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, les proportions de personnes diplômées de l'enseignement supérieur sont proches (41,6% dans les quartiers étudiés, contre 45,2% sur l'ensemble de Paris). Les quartiers de la Politique de la ville du 20^{ème} 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 (non compris les étudiants) n'ont obtenu strictement aucun diplôme scolaire ; et 29,6% n'ont aucun diplôme supérieur au niveau du BEPC. Si on exclue 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 importante : ce sont encore 24,2% des enquêtés qui n'ont aucun diplôme supérieur au niveau du BEPC (tableau non reproduit). 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 d'entre

¹⁸ 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 18,0% 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).

elle se trouve en revanche handicapée sur ce point.

Plus encore que pour le niveau d'étude, les 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 BEPC (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 élevées à Belleville qu'à Saint-Blaise.

A Paris aussi, le niveau de diplôme (au sein de la population qui a terminé ses études, donc non compris les étudiants) 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 51,5% parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus ($p < 10^{-3}$). 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 ($p < 10^{-3}$).

Dans les quartiers parisiens étudiés, 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 ($p < 10^{-3}$). Les étrangers sans aucun diplôme sont presque exclusivement des personnes qui ont passé à l'étranger la majorité de leur enfance jusqu'à 16 ans. Par ailleurs, les étrangers diplômés du supérieur sont proportionnellement deux fois moins nombreux que les français : 21,2% contre 47,0% ont un diplôme au minimum de niveau Bac+2 ($p < 10^{-3}$).

NIVEAU DE DIPLOME OBTENU EN FRANCE (EN %)

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001	Ile-de-France Recensement 1999	Pop active France métrop. 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 BEPC	32,5	21,5	7,4**	14,9	40
CAP-BEP	14,0	20,5	29,5	26,5	17
Bac, brevets profess.	14,0	14,0	14,3	8,7	17
Bac +2 ou plus	22,5	28,1	25,3	9,6	2
Autre					2

Note : 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 +)

*aucun diplôme ou CEP

** BEPC

DISTRIBUTION DES INDIVIDUS SELON LE DIPLOME MAXIMAL OBTENU (EN %)

	Aulnay n = 98	Mureaux n = 92	Grigny n = 108	Cergy n = 97	Belleville n = 81	Ensemble n = 476
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	Mureaux	Grigny	Cergy	Belleville	Ensemble
Au moins 1 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

REPARTITION SELON LE NIVEAU D'ETUDE ATTEINT (EN %)

	Belleville	Saint-Blaise	Ensemble
Niveau Scolaire (p=0,04)			
Jamais scolarisé ou primaire	12,5	13,6	12,8
secondaire 1 ^{er} cycle (collège)	15,2	22,4	17,6
secondaire 2 ^{ème} cycle	24,3	23,7	24,1
supérieur	48,1	40,3	45,5

p=0,04 – Source : SIRS Paris 20^{ème} 2003.

REPARTITION SELON LE DIPLOME OBTENU

	SIRS 2003			SIRS 2001	Recensement 1999
	Belleville	Saint-Blaise	Ensemble	5 ZUS franciliennes	Paris
aucun ou CEP	20,2	22,8	21,1	63,4	23,4
BEPC, CAP, BEP	22,2	27,5	24,0		20,2
Bac pro, 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 +	33,1	17,4	27,8		32,9

p<10⁻³ - ces taux concernent les personnes (de plus de 15 ans pour le recensement) ayant terminé leurs études

Sources : SIRS Paris 20^{ème} 2003 ; SIRS 5 ZUS 2001.

2- La situation au regard de l'emploi

La part importante de personnes très faiblement 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 dans notre échantillon qu'ils ne le sont en population générale. Les personnes à leur compte ou salariées forment au total 51,3 % de notre échantillon étudié en 2001 (5 ZUS) et 55,7% dans les 2 QPDV étudiés en 2003, alors 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 5 ZUS, Grigny² 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 et Aulnay comptent moins de 5% de retraités dans leur population (20-74 ans).

Le taux d'activité dans notre échantillon des 5 ZUS est voisin de ce qu'il est en moyenne dans les ZUS franciliennes (70% vs 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 interrogés, contre seulement 29% pour l'ensemble de l'Ile-de-France. Cette sur-représentation 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'âges, 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 élevé¹⁹. Dans notre échantillon, cela ne 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 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 et des Mureaux se distinguent par leur taux d'activité plus faible.

Dans les 2 QPDV Parisien, 14,5% des enquêtés sont à la retraite ou en pré-retraite, 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. Herviant²⁰ constatent une progression du chômage dans les ZUS franciliennes entre 1990 et 1999 plus importante qu'en Ile-de-France où il a décliné à partir de fin 1997. En 2001, dans notre échantillon, le taux de chômage²¹ s'élevait à 22,1%, contre seulement 7,7 dans l'agglomération parisienne (enquête Emploi mars 2001). On n'observe pas sur

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

²⁰ *Ibid.*

²¹ 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.

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.

A Paris, dans les 2 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, donc parmi les personnes qui travaillent ou qui recherchent un emploi) 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 (mais les différences ne sont pas significatives). Notons également que la proportion de chômeurs est significativement plus élevée à Saint-Blaise qu'à Belleville (24,4% contre 15,6%, $p<0,01$).

DISTRIBUTION DES ENQUETES PAR STATUT PROFESSIONNEL (EN %)

	enquête SIRS Ile-de-France 2001						Ile-de-France Recensement 1999 *
	Aulnay	Mureaux	Grigny	Cergy	Belleville	Ensemble	
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

TAUX D'ACTIVITE ET TAUX DE CHOMAGE PARMI LES 18-59 ANS

	enquête SIRS Ile-de-France 2001 (5 ZUS)						Zus Ile- de- France 15-59 ans	Ile-de- France 15-59 ans
	Aulnay	Mureaux	Grigny	Cergy	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%

* Différence significative selon la ZUS au seuil de 5% en modèle logit

PROPORTION D'EMPLOIS PRECAIRES PARMI LES EMPLOIS SALARIES (EN %)

	enquête SIRS Ile-de-France 2001 (n=268)					Ensemble	Zus Ile-	Ile-de-
	Aulnay	Mureaux	Grigny	Cergy	Belleville		de-	France
							RGP 1999	RGP 1999
Emplois précaires	24,1	44,4*	16,9	19,3	17,0	23,5	16,7	12,8

* Différence significative au seuil de 5% en modèle logit (réf. = Belleville)

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

	Belleville	Saint-Blaise	Ensemble	Paris 1999 (15-74 ans)
TOTAL actifs ayant un emploi	57,2	52,5	55,7	46.0
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 rémunéré, programme TRACE...	0,7	0,3	0,6	1.0
A son compte, aide familial	4,5	3,4	4,2	
Travail non déclaré	0,8	0,0	0,6	
TOTAL chômeurs	10,8	16,9	12,8	6.4
Dont au sein des actifs	15,6	24,4	18,6	12.0
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	
TOTAL inactifs	32,0	30,5	31,5	47.0
Etudiant	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	32.0
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 20^{ème} 2003 ; Recensement 1999***Des territoires qui concentrent ce qui reste des emplois non qualifiés dans l'agglomération parisienne***

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 5 ZUS que parmi l'ensemble des actifs occupés d'Ile-de-France. Inversement, les catégories socioprofessionnelles supérieures et les professions libérales sont largement sous représentées (3 fois moins qu'en population générale).

Les difficultés rencontrées par les habitants des ZUS sur le marché du travail peuvent être repérées au travers d'un autre indicateur : le type d'emploi occupé par les personnes qui travaillent. 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 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 ZUS²². Dans notre population d'étude, cette proportion est encore plus élevée : ce sont 23,5% des salariés qui n'occupent qu'un emploi précaire. La ZUS des Mureaux est particulièrement touchée, avec 44,4% d'emplois précaires (soit plus du double que pour HBM-Belleville, Grigny2 et Cergy-Saint-Christophe). La spécificité de cette ZUS par rapport aux autres étudiées reste significative après ajustement sur les variables individuelles liées 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 effet²³, 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 Grigny2.

Dans les deux QPDV parisiens : une population composée majoritairement de classes moyennes, une mixité socioprofessionnelle à Belleville accompagnée d'une commune précarité des emplois...

Du point de vue des Professions et Catégories Sociales (« PCS », remplaçant l'ancienne nomenclature des Catégories socioprofessionnelles « CSP »). 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. Si l'on compare le niveau des emplois à la situation parisienne, les professions intermédiaires, employés et ouvriers représentent plus de 50% de la population enquêtée contre près de 30% à l'échelle de Paris. Les artisans sont deux fois moins nombreux que dans l'ensemble de Paris. Les cadres représentent 13,2% des enquêtés qui travaillent, contre 18,5% sur l'ensemble des résidents parisiens.

En terme 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 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 2 fois plus qu'à Saint-Blaise

²²V. Andrieux, J. Herviant, "Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999", *op. cit.*

²³ Les données ne permettent pas une comparaison fiable pour les autres statuts professionnels.

(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'intermittent du spectacle), les personnes qui travaillent sont ainsi 41,2% à vivre avec un statut précaire.

DISTRIBUTION PAR PCS DES EMPLOIS OCCUPES (EN %)

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001	agglo. 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, ménage, gardien d'enfants, employé de l'hôtellerie/restauration	15,9	Total employés
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	autre prof. interméd.
Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)	4,0	13,5
Ingénieur, cadre, prof. artistiques - intellectuelles sup., 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 +)	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

$p=0,02$ (Chi2 calculé sans les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, pour raison d'effectifs)

Sources: enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003; Recensement général de la population 1999.

3- La situation financière

En lien (mais pas uniquement) 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 gérés en commun ou donnent lieu à des partages. Les revenus pris en compte incluent les transferts sociaux²⁴. Le revenu du ménage par unité de consommation correspond au revenu mensuel total (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 1^{er} 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 14 ans comptent pour 0,3 unité chacun).

En moyenne, sur notre échantillon des 5 ZUS, le revenu par Unité de Consommation n'est que de 972 € par mois²⁵. 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 liés au travail – qu'il s'agisse de la rémunération du travail, des retraites ou assurances chômage.

Près d'un ménage sur 5 est pauvre 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 monétaires²⁶. 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.)²⁷. 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. Selon cette définition, 18% des ménages interrogés en 2001 sont pauvres, c'est-à-dire en dessous du seuil de pauvreté. Cette proportion est nettement plus élevée que ce que l'on observait en France en 2000 (10,3%)²⁸. Les personnes occupant un emploi stable sont moins fréquemment concernées que les autres, mais la pauvreté parmi elles reste élevée : 14% vivent dans un ménage pauvre (vs 20% pour l'ensemble des actifs de moins de 60 ans). Ces résultats confirment, dans les ZUS étudiées, l'importance d'une catégorie de « travailleurs pauvres ». A titre de comparaison, signalons qu'en France, en 1996, 6% de la population

²⁴ M. Cohen-Solal, C. Loisy, "Transferts sociaux et pauvreté en Europe", *Etudes et Résultats*, n°104, 2001.

²⁵ Les revenus sont ici retranscrits en Francs dans la mesure où, l'enquête ayant été réalisée en 2001, c'est dans cette monnaie que les enquêtés se sont exprimés.

²⁶ Et si un doute persistait sur la question, le présent rapport devrait s'avérer éclairant.

²⁷ Martinez C. *Une mesure de la pauvreté en Ile-de-France en 2000*, Insee, Ile-de-France à la page, Octobre 2003

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

²⁸ Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, *Les travaux 2001-2002*, Paris, La Documentation Française, 2002.

active ayant occupé un emploi au moins un mois dans l'année appartenait à un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté²⁹.

Un écart important entre les ZUS et la population générale se retrouve également lorsque l'on considère les personnes dont le ménage est allocataire d'une ou plusieurs prestations versées par les CAF. En Ile-de-France, 8% de ces personnes vivaient en décembre 1998 dans un ménage pauvre³⁰. Dans notre échantillon des 5 ZUS, cette proportion est 3 fois supérieure : 25% parmi les enquêtés allocataires de moins de 65 ans qui ne sont pas étudiants.

Concernant les revenus moyens et la part des ménages pauvres, on constate des différences entre les ZUS 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. A structures égales, on n'observe plus de différences significatives entre les 5 ZUS étudiées en 2001 en ce qui concerne la part des ménages pauvres (en modèle logit) ni 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 a actuellement des retards de paiement – que ce soit pour 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 connu depuis l'âge de 18 ans, ce sont 8,7% qui déclarent s'être endetté fortement.

A Paris, une distribution des revenus très éclatée en lien avec la structure composite des quartiers

Sur la question des revenus des ménages comme sur d'autres, la population des QPDV du XXème arrondissement diffère fortement du portrait socioéconomique classique de ce type de territoires. En effet, du fait de l'installation croissante de représentants des classes aisées et de la persistance de foyers de grande pauvreté, la distribution des revenus par unité de consommation s'étale de 0€ par mois et par Unité de Consommation à 10 000 €UC. Le revenu mensuel moyen par unité de consommation est de 1357 €. Ce chiffre est élevé par rapport à ce qui avait été observé au sein des 5 ZUS franciliennes en 2001 mais il cache d'importantes disparités (son écart type est de 848,5 €UC). Cette forte dispersion autour du revenu moyen, étonnante pour un quartier prioritaire de la Politique de la Ville, ne l'est pas si l'on se replace dans le contexte parisien. Paris intra muros est la zone où l'on observe les plus fortes disparités cantonales de revenus de toute l'agglomération³¹. De ce fait, malgré un revenu mensuel moyen près du double de celui observé en 2001, la proportion de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté reste très élevée (15,6% vs 18% pour les 5 ZUS étudiées en 2001).

²⁹ C. Lagarenne, N. Legendre, "Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux", Economie et Statistique, n°335, 2000, p. 3-25.

³⁰ B. Debras, D. Chemineau, A. Quigora, "Une approche de la pauvreté en Ile-de-France", *Ile-de-France à la page*, n°195, 2001.

³¹ Martinez C. *Les revenus 2000 déclarés par les ménages franciliens, Ile-de-France à la Page*, Insee, n°224, juin 2003.

PAUVRETE ET REVENUS PAR UNITE DE CONSOMMATION DES MENAGES

	Aulnay	Mureaux	Grigny	Cergy	Belleville	Ensemble
Part des ménages pauvres	24 %	20 %	16 %	16 %	16 %	18 %
Revenus moyens des ménages par unité de consommation	5006 F	5734 F	7249 F	6236 F	7780 F	6373 F

Note : Les ménages pauvres sont les ménages dont le revenu mensuel net par unité de consommation est inférieur au seuil de pauvreté 2001 (3670F).

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

La pauvreté dans les 2 QPDV Parisien : 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 de revenus diffère fortement selon les classes d'âge, et de façon significative. 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 qui grève le budget des ménages³².

Si l'on écarte le cas très particulier 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 ménages les plus affectés par la pauvreté sont les personnes seules et les plus «protégés» sont les couples avec enfants (mais les effectifs sont très faibles). Parmi les jeunes habitant encore chez leurs parents, les familles bi-parentales sont plus affectées que les familles monoparentales. Notons que l'on ne compte pas dans notre échantillon de ménage monoparental autonome tenu par un jeune de moins de 25 ans. La situation des familles monoparentales est cependant toute autre si l'on s'intéresse à l'ensemble des classes d'âge.

Toute catégorie d'âge confondues, les ménages monoparentaux sont ceux qui sont le plus touchés par les difficultés économiques (appréhendées par le revenu mensuel par unité de consommation). Un quart (26%) d'entre elles se situent en effet en dessous du seuil de pauvreté, la situation se dégradant fortement quand le nombre d'enfant augmente. Ainsi, si 26,4% des familles monoparentales ne comptant qu'un enfant sont situées sous le seuil de pauvreté, cette situation concerne deux tiers des familles monoparentales comptant 4 enfants.

³² Guillemin O., Roux V., *Comment se détermine le niveau de vie d'une personne ?*, Insee Première, n°798, Juillet 2001.

Les ménages composés d'au moins une personne étrangère (la personne interrogée) sont globalement plus souvent pauvres que les ménages dont la personne interrogée est française. En analyse univariée, 30% des ménages dits 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'enfant, 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.

Pauvreté objective, pauvreté subjective : une pauvreté sous déclarée dans les QPDV parisien

Une de nos questions amenait les interviewés à situer leur ménage en terme de niveau de vie, comparativement à la moyenne des ménages d'Ile-de-France (moyenne qui était laissée à l'appréciation des enquêtés). Cette comparaison était effectuée au moyen d'une échelle en 5 points (ménages « pauvres », « modestes », « moyens », « aisés » et « 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 avec les seuils de niveau de vie définis par l'Insee pour 2003 permet de mettre en évidence plusieurs phénomènes intéressants. D'une part, on l'a vu plus haut, notre échantillon compterait « objectivement » 16,8% de ménages pauvres et 20,3% de ménages modestes selon les seuils définis par l'Insee. Un rapide croisement entre les deux variables met en évidence que seuls 17,1% des ménages définis comme pauvres par l'Insee se considèrent comme tels ; 44,5% se classent parmi les ménages modestes et 37% estiment même faire partie de la moyenne. Le classement parmi

les ménages riches est marginal (1,4%). On peut faire plusieurs hypothèses vis à vis de cette « sous estimation » déclarée des situations de pauvreté : 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.

L'appréciation de leur situation par les ménages modestes du point de vue de l'Insee se partage entre situation de ménages modestes (42,5%) et ménages moyens (43,1%), alors que 12,7% d'entre eux se considèrent comme ménage pauvre.

Le tableau rapporté ci-dessous amène quelques commentaires. Parmi les différences significatives, l'effet de l'âge est intéressant : globalement toutes les classes d'âge déclarent moins souvent des situations de pauvreté de leur ménage que ce que les données « objectives » tendent à montrer. Cependant, ce sont les jeunes qui déclarent le moins souvent faire partie des ménages pauvres, alors que c'est dans ces deux classes d'âge des moins de 35 ans que l'on trouve le plus de ménages situés en dessous du seuil de pauvreté (défini par l'Insee). Inversement, à lire les chiffres présentés, c'est parmi la classe d'âge des 45 et 59 ans que l'on compte le plus de personnes estimant que leur ménage fait partie des ménages pauvres. En ce sens, ils sont assez proches des proportions « objectives » obtenues à partir du seuil de l'Insee.

Une des explications de ces différences pourrait tenir à la sous-déclaration (du fait par exemple d'oubli) 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, du point de vue des besoins, ceux-ci sont potentiellement moins importants lorsque l'on est jeune et sans enfant que lorsque

l'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.

FREQUENCE DE LA PAUVRETE « OBJECTIVE » ET DE LA PAUVRETE « SUBJECTIVE »
EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DES INDIVIDUS (EN %)

	Déclare appartenir à un ménage pauvre	Appartient à un ménage pauvre selon les critères de l'Insee
Sexe (NS)		
Homme	6,7	14,9
Femme	6,0	18,4
Age ($p < 10^{-3}$)		
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
Nationalité ($p < 10^{-3}$)		
Français	4,3	13,6
Etranger	14,3	29,5
Quartier (NS)		
Belleville – Amandiers	6,9	16,7
Saint-Blaise – Porte de Montreuil	5,5	17,0
Activité ($p < 10^{-3}$)		
Actif ayant un emploi	3,8	8,1
Chômeur	12,6	34,5
Inactif	8,6	25,3

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Note de lecture : 5,2% des 18-24 ans déclarent que leur ménage est pauvre (comparativement à la moyenne francilienne) alors qu'il l'est « objectivement » (au sens de l'Insee) pour 27,5% d'entre eux.

Au delà de 45 ans, la pauvreté monétaire deviendrait, selon nos résultats, de moins en moins tolérable. Comme pour les plus jeunes, le cas des personnes de plus de 60 ans, déclarant beaucoup moins souvent leur ménage pauvre qu'il ne l'est en réalité, peut s'expliquer par la question des besoins : ceux-ci n'étant plus les mêmes après 60 ans qu'en pleine période de vie active. Elle peut aussi s'expliquer par les

effets d'une pauvreté « intériorisée » au fil du temps qui la rendrait plus supportable, ou par une référence implicite à l'échelle de revenus en cours dans la catégorie socioprofessionnelle qui était la leur quand ils étaient actifs. Cela est confirmé par les chiffres issus du croisement entre les variables de pauvreté objective/pauvreté subjective et les classes d'âge.

Enfin, vis à vis de l'activité, les trois possibilités considérées (actifs ayant un emploi, inactifs, chômeurs) réagissent sensiblement de la même manière puisque le taux de pauvreté déclarée est dans les trois situations près de 3 fois inférieur au taux de pauvreté objectif, sauf pour les actifs ayant un emploi où le taux n'est plus que de deux fois inférieur au taux de pauvreté objectif.

La question de la nationalité est, elle aussi, intéressante. Ainsi, les étrangers jugent plus souvent leur ménage pauvre que les français³³, et ils le sont objectivement plus puisque 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. On peut imaginer ici, comme on vient de le voir pour les âges jeunes, un effet des normes sociales et du stigmatisme portant sur les personnes en difficulté financière. L'explication vient aussi (et peut être surtout) du fait que la pauvreté touche les étrangers pour chacune des classes d'âge (près de 30% de chacune des classes d'âge avec un pic à 34,5% pour les 35-44 ans) alors que chez les français, elle touche principalement les jeunes (26,8% des 18-24ans, autour de 10% pour les autres classes d'âge). On retombe ici sur l'interprétation faite par rapport à l'effet de l'âge sur la déclaration ou la non déclaration de situations de pauvreté.

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 la moins bien acceptée par les personnes enquêtées et c'est celle qui conduit à des refus de réponse les plus fréquents et ou aux réponses les plus biaisées. Généralement, la fréquence de ces refus de réponse s'accroît quand on s'élève dans l'échelle sociale et dans l'échelle des revenus...

Nos enquêtes successives n'ont pas dérogé à la règle : on observe 5% de données manquantes sur l'ensemble de l'échantillon des deux enquêtes successives.

Pour dépasser cet obstacle et tenter 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, CSP, durée du travail, etc.), a permis d'affecter aux revenus manquants une valeur prédite par le modèle et jugée proche de la situation réelle.

³³ Y compris en analyse multivariée contrôlant le niveau de revenu, l'âge, le niveau de diplôme et le sexe.

Le logement

Une autre caractéristique commune à la plupart des ZUS réside dans la présence importante de ménages nombreux. Dans notre échantillon de 2001, 20% des ménages (regroupant 38% de la population) sont composés de 6 personnes ou plus, alors que ce n'est le cas que de 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. La ZUS 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 de ménages d'une personne seule (27% contre 15% en moyenne), et le moins de ménages de 6 personnes ou plus. A l'inverse, la ZUS des Mureaux se distingue par une proportion importante de personnes vivant dans des ménages nombreux (6 personnes ou plus) : près d'un tiers des ménages, dans lesquels vivent plus de la moitié des personnes, est dans ce cas.

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'habitat³⁴. 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 n'est composée qu'une d'une pièce unique ou de 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'ont pas encore bénéficié des opérations de rénovation urbaine. Au contraire, dans les quartiers de La Rose des Vents, Cergy Saint-Christophe et surtout Grigny2, 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 grands logements (de 17 à 28% de logements d'au moins 5 pièces).

Des problèmes de surpeuplement

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 au 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. Considérons le fait que le logement compte moins d'une pièce principale par personne. Selon cette

³⁴ 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, p. 59-86.

définition, en 1993-94, le surpeuplement concernait 15% des ménages résidant dans les quartiers prioritaires, contre 10% dans les villes environnantes³⁵. Pour la région Ile-de-France, au recensement de 1990, les quartiers en Convention comptaient 12% de logements surpeuplés. Dans notre échantillon, cette proportion est plus élevée encore : 43.5% des ménages, soit 63.7% de la population vivent en effet dans un logement disposant de moins d'une pièce par personne. A titre de comparaison, dans son étude sur les conditions de vie des habitants des quartier prioritaires de la politique de la Ville à partir d'une enquête de 1993-1994, P. Choffel rapportait un taux de surpeuplement de 15,3% des ménages³⁶ dans ces quartiers, contre 9,2% en France métropolitaine.

Le surpeuplement des logements est particulièrement marqué dans la ZUS des Mureaux et le quartier de « la Rose des Vents » à Aulnay, où il touche respectivement 50.9% et 52.8% des ménages, soit 70% et 75% des individus. Les QPDV parisiens connaissent des situations de surpeuplement particulièrement sévères. Le nombre moyen de personne par pièce y est de 0,96 (écart type de 0,55). Il était de 0,81 pour l'agglomération parisienne en 1999 et de 0,90 pour l'ensemble des ZUS lors du même recensement. Les deux quartiers étudiés sont donc à priori dans une situation de surpeuplement nettement supérieure aux moyennes des quartiers du même type et des quartiers de la même agglomération.

³⁵ D'après l'enquête de l'INSEE Conditions de vie des ménages et extension quartiers

³⁶ Choffel P. Les conditions de vie dans les quartiers prioritaires de la Politique de la Ville. In : Pumain D, Godard F, dir. *Données Urbaines, Tome I*, Paris, PIR Villes - Anthropos, p126.

Cette étude s'appuyait sur l'enquête Conditions de Vie des Ménages 1993-1994 et son extension quartier.

Le surpeuplement du logement est 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 liés à des jugements négatifs portés sur le quartier. Si l'on considère l'ensemble des enquêtés, un sur cinq (19,4%) disent 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 raison.

Le surpeuplement est également lié au sentiment d'être « bien dans son logement, malgré ses inconvénients éventuels ». Lorsqu'on considère par exemple l'indicateur simplifié de peuplement (élaboré par l'INSEE), ce sont 23,0% des personnes vivant dans un ménage surpeuplé qui disent ne pas se sentir bien dans leur logement, contre 8,5% de celles vivant dans un ménage « normal » et 6,1% dans un ménage « sous-peuplé » ($p < 10^{-3}$). 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%, vs 12,1% pour l'ensemble de l'échantillon).

La part des logements sociaux est 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 de la Politique de la Ville. En Ile-de-France, près des deux tiers des résidences principales sont occupées par des locataires HLM dans les quartiers de la politique de la ville, contre seulement une sur quatre dans l'ensemble de la région³⁷. Dans notre échantillon également, l'habitat social est majoritaire, mais son importance est très variable selon les ZUS. Considérons le

³⁷ V. Andrieux, J. Herviant, "Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999", *op. cit.*

sous-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 et des Mureaux, c'est plus de 90% des ménages qui vivent dans des logements sociaux, contre 71% à Cergy, 46% à Belleville et seulement 2% à Grigny².

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 Grigny² – copropriété du parc privé où la majorité des ménages (53% au Recensement 1999, est propriétaire ou accédant à la propriété. Sur l'ensemble de l'échantillon de 2001, seules 23% des personnes sont propriétaires (ou accédants) – alors que ce pourcentage s'élève à 41,6% sur l'ensemble de 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, 12% des personnes sont hébergées par des proches, en grande majorité des membres de la famille. Un tel hébergement, souvent (mais pas toujours) signe de précarité, touche particulièrement les jeunes de moins de 25 ans (32,6% contre 12,6% pour l'ensemble des enquêtés) mais aussi les moins jeunes. 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% vs 17,1%) ; inversement, les étrangers résidant dans les ZUS étudiées sont plus fréquemment locataires dans le parc privé que les Français (19,7% vs 10,5%).

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

Dans l'enquête parisienne de 2003-2004, 2,6% des ménages habitaient en foyer de travailleur 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 semblerait que l'on se situe à des taux bien plus élevés. En effet, l'institut de sondage a rencontré de grandes difficultés pour entrer en contact avec les ménages tirés au sort au sein des hôtels et foyers : le nombre prévu d'entretiens avec ce type de locataires n'a ainsi pas été respecté (30 entretiens prévus, 21 effectivement réalisés).

Ce type de logement concerne principalement des individus de sexe masculin (93,3%), de plus de 35 ans, étranger (76,6%) en provenance du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne pour 93,3% des cas, dont l'arrivée en France remonte en moyenne à... 29,4 ans (écart type 27,15 ans). En effet, 90% d'entre eux 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 l'arrivée en France de ces personnes : 11,1% d'entre eux ont ainsi déjà fait l'objet d'une menace d'expulsion de leur logement (contre 9,5% dans

l'ensemble de l'échantillon). Enfin, 53,2% d'entre eux vivent seuls.

DISTRIBUTION DES MENAGES SELON LA TAILLE
ET NOMBRE MOYEN DE PERSONNES

	Aulnay	Mureaux	Grigny	Cergy	Belleville	Total
nb moyen de pers 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 pers ou + *	25,0%	30,2%	11,8%	20,4%	10,1%	19,6%
N	108	106	119	103	89	525

* Différences significatives entre ZUS
Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001

NOMBRE MOYEN DE PERSONNES PAR PIECE ET
DISTRIBUTION DES MENAGES SELON LE NOMBRE DE PERSONNES PAR PIECE

	Aulnay	Mureaux	Grigny	Cergy	Belleville	Ensemble
nombre moyen de personnes par pièce *	1,17	1,18	1,13	1,12	1,34	1,18
nb de pers. par pièce (p=0,022)						
1 personne ou moins	47,2%	49,1%	61,9%	63,1%	61,8%	56,5%
de 1 à 2 pers. ([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	Mureaux	Grigny	Cergy	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'AGE ET SELON LA NATIONALITE (EN %)

	Propriétaire ou accédant	Locataire HLM	Locataire non HLM	Hébergé par famille ou amis	Autre
Age (Khi ² =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 +	45,1	33,8	12,7	7,0	1,4
Nationalité (Khi ² =0,000*)					
Français	25,8%	46,5%	10,5%	13,2%	4,0%
Etranger	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

Le rapport au quartier

Plusieurs des indicateurs objectifs envisagés jusqu'ici révèlent des différences significatives entre les cinq ZUS de notre échantillon. Intéressons-nous à présent au rapport subjectif que les habitants entretiennent avec leur quartier de résidence. Le quartier peut constituer un vecteur identitaire positif ou négatif – et ce peut-être d'autant plus lorsque les personnes ne trouvent plus dans le travail (étant donné le chômage ou la dégradation de l'emploi occupé) 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, leurs perceptions de leur cadre de vie, des relations de voisinage, comme de la réputation de leur quartier sont autant de dimensions à prendre en compte pour la compréhension de la situation dans une ZUS et, plus largement, 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 le quartier dans lequel ils résident. Ce constat globalement positif ne doit toutefois pas cacher de nombreuses insatisfactions. On peut en outre le relativiser en précisant que plus de la moitié (53%) déclarent devoir ou souhaiter déménager³⁸. Parmi elles, 47% évoquent à ce sujet au moins une raison

liée aux caractéristiques du quartier suivantes: « 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 entre les ZUS. La situation 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 raisons liées au quartier sont le plus fréquemment évoquées (55%, mais les effectifs sont faibles et les différences entre ZUS non significatives). A la question « *Aimez vous habiter dans ce quartier ?* », 79,2% des personnes interrogées répondent par l'affirmative dans les 2 QPDV parisiens. Les habitants de Belleville déclarent plus souvent que ceux de Saint-Blaise qu'ils aiment habiter dans leur quartier (83,9% vs 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 reçue « que » 66,3% de réponses positives. Une analyse multivariée permettrait ici d'aller plus loin dans l'analyse en repérant l'effet spécifique de la localisation géographique sur cette appréciation (en contrôlant les autres facteurs de type statut d'occupation du logement, statut socioéconomique, etc.).

Un chiffre mérite en particulier notre attention : parmi les personnes qui disent

³⁸ A titre de comparaison, seules 15% de la population générale (interrogée lors de l'enquête INED "Populations-Espaces de vie-Environnement" en 1991) déclarent avoir "prévu de changer de logement d'ici un an".

ne pas aimer habiter dans leur quartier, une sur cinq n'envisage pas de déménager prochainement. En d'autres termes, on peut considérer que 9% des enquêtés se trouvent dans une situation de contrainte manifeste (ou peut-être 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 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 deux tiers des enquêtés estiment que leur quartier est plutôt mal perçu ou très mal perçu par les autres. Or plus d'un enquêté sur dix déclare que leur lieu de résidence a été facteur de discrimination à leur encontre. Ainsi, pour 15% de notre échantillon, la réputation du 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 de grands ensembles d'Aulnay 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 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 notre échantillon estiment que leur dignité est ou a déjà été atteinte par cette mauvaise réputation – ce qui est considérable. A Paris, 49,9% des interviewés considèrent que leur quartier a une bonne réputation contre 50,1% qui considèrent l'inverse. Sur ce point en particulier l'analyse par quartier est intéressante. En effet, si aucun des deux quartiers n'est considéré comme ayant une très bonne réputation, le pourcentage d'avis favorable pour Belleville s'élève à 56,8% contre 63,8% d'avis défavorables dans le cas de Saint-Blaise.

Pour la plupart des autres indicateurs du rapport au quartier également, les cinq ZUS étudiées se différencient de façon significative. La logique sous-jacente à ce tableau, 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 de souligner la diversité des territoires (ne serait-ce qu'au sein d'un échantillon de cinq zones urbaines sensibles) et surtout le fait que la position relative des ZUS varie selon l'indicateur considéré. Ceci conforte notre hypothèse d'une nécessité d'interroger plusieurs dimensions du rapport au quartier.

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 dans le tableau ci-dessus. Selon cet indicateur, un tiers des enquêtés a une opinion défavorable de leur quartier sur plus de la moitié des questions 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 ¾ de réponses (tableau non reproduit). On peut noter ici que d'une manière générale, le fait de se sentir bien dans son logement est 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 1991³⁹.

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 » : l'âge, le sexe, la nationalité, le statut matrimonial, le fait de vivre ou non des enfants, 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 global négatif. Il en est de même de la qualité des relations entretenues avec les voisins : les personnes qui sont en mauvais termes avec eux ont cinq fois plus souvent un tel jugement que les personnes en bonnes relations avec leurs voisins. 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 (odd 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 surtout lié à la manière qu'ont les individus de vivre leur cadre de vie et de se définir par rapport à lui.

INDICATEUR AGREGE DES OPINIONS SUR LE QUARTIER DE RESIDENCE (EN %)

	Aulnay	Mureaux	Grigny	Cergy	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 ¾ d'opinions favorables	47,2	51,9	64,2	62,1	62,2	57,5
plus des 3/4 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

³⁹ P. Collomb, F. Guérin-Pace, *Les Français et l'environnement*, Paris, INED-PUF, 1998.

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIEES A UNE APPRECIATION DU QUARTIER NEGATIVE

		OR	IC 95,0%	
ZUS	HBM-Belleville			
	Aulnay (Rose des Vents)	1,479	0,741	2,953
	Les Mureaux	1,385	0,697	2,752
	Grigny2	0,722	0,361	1,445
sexe	Cergy Saint-Christophe	0,991	0,496	1,979
	Homme			
âge	Femme	1,334	0,873	2,039
	18-24 ans			
	25-34 ans	1,080	0,601	1,938
	35-54 ans	0,866	0,487	1,541
nationalité	55-74 ans	0,981	0,483	1,996
	Français			
	Etranger	0,840	0,527	1,339
Réputation du quartier a déjà nui à sa dignité	Non			
	Oui	4,616	2,270	9,385
Réputation du quartier a déjà nui à sa recherche d'emploi	Non			
	Oui	2,641	1,312	5,318
Réputation du quartier a déjà nui à ses relations avec famille, amis, collègues	Non			
	Oui	3,834	2,072	7,094
« je me sens constamment sous pression »	Pas d'accord			
	D'accord	1,820	1,151	2,878
Qualité vécue des relations avec les voisins	Bonnes			
	Mauvaises	4,927	1,453	16,708
	Pas de relations avec eux	1,607	0,983	2,627

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001

SOLDE D'OPINIONS FAVORABLES* SUR DIFFERENTS ASPECTS DU QUARTIER DE RESIDENCE

	Aulnay	Mureau x	Grigny	Cergy	Bellevill e	Total	p**
Réputation (<i>comment votre quartier est-il généralement perçu par les autres ?</i>)	- 53.8	- 20.4	- 21.2	- 36.9	- 14.2	- 29.5	S
Insécurité relative (<i>il y a + d'insécurité que dans les autres quartiers de la ville</i>)	22.3	50.0	67.2	47.5	15.7	41.9	S
Sentiment d'insécurité (<i>souvent-de tps en tps / exceptionnellement-jamais</i>)	35.2	45.2	41.2	43.6	18.0	36.4	NS
Satisfaction à l'égard des transports en commun	2.8	6.6	55.5	69.9	66.6	39.5	S
Satisfaction à l'égard des commerces	32.1	8.5	76.4	66.6	70.8	50.7	S
Satisfaction à l'égard des opportunités d'emploi	- 54.6	- 34.9	- 25.8	- 14.8	- 18.0	- 30.1	S
Satisfaction à l'égard des services médicaux	48.2	54.2	56.3	80.5	60.7	59.7	S
Beaucoup de chômage	- 51.8	- 59.0	- 42.9	- 41.8	- 48.3	- 48.7	S
Facilité à se faire des amis	46.3	28.3	22.7	42.7	12.4	30.8	NS
Problèmes de drogue	- 54.6	- 34.9	- 25.8	- 14.8	- 18.0	- 30.1	S

Santé, inégalités et ruptures sociales dans 7 quartiers défavorisés d'Ile-de-France

Dégradation des habitations et communes	des parties	- 48.2	- 44.3	13.6	- 8.7	- 29.2	- 22.5	S
Dégradation des habitations et communes	des parties	- 48.2	- 44.3	13.6	- 8.7	- 29.2	- 22.5	S
Sentiment de compter sur ses voisins pour être aidé	pouvoir	- 57,4	- 66,0	- 81,6	- 78,6	- 88,8	- 74,2	S

*Note de Lecture la proportion des habitants du quartier d'Aulnay à estimer que le quartier à une mauvaise ou très mauvaise réputation est supérieure de 53.8 points à la proportion d'habitants estimant que le quartier a une bonne ou une très bonne réputation.

** S = différences entre ZUS significatives ; NS = différences non significatives. Le test de significativité est appliqué à la distribution de toutes les réponses, exceptés les "Ne Sait Pas" lorsque leur effectif est trop faible.

SOLDE D'OPINIONS FAVORABLES SUR DIFFERENTS ASPECTS DU QUARTIER DE RESIDENCE

	Belleville	Saint-Blaise	Ensemble	p*
Qualité des relations avec les voisins	74,4	67,8	72,2	NS
Aimer habiter le quartier	67,6	40,1	58,5	S
Satisfaction à l'égard des services médicaux	67,6	55,3	63,5	S
Satisfaction vis à vis des commerces	63,9	58,5	62,1	NS
Satisfaction à l'égard des écoles et des établissements d'enseignement	31,4	27,5	30,1	NS
Réputation du quartier	13,2	-27,4	-0,3	S
Satisfaction à l'égard des équipements culturels	10,0	8,2	9,4	NS
Prise en compte de l'avis des habitants dans les actions mises en oeuvre dans le quartier	3,7	-4,7	0,9	NS
Satisfaction à l'égard des équipements sportifs	1,2	50,5	17,5	S
Satisfaction à l'égard de l'entretien et de la propreté de la voie publique	-12,5	-14,3	-13,1	NS
Lieux où s'adresser dans le quartier en cas de problèmes	-33,8	-21,1	-29,6	NS
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	NS
Sentiment d'insécurité	-60,5	-36,5	-52,6	S

* test statistique réalisé en comparant la distribution des modalités de réponses par quartier.

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

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 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 d'intégration sociale et sur les ruptures des trois types de liens sociaux : le lien de filiation, le lien d'intégration et le lien de citoyenneté. C'est l'objet de ce chapitre.

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 de l'INSEE conditions de vie des ménages de 1986-1987 réalisée en population générale, ainsi qu'à des données de l'enquête « Personnes en détresse » réalisée 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 lorsque l'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 amène 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

démonstrées au sein de la population aidée par les services de la FNARS⁴⁰.

1- Les ruptures du lien de filiation

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 mésestime et de graves disputes entre les parents, par de mauvais traitements envers les enfants, par des crises profondes au sein de la fratrie à tel point qu'il devient difficile, voire impossible à l'enfant et à l'adolescent de s'identifier de façon positive à sa famille, ce qui peut conduire à une rupture plus tardive avec celle-ci à l'âge adulte.

⁴⁰ S. Paugam, M. Cléménçon, *Détresse et ruptures sociales. Enquête auprès des populations s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion*, Rapport pour le PUCA, OSC, février 2002.

FREQUENCE DES RUPTURES FAMILIALES ET D'UN ENVIRONNEMENT FAMILIAL DEGRADE
DURANT L'ENFANCE ET LA JEUNESSE (EN %)

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001 n = 525	Personnes en détresse OSC/Fnars 2000-2001 n = 1160	Conditions de vie INSEE 1986-1987 (18-64 ans) n = 10606
Ruptures du lien de filiation			
A l'âge de 10 ans, ne vivait pas avec ses 2 parents	23,8	24,9*	-
Décès de l'un des parents	18,0	20,2	-
Décès d'un frère et/ou d'une soeur	8,5	11,5	-
Divorce ou séparation des parents	13,3	32,6	8,5
Séparation >6 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	-
Environnement familial dégradé			
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	-
Tentatives suicide 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	-
Intervention éducative ou judiciaire			
Suivi par un juge des enfants	4,4	20,2	-
A été en prison	0,8	5,5	-
Problèmes personnels			
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, notre population d'étude 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%). A l'âge de 10 ans, plus d'un enquêté sur cinq ne vivait pas avec ses deux parents⁴¹, 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 les ZUS est important. Il traduit un phénomène rarement pris en compte dans les analyses des inégalités et de la reproduction de la

les hommes sans domicile enquêtés par l'INED en 1995 (même s'il faut prêter attention aux différences de structures par âge). Cf. M. Marpsat, J.M. Firdion (éds.), *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, Paris, INED-PUF, 2000.

⁴¹ A titre de comparaison, on peut signaler que cette proportion est très similaire à celle retrouvée chez

pauvreté, lesquelles sont généralement menées sous l'angle économique (revenus du ménage) ou sous l'angle de la catégorie socioprofessionnelle. Les conditions de vie dans la jeunesse sont également des facteurs qui déterminent, au moins partiellement, 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 été suivi par 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% vs 2,2%) et d'abus sexuels (5,4 vs 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% vs 7,4%). A l'inverse, les hommes ont été suivi par un juge des enfants dans une proportion plus grande que les femmes (6,5% vs 2,7%).

On constate que certaines difficultés et ruptures durant la jeunesse sont significativement corrélées à l'image et à l'estime (actuelles) de soi. En première analyse univariée (cf. tableau), 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 », considéré ici comme indicateur de stress.

De telles difficultés dès 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, par exemple, si 38% de ceux qui ont connu un conflit grave avec un membre de leur famille ont une faible estime d'eux-mêmes, la majorité (62%) de ceux qui ont vécu une telle difficulté n'ont pas ce problème d'estime de soi.

A 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 n'est pas décédé 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 étant faibles). C'est en revanche beaucoup plus qu'en population générale : d'après l'enquête sur les Conditions de vie des ménages, réalisée en 1993-94, seuls 7% des enquêtés n'ont eu aucun contact avec leur père au cours de l'année et 4% avec leur mère (parmi les personnes potentiellement concernées).

LES RELATIONS AVEC LES PARENTS (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'1 an (parmi les ind. 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'1 an (parmi les ind. 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'1 an (parmi les ind. potentiellement concernés)	1,7

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001

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 (d'au moins 6 mois), placement 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 parent, 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.

NOMBRE DE DIFFICULTES VECUES DANS LA FAMILLE AVANT 18 ANS (EN %)

0 ruptures	40,1
1	25,0
2-4	24,5
5-15	10,3

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001

L'indicateur obtenu montre que 40,1% des enquêtés n'ont vécu, avant l'âge de 18 ans, aucune des 18 difficultés considérées ici ; 10,3% en ont vécu 5 ou plus. 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 des répercussions négatives sur l'insertion des adultes⁴². 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, des problèmes d'intégration sociale et professionnelle. Dans notre échantillon de 5 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

⁴² S. Paugam, M. Cléménçon, *Détresse et ruptures sociales...*, op. cit.

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 1 rupture, à 46,0% chez ceux qui

ont connu entre 2 et 4 ruptures, et atteint même 59,3% chez ceux ayant connu 5 ruptures ou plus ($p < 10^{-3}$) (tableau non reproduit).

2- Les ruptures du lien d'intégration

Le lien d'intégration relève 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, culturelles, les groupes d'amis et le monde du travail. Tout comme le lien de filiation, le lien d'intégration peut aussi se rompre dans l'un ou l'autre de ces « mondes sociaux ».

Intégration scolaire

Dans le cadre de l'école, la rupture passe par le refoulement dans des classes dévalorisées, la mésentente avec les enseignants et les élèves et 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 se caractérise 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 et 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.

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 notre échantillon, 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 orienté contre leur gré, et 11,6% qu'ils ne se sentaient pas capable 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.

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% vs 9,0%, p=0,017). On ne constate par contre pas de différences aux autres niveaux scolaires.

DIFFICULTES 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 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 en classe à l'école primaire	12,0	16,9
Ne se sentait pas bien intégré en classe au collège	9,3	19,6
Ne se sentait pas bien intégré 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	-
N	525	1 160

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 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

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 – 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 (7,0% des hommes et 18,2% des femmes). 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 autonomie sont effectivement deux fois plus nombreuses à avoir un score global

d'estime de soi « très mauvais » (cf. chapitre 3) : 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 d'intégration. 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 souligné précédemment 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 au premier chapitre, est intériorisée par beaucoup des enquêtés. Ainsi, 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 ». A titre de comparaison, cette proportion était trois fois moindre parmi les salariés interrogés en population générale par l'OSC en 1995⁴³. L'intériorisation des difficultés sur le marché du travail se repère également parmi les chômeurs. Parmi les 95 personnes qui ont entrepris récemment des démarches pour trouver un emploi, moins de la moitié seulement (45,9%) affirment qu'elles ont bon espoir que ces démarches aboutissent prochainement. La proportion de ceux qui n'ont pas bon espoir sur ce point atteint 23%.

Par ailleurs, un nombre important de personnes estime avoir été confronté à des

discriminations ou une stigmatisation sur le marché du travail ou du fait 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 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 4 fois plus de probabilité d'avoir été personnellement confronté à une discrimination dans le milieu du travail (tableau non cité). 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 enquêtés disent que certaines personnes les jugent négativement à cause de leurs revenus ou de leur situation professionnelle. Les personnes au chômage sont les plus nombreuses, proportionnellement, parmi elles, mais ne sont pas les seules. En effet, 1/3 des chômeurs, mais aussi 1/5 des actifs occupés et 1/5 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 les éventuelles satisfactions que leur procurait leur travail, dans les domaines suivants : le travail en lui-même, la rémunération, les possibilités de promotion, les avantages sociaux, les

⁴³ S. Paugam, *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF, 2000.

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 une 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 ont répondu en fonction de leur satisfaction à avoir une activité professionnelle. Retenons quoiqu'il en soit qu'au total, c'est plus d'un tiers des enquêtés (34,3%) qui ne trouvent dans leur emploi pas 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 tous ou dans cinq des six domaines abordés.

Un score global à 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 0 en cas de 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 ne leur apporte pas plus de satisfactions que d'insatisfaction.

DISTRIBUTION DES SALARIES 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

SATISFACTIONS APORTEES 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

DIFFICULTES DANS LE CADRE PROFESSIONNEL (EN %)

Période de chômage > 6 mois	38,8
Racisme ou discrimination dans le cadre professionnel ou recherche d'emploi	25,9
Sentiment d'être jugé négativement du fait de sa situation professionnelle	21,0
Satisfaction au travail *	
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

3- Les difficultés dans la vie de couple

Dans les 5 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 des 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 du 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 2 fois plus souvent par les femmes que par les hommes.

Un point particulier concerne les violences (actuelles ou passées) au sein de 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% vs 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 elles-mêmes victimes de comportements violents de la part de leur du conjoint (dont un cinquième le sont encore actuellement). C'est beaucoup moins que des données récentes de prévalence vie entière publiées en Grande Bretagne (autour de 40%)⁴⁴ ; cela apparaît également faible en comparaison des données d'incidence française de l'enquête ENVEFF, qui estime qu'une femme sur 10 est victime chaque année de violence conjugale, tous types confondus⁴⁵. 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 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 l'épreuve.

⁴⁴ F. Bradley, M. Smith, J. Long, T. O'Dowd, "Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice", *BMJ*, 324, 2002, p. 271 ; J. Richardson, J. Coid, A. Petruckevitch, W.S. Chung, S. Moorey, G. Feder, "Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care", *BMJ*, 324, 2002, p.274.

⁴⁵ 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, p.1-8.

RUPTURES OU TENSIONS AU SEIN DES RELATIONS DE COUPLE ACTUELLES OU PASSES (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
Eloignement prolongé d'avec le conjoint	13,6	15,1	ns	14,5
Violence au sein du couple/de la famille				
Comportement 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
Relation de couple actuelle				
Relations jugées mauvaises ou très mauvaises	0,8	6,4	-	4,0
N	183	251		434

* 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, personnes ayant vécu au moins une relation de couple ou sentimentale

RUPTURES CONJUGALES OU SENTIMENTALES IMPORTANTES (EN %)

	hommes	femmes	ensemble
A vécu (au moins) une rupture	59,0	51,6	54,7
dont			
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
N'a jamais vécu de rupture	41,0	48,4	45,3
	183	250	433

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001, parmi les personnes ayant vécu au moins une fois une relation sentimentale importante

4- Autres difficultés personnelles

Notre questionnaire interrogeait d'autres types de difficultés personnelles vécues à l'âge adulte. La comparaison des données ainsi recueillies 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 hospitalisé 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 ans⁴⁶ 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 ($p < 10^{-3}$), ou des violences psychologiques ou morales qui concernent 6,2% des hommes et 17,5% des femmes ($p < 10^{-3}$). Les femmes françaises sont plus souvent victimes de violences physiques et sexuelles que les étrangères (23,5% vs 15,1%), et aussi de violences psychologiques ou morales (40,0% vs 25,3%) même si les différences ne sont pas significatives et qu'on ne peut exclure de biais de déclaration. D'une manière générale également, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter avoir fait une tentative de suicide (4,7% vs 1,7%, $p = 0,048$).

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

5- L'isolement social

Certaines études menées dans les territoires 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 territoires⁴⁷. Mais quelques-unes soulignent à l'inverse une plus grande solidarité entre résidents. Nous disposons dans l'enquête SIRS de plusieurs indicateurs qui renvoient à la sociabilité et à l'intensité des liens sociaux. Nous évoquerons 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 signifie non seulement être pauvre en termes 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 quartiers étudiés, 21,9% des enquêtés disent qu'il n'y a personne dans leur entourage à qui ils peuvent se confier – 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 pas de différences significatives selon l'âge ni la nationalité).

Cette rupture dans le cycle d'échange 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, financièrement, d'autres situations telles que « donner un

⁴⁶ Parmi les violences subies, un grand nombre relève du domaine des violences conjugales – comme nous l'avons vu précédemment.

⁴⁷ Cf. P. Choffel, "Les conditions de vie dans les quartiers prioritaires de la Politique de la ville", *op. cit.*

coup de main ». Cette proportion est importante, et dénote de 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 personnes âgées de 18 à 24 ans ne peuvent compter sur personnes pour être aidé dans ces situations, 6,6% dans la classe d'âge 25-34 ans, 13,4% chez les 35-54 ans et enfin 21,1% parmi les personnes âgées de 55 à 74 ans ($p < 10^{-3}$).

Nous avons distingué le sentiment de pouvoir compter sur autrui selon le lien qui l'unit à l'enquêté. Malgré 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 pas même pour de menus services. Cette proportion s'élève à 40% en ce qui concerne les amis.

Lorsqu'on interroge directement les enquêtés sur leur sentiment personnel, 5,1% donnent une note de 1 ou 2 sur une échelle de 10 points allant de « je me sens souvent seul » à « je me sens bien entouré ». Ce sentiment de fort isolement touche proportionnellement trois fois plus souvent les étrangers que les français (12% vs 2,4%). Il n'est pas surprenant de constater que le sentiment d'isolement est 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'estime entouré – et même 40% très bien entouré (note de 9 ou 10 sur l'échelle de 10 points).

DIFFICULTES A L'AGE ADULTE (EN %)

	enquête SIRS Ile-de-France 2001	OSC-FNARS "Personnes en détresse" 2000-2001
Intervention judiciaire		
Condamnation justice	1,8	25,4
Prison	1,3	19,8
Problèmes de logement		
Au moins une nuit (hors vacances) sans domicile fixe	9,1	-
Expulsion/déménagement dû à une menace d'expulsion	4,4	24,1
Problèmes personnels et relationnels		
Problème santé	15,8	33,2
Hôpital psychiatrique	3,2	20,7
Tentatives suicide	3,4	23,1
Problèmes avec l'alcool ou la drogue	3,1	alcool 27,1 ; drogue 17,1
Victime de violences psychologique ou morales	12,4	
Victime de violences physiques ou sexuelles	7,3	34,3

ISOLEMENT SOCIAL (EN %)

	enquête SIRS Ile-de-France 2001	"Personnes en détresse" OSC-FNARS 2000-2001
Pas de personnes à qui se confier	21,9	24,3
Sentiment d'être isolé(q117<5)	20,6	38,7
Fort isolement (q117<3)	5,1	23,9
Sentiment d'être très bien entouré (q117>8)	39,8	27,2
pour être aidé, ne peut compter sur...		
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
N'est pas sorti plus d'une fois au cours du dernier mois avec de la famille ou des amis	37,7	-

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 selon les quartiers. Par contre, la qualité des relations avec les voisins est corrélée au jugement global (indicateur agrégé) porté sur le quartier ($p < 10^{-3}$): les personnes qui portent un jugement très négatif sur leur quartier (plus de $\frac{3}{4}$ de réponses défavorables) ne sont en effet que 35% à entretenir de bonnes relations avec leurs voisins ; cette proportion atteint 93% lorsque plus des $\frac{3}{4}$ des réponses sont favorables (tableau non reproduit). 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. Celle-ci est très similaire dans les cinq ZUS étudiées et relativement faible :

seuls 10,5% des enquêtés ont déclarés 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 bas⁴⁸, 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 chômeurs⁴⁹. A 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 PORTE SUR LES RELATIONS AVEC LES VOISINS (EN %)

	Relation 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

DIFFICULTES D'INSERTION DANS LE QUARTIER DE RESIDENCE (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

6- 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. A défaut d'être rattaché à une famille, d'être intégré

dans la vie professionnelle, 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 à l'écart - des institutions pour accéder à des papiers d'identité et pouvoir exercer leurs droits.

⁴⁸ Voir par exemple F. Héran, "Un monde sélectif : les associations", *Economie et Statistique*, n°208, 1988, p. 17-32.

⁴⁹ Cf. S. Paugam, J.P. Zoyem, J.M. Charbonnel, *Précarité et risque d'exclusion en France*, Paris, La Documentation française, "Documents du CERC" n°109, 1993.

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 leur 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 notre population d'étude, même si le statut de séjour des étrangers donne lieu à de nombreuses réponses manquantes, environ 7% des étrangers déclarent ne pas avoir 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 constitue bien souvent une entrave à l'insertion.⁵⁰ 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 et les celles que nous qualifierons ici de « représentatives » (élections du personnel, Prud'hommes, 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, moins de 15% des Français ayant le droit de vote ne l'ont pas exercé entre 1995 et 1997, faute d'être inscrit sur les listes électorales ou faute de voter⁵¹. Dans notre échantillon, c'est presque la moitié des Français (46,4%) qui n'a 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 en France est bien sûr très fortement corrélée à la nationalité, mais il faut tout de même noter que 7,8% des étrangers (essentiellement des ressortissants de l'Union Européenne, n=9 sur 12) déclarent être inscrits sur les listes électorales 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 1997⁵². Les hommes sont plus fréquemment inscrits que les femmes, et le taux

⁵⁰ Cf. 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.*, p. 325-347.

⁵¹ F. Héran, "Les intermittences du vote. Un bilan de la participation de 1995 à 1997", *INSEE Première*, n°546, sept. 1997.

⁵² *ibid.*

d'inscription augmente avec l'âge (cf. tableau).

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%⁵³. 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 : seuls 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 : en population générale, 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 voté dans les cinq dernières années : 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. A structures égales, les taux de participation les plus élevés sont repérés à Belleville, puis à Cergy puis Grigny.

Le rapport à l'Etat-providence

Le bénéfice d'une prestation de l'Etat Providence entre dans le champ du lien de citoyenneté, dans la mesure où il reflète, en lien bien sûr avec la situation familiale et financière, l'application d'un droit reconnu aux citoyens. Dans notre échantillon, nombreux sont ceux qui comptent parmi leurs sources de revenus des prestations sociales et/ou familiales (voir tableau). 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 proviennent de cette

⁵³ *ibid.*

prestation. A titre de comparaison, signalons que la population francilienne compte 2,8% d'allocataires du RMI. 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 28% se sont pas rendus, au cours des six derniers mois, à la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) et 24% à un bureau d'aide sociale. Ces recours sont significativement corrélés à la situation financière des individus – augmentant avec le niveau de difficultés ressenties. Mais les prestations assurées par l'Etat-providence apparaissent insuffisantes pour un certain nombre de personnes. Ainsi, 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 la ZUS de résidence des enquêtés (tableaux non reproduits).

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, la couverture du risque maladie était particulièrement interrogée par notre questionnaire. On sait que l'accès à une couverture sociale est inégalement répartie dans la population, selon la situation familiale, professionnelle et la catégorie sociale des individus. Dans les 5 ZUS étudiées, la majorité des enquêtés est assurée à la Sécurité sociale. Mais 3,4% ne bénéficient d'aucune couverture sociale pour prendre en charge leurs éventuels frais de santé. Et la protection maladie liée au système assitanciel – 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 protections maladie sont délivrées sous conditions de ressources), 10,5% de notre échantillon en bénéficie. Cette proportion est deux fois supérieure à ce qu'on observe en population générale (4,7% d'après la dernière enquête Soins, santé et protection sociale en 2000 du CREDES). 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 les institutions

Au-delà des droits effectivement accordés, il convient de s'interroger sur le rapport que chaque individu entretient avec l'Etat et ses institutions. Une dimension importante de ce rapport est la confiance dans les institutions. Nous avons ainsi interrogé les individus sur leur confiance dans plusieurs institutions de la société française au cours de l'enquête parisienne en 2003-2004.

Malgré le fait que nous n'ayons pas de données équivalentes dans les ZUS hors Paris interrogées en 2001-2002, ce 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 ce système.

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

REPARTITION SELON LA CONFIANCE DANS DIFFERENTES INSTITUTIONS

	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'Education 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 20^{ème} 2003

Les liens ressentis 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, d'après les données recueillies sur ces domaines, il est intéressant d'étudier les relations que les enquêtés font eux-mêmes. Ces relations subjectivement ressenties ont été interrogées 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.

1- L'influence perçue de ses conditions de vie sur sa 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.⁵⁴ Sur ce point, on n'observe pas de différences significatives selon le genre, la nationalité ni l'origine, ni 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. La situation professionnelle est également associée à cette question : les chômeurs sont dans une situation particulièrement défavorable, 62,9% d'entre eux rapportant un tel impact négatif.

Des différences significatives sont à constater selon le quartier de résidence. Dans les QPV Belleville-Amandiers et St-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 des questions légèrement différentes entre l'enquête de 2001 et celle de 2003. Pour contourner cet éventuel biais, intéressons-nous uniquement aux quartiers interrogés en 2001 ; on note alors des différences importantes entre d'une part les Mureaux et Cergy, 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 et Grigny 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.

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 ».

IMPACT DES CONDITIONS DE VIE SUR LA SANTE. PROPORTION D'INDIVIDUS RAPPORTANT QUE LEURS CONDITIONS DE VIE NUISENT A LEUR SANTE PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE OU A LEUR

MORAL			
	% Oui	% Non	p value
Age			<10 ⁻³
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	
Situation professionnelle			<10 ⁻³
Actif occupé	38,2	61,8	
Chômeur	62,9	37,1	
Retraité	29,8	70,2	
Autre inactif	35,9	64,1	
Quartier			<10 ⁻³
Belleville	49,6	50,4	
Saint-Blaise	47,3	52,7	
Aulnay	29,6	70,4	
Les Mureaux	15,2	84,8	
Grigny2	26,9	73,1	
Cergy	20,0	80,0	
Ensemble	40,3	59,7	100%

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444**Sentiment que ses conditions de vie nuisent à sa santé. Modèle logistique**

	OR	IC 95%	
Genre			
Homme	ref		
Femme	0,718	0,432	1,194
Age			
18-24 ans	ref		
25-34 ans	0,784	0,382	1,610
35-44 ans	0,705	0,329	1,510
45-59 ans	0,753	0,324	1,751
60-74 ans	0,783	0,188	3,252
Origine			
Français de parents français	ref		
Français de parent(s) étranger(s)	1,289	0,685	2,425
Etranger	0,824	0,456	1,489
Niveau scolaire			
Aucun ou primaire	ref		
Secondaire 1 ^{er} cycle	0,683	0,300	1,551
Secondaire 2 ^{ème} cycle	0,913	0,405	2,058
Supérieur	1,808	0,713	4,584
Situation professionnelle			
Actif occupé	ref		
Chômeur	0,207	0,109	0,393
Retraité	0,910	0,216	3,836
Autre inactif	0,755	0,401	1,420
Quartier			
Aulnay	ref		
Les Mureaux	2,185	1,057	4,514
Grigny2	0,971	0,510	1,847
Cergy	1,687	0,834	3,413

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

SENTIMENT QUE CE QUI SE PASSE DANS SON QUARTIER NUIT A SA SANTE PHYSIQUE, MENTALE OU A SON MORAL. MODELE LOGISTIQUE.

	OR	I.C. 95%	
Genre			
Homme	ref		
Femme	1,362	0,425	4,362
Age			
18-24 ans	ref		
25-34 ans	1,056	0,170	6,583
35-44 ans	0,358	0,053	2,418
45-59 ans	0,277	0,034	2,225
60-74 ans	5,957	0,187	189,308
Origine			
Français de parents français	ref		
Français de parent(s) étranger(s)	2,017	0,444	9,156
Etranger	0,562	0,150	2,112
Niveau scolaire			
Aucun ou primaire	ref		
Secondaire 1 ^{er} cycle	0,760	0,116	4,984
Secondaire 2 ^{ème} cycle	1,480	0,215	10,194
Supérieur	0,139	0,013	1,452
Situation professionnelle			
Actif occupé	ref		
Chômeur	0,240	0,054	1,071
Retraité	0,045	0,002	1,184
Autre inactif	1,363	0,255	7,298
Quartier			
Aulnay	ref		
Les Mureaux	0,721	0,142	3,659
Grigny2	12,048	2,382	60,950
Cergy	8,360	1,463	47,769

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

Parmi les conditions de vie mentionnées pour avoir un impact négatif sur leur santé, les conditions de logement et les problèmes financiers sont autant cités (après ajustement sur les variables socioéconomiques et démographiques) par les résidants des différentes ZUS. Par contre, le risque de citer les conditions de travail est inférieur pour les habitants de Cergy.

Par ailleurs, certains enquêtés rapportent que «ce qui se passe dans leur quartier» affecte leur santé : en analyse univariée comme en analyse multivariée, ce sont les habitants des ZUS de Grigny et de Cergy qui sont les plus concernés.

2- L'influence des évènements de santé sur ses conditions de vie

Ainsi, dans l'ensemble de l'échantillon, 7% des enquêtés ont connu des problèmes de santé ayant entraîné de graves problèmes financiers. Dans l'autre sens de la relation, 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. Ainsi, dans l'enquête 5 ZUS, 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 problèmes d'argent pour 7,7% et une rupture avec leur conjoint ou partenaire de

vie pour 2,8% ; enfin, 11,1% rapporte 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 plus de une.

Nous avons interrogé une autre conséquence sociale possible des questions

de santé, relative à la vie de couple. Au total, 2,3% des enquêtés rapportent avoir eu des problèmes de santé, des accidents corporels ou des maladies ayant entraîné une rupture avec leur conjoint ou partenaire de vie (sans différences significatives selon le genre, l'âge, l'origine, le niveau d'étude, la situation professionnelle ni le quartier de résidence).

IMPACT DE PROBLEMES DE SANTE SUR LA SITUATION FINANCIERE . PROPORTIONS D'INDIVIDUS
RAPPORTANT QUE DES PROBLEMES DE SANTE ONT ENTRAINE DE GRAVES PROBLEMES
D'ARGENT

	% Oui	% Non	p value	
Genre				
Homme	7,3	92,7	NS	
Femme	6,0	94,0		
Age				
18-24 ans	0,4	99,6	<10 ⁻³	
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		
Origine				
Français de parents français	8,4	91,6	0,03	
Français de parent(s) étranger(s)	4,5	95,5		
Etranger	4,7	95,3		
Niveau scolaire				
Aucun ou primaire	9,0	91,0	0,04	
Secondaire 1 ^{er} cycle	8,0	92,0		
Secondaire 2 ^{ème} cycle	4,3	95,7		
Supérieur	7,7	92,3		
Situation professionnelle				
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	6,3	93,7		
Saint-Blaise	10,3	89,7		
Aulnay	2,8	97,2		
Les Mureaux	3,8	96,2		
Grigny2	5,9	94,1		
Cergy	5,8	94,2		
Ensemble	6,6	93,4		100%

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

IMPACT DE PROBLEMES DE SANTE SUR LA SITUATION FINANCIERE. MODELE LOGISTIQUE

	Exp(B)	IC 95%	
Genre			
Homme	ref		
Femme	0,645	0,400	1,040
Age			
18-24 ans	ref		
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	19,123	1,957	186,873
Origine			
Français de parents français	ref		
Français de parent(s) étranger(s)	0,604	0,314	1,164
Etranger	0,396	0,207	0,758
Niveau scolaire			
Supérieur	ref		
Aucun ou primaire	1,888	0,818	4,356
Secondaire 1 ^{er} cycle	1,798	0,923	3,503
Secondaire 2 ^{ème} cycle	2,387	1,306	4,362
Situation professionnelle			
Actif occupé	ref		
Chômeur	2,494	1,363	4,563
Retraité	0,712	0,191	2,650
Autre inactif	3,245	1,738	6,058
Quartier			
Belleville	ref		
Saint-Blaise	1,279	0,744	2,200
Aulnay	0,359	0,104	1,245
Les Mureaux	0,760	0,254	2,269
Grigny2	0,813	0,330	2,000
Cergy	0,663	0,268	1,638

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

Les représentations, attitudes et rapport à la santé et à la médecine

Pour comprendre les comportements liés à la santé et le recours aux soins des personnes, il convient de s'intéresser aux logiques qui guident ces comportements et recours. 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, les structures médico-sociales, ainsi que du contexte social et d'interaction dans lequel ces personnes se trouvent. Il ne faut pas oublier que les comportements liés à la santé sont contraints par les capacités matérielles et symboliques de les réaliser, et 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 (nous étudierons par la suite des dimensions moins individuelles), complétées par certaines questions issues d'un outil utilisé dans plusieurs autres recherches : le « Health Perceptions Questionnaire »⁵⁵. Ces questions concernent les perceptions

sur la santé dans le passé, le présent et le futur, ainsi que sur la résistance à la maladie et les attitudes vis-à-vis de la maladie. Nous avons également élaboré quelques questions sur les représentations et attitudes liées au rapport à la médecine.

1- Représentations liées à la santé

Les comportements liés à la santé et même les conduites thérapeutiques ne relèvent pas uniquement d'une rationalité biomédicale, ni même uniquement d'une logique de santé.⁵⁶ 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 sur la priorité accordée à sa santé est toujours susceptible de donner lieu à des réponses très normées. Pour autant, un quart des enquêtés 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 ? Les femmes répondent un peu plus que les hommes que la santé n'est pas une priorité dans leur vie (26,7% vs 21,4%, $p=0,03$). Les Français également sont plus de deux fois plus nombreux que les étrangers dans ce cas : 12,0% des étrangers, 18,8% des Français ayant un parent étranger et 32,6% des

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

⁵⁶ Fainzang S. 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.

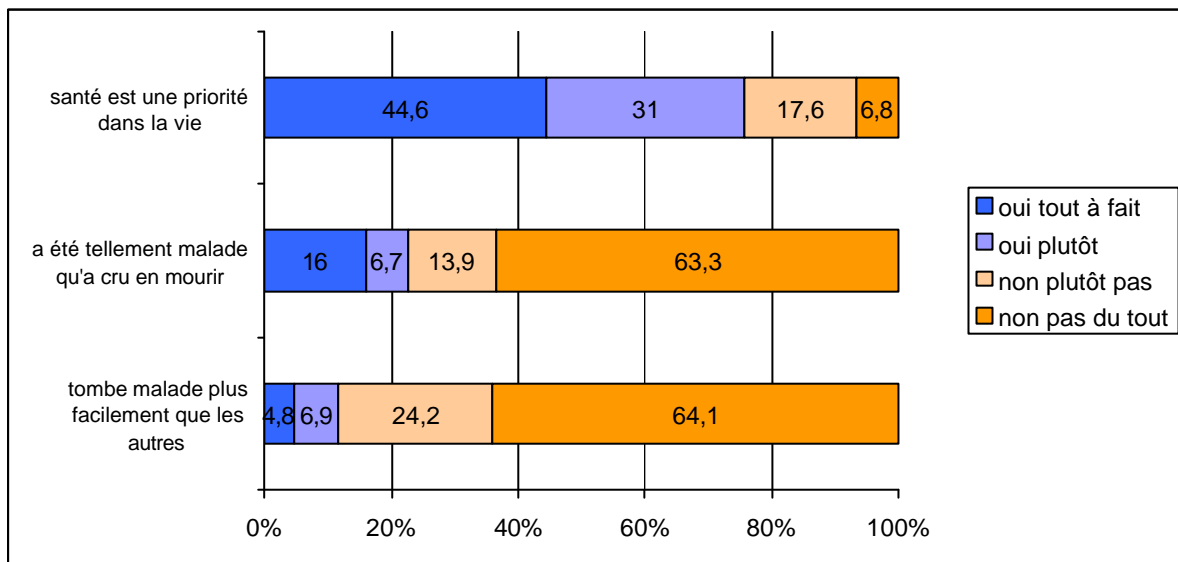
Français de parents français ($p < 10^{-3}$). Concernant la situation au regard de l'emploi, les chômeurs sont les moins nombreux à placer la santé comme une priorité, tandis que les actifs occupés sont les plus nombreux.

Notons enfin que l'affirmation « la santé est une priorité dans ma vie » est rapportée dans des proportions similaires dans tous les quartiers étudiés – excepté à Aulnay où le risque d'être en désaccord avec cette

affirmation est deux fois supérieur à celui des autres.

En analyse multivariée, nous ne retrouvons pas de différences statistiquement significatives selon le quartier de résidence concernant les 2 attitudes suivantes : « il me semble que je tombe malade plus facilement que les autres » et « il m'est arrivé d'être tellement malade que j'ai cru en mourir ».

REPRESENTATIONS ET ATTITUDES DE SANTE : LES 3 ITEMS COMMUNS AUX ENQUETES SUCCESSIVES



Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

AFFIRMATION QUE LA SANTE EST UNE PRIORITE DANS SA VIE. MODELE LOGISTIQUE.

	Exp(B)	IC 95%	
Genre			
Homme	ref		
Femme	1,300	0,989	1,710
Age			
18-24 ans	ref		
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	ref		
Français de parent(s) étranger(s)	0,540	0,380	0,769
Etranger	0,339	0,227	0,508
Niveau scolaire			
Supérieur	ref		
Aucun ou primaire	0,535	0,307	0,934
Secondaire 1 ^{er} cycle	0,738	0,496	1,098
Secondaire 2 ^{ème} cycle	0,939	0,678	1,300
Situation professionnelle			
Actif occupé	ref		
Chômeur	0,594	0,380	0,929
Retraité	0,693	0,295	1,630
Autre inactif	0,908	0,623	1,323
Quartier			
Belleville	ref		
Saint-Blaise	0,791	0,560	1,115
Aulnay	0,519	0,279	0,968
Les Mureaux	0,903	0,525	1,552
Grigny2	0,770	0,463	1,280
Cergy	0,880	0,530	1,461

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

2- Représentations liées à la médecine

Des questions relatives aux représentations liées à la médecine ont été ajoutées dans l'enquête parisienne en 2003-2004. L'analyse ci-dessous et ne concerne donc que les deux QPDV étudiés.

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

En effet, les trois quarts environ (73,3%) des enquêtés 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

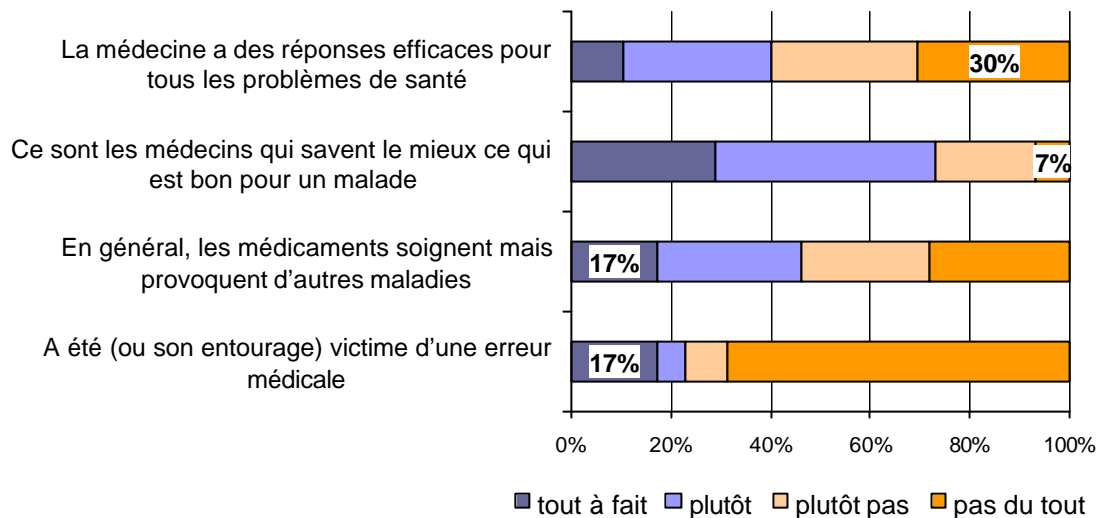
compétence et l'étendue du champ de compétence de la médecine, répondant « oui tout à fait » à la question « pensez-vous que la médecine a des réponses efficaces pour tous les problèmes de santé ? ». Si l'on considère les réponses « oui tout à fait » et « oui plutôt », ce sont au total 40,2% des enquêtés 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%) estiment qu'en règle générale, les médicaments les soignent mais provoquent d'autres troubles. C'est plus fréquemment le cas des femmes que des hommes (49,6% vs 42,2%, p=0,03).

Concernant les différences selon l'âge, 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%, $p=0,003$). On peut souligner également que 22,9% des enquêtés répondent qu'eux-mêmes ou leur entourage ont déjà été victime d'une erreur médicale. Les français

sont plus nombreux que les étrangers à répondre ainsi (24,4% vs 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 à une tendance différente à interpréter certains événements en termes d'erreur médicale.

REPRESENTATIONS ET ATTITUDES A L'EGARD DE LA MEDECINE (EN %)



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

3- Graves problèmes de santé à l'âge adulte

Il semble intéressant de confronter ces représentations et attitudes liées à la santé et à la médecine avec les expériences de la maladie vécues par les personnes interrogées. Notre questionnaire comporte en effet des questions relatives aux « graves problèmes de santé » vécus à l'âge adulte, au cours de la vie entière.

Sur l'ensemble des personnes interrogées, 18,7% ont été confrontées à de graves problèmes de santé personnels depuis l'âge de 18 ans, sans différences significatives selon le sexe. Comme on pouvait s'y attendre, cette proportion est d'autant plus élevée que l'on s'élève en âge, atteignant même 41,9% parmi les personnes de plus de 60 ans. Ces problèmes de santé sont donc aussi plus fréquents chez les retraités

que pour les autres types de situations professionnelles. Mais on constate également qu'ils sont deux fois plus fréquents chez les chômeurs que chez les actifs occupés, et plus fréquents pour les Français que pour les étrangers. On peut noter par ailleurs une tendance en fonction du niveau d'éducation, les enquêtés rapportant d'autant moins souvent de graves problèmes de santé à l'âge adulte que leur niveau scolaire est élevé.

Après ajustement sur les variables socio-économiques et démographiques, en analyse multivariée, on constate toujours l'effet de l'âge 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.

Enfin, il convient 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 PROBLEMES DE SANTE A L'AGE ADULTE . MODELE LOGISTIQUE			
	OR	IC 95%	
Genre			
Homme	ref		
Femme	1,040	0,763	1,416
Age			
18-24 ans	ref		
25-34 ans	4,104	2,090	8,057
35-44 ans	5,391	2,713	10,713
45-59 ans	8,652	4,371	17,124
60-74 ans	10,744	4,135	27,917
Origine			
Français de parents français	ref		
Français de parent(s) étranger(s)	0,934	0,633	1,380
Etranger	0,440	0,288	0,674
Niveau scolaire			
Supérieur	ref		
Aucun ou primaire	1,561	0,934	2,609
Secondaire 1 ^{er} cycle	1,561	1,025	2,375
Secondaire 2 ^{ème} cycle	1,221	0,818	1,823
Situation professionnelle			
Actif occupé	ref		
Chômeur	2,270	1,472	3,500
Retraité	2,020	0,962	4,239
Autre inactif	2,371	1,537	3,659
Quartier			
Belleville	ref		
Saint-Blaise	1,090	0,751	1,583
Aulnay	0,634	0,330	1,220
Les Mureaux	0,775	0,401	1,496
Grigny2	0,892	0,505	1,576
Cergy	0,946	0,540	1,658

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

Le recours aux soins

1- Soutien social, sentiment de solitude et recours aux soins dans les deux QPDV parisiens

L'enquête SIRS 2003 sur le XX^{ème} arrondissement de Paris a permis d'explorer plus avant les liens entre le soutien social et le recours aux soins. Deux hypothèses a priori peuvent 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, des arrangements pratiques pour accroître l'accessibilité des soins, etc., et aurait ainsi un effet facilitateur du 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 de réseau d'aide privée potentielle qui comprend 3 modalités : support potentiel fort, moyen ou faible.

Pour notre analyse de l'effet du support social sur le recours aux soins ou le non recours au cours des 12 derniers mois⁵⁷, nous avons inclus dans notre modèle logistique, en plus des différentes variables citées plus haut, cette variable de réseau d'aide privée potentielle 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, le recours aux soins est moins fréquent chez les hommes que chez les femmes, chez les personnes sans couverture du risque maladie, chez les personnes ne souffrant pas de maladies chroniques.

⁵⁷ Le recours aux soins au cours des 12 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.

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIEES AU RECOURS AUX SOINS AU COURS DES 12
DERNIERS MOIS

	Odds Ratio	IC 95%	
Sexe			
<i>Femme</i>	<i>Ref.</i>		
Homme	0,63	0,45	0,90
Age			
<i>60 ans et plus</i>	<i>Ref.</i>		
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			
<i>Sécurité sociale seule</i>	<i>Ref.</i>		
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			
<i>Aucune</i>	<i>Ref.</i>		
Une maladie	2,48	1,60	3,84
Deux maladies ou plus	5,85	3,40	10,08
Réseau d'aide privée potentielle			
<i>Support potentiel fort</i>	<i>Ref.</i>		
Support potentiel moyen	0,62	0,40	0,96
Support potentiel faible	0,47	0,30	0,75

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Il est, en revanche, supérieur quand les personnes ont une assurance complémentaire ou une prise en charge « assistancielle » du tiers payant⁵⁸.

Dans ce dernier cas - celui des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'Etat (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 financières⁵⁹.

Ainsi, en ajustant sur un 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

⁵⁸ Auvray L. et al., *Santé soins et protection sociale en 2000*, Credes, Biblio n°1364, 2001

⁵⁹ Grignon M., Perronnin M., *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, Novembre 2003.

disposant que d'un faible réseau d'aide potentiel, plus de 2 fois supérieur à ce qu'on observe pour celles qui ont un fort réseau d'aide privée potentielle (le risque estimé pour les personnes disposant d'un réseau d'aide privé potentiel moyen se situant entre les deux). A 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 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, 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, comparativement aux personnes plus entourées.

Le modèle présenté ici est très proche du précédent ; la variable dépendante est le recours aux urgences dans les 12 derniers mois, et la variable explicative est le sentiment d'isolement en 2 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 12 derniers mois que les personnes se déclarant entourées. Cette première analyse ne nous permet pas de conclure quant aux 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.

CHARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIEES AU RECOURS AUX URGENCES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (AJUSTEES LE L'AGE, LE SEXE ET LA COUVERTURE MALADIE)

	OR	IC 95%	
Nb de maladies déclarées			
<i>Aucune</i>	<i>Ref.</i>		
Une maladie ou plus	2,85	1,90	4,28
Sentiment d'isolement			
<i>entouré</i>	<i>Ref.</i>		
seul	1,53	1,02	2,30

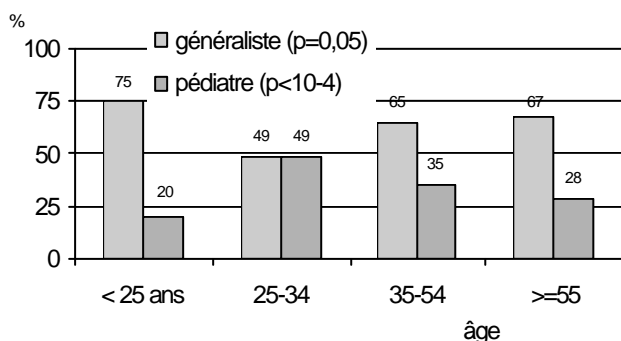
Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

2- 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 « 5 ZUS » de 2001-2002, aux enquêtés dont le ménage comporte au moins un enfant < 12 ans, et qui ont dit participer à leurs soins.

C'est le cas au total de 86% des personnes interrogées. Ce sont plus fréquemment les femmes que les hommes (90,9% vs 79,1%, $p < 10^{-2}$), les étrangers que les français (93,9% vs 81,3%, $p < 10^{-2}$) et les plus de 25 ans (95,0% vs 54,1% des 18-25 ans, $p < 10^{-4}$). 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 ni 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 : 9 individus au total).

TYPE DE RECOURS AUX SOINS POUR LES ENFANTS SELON LA CLASSE D'ÂGE DE L'ADULTE INTERROGÉ



Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001

3- 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 des liens que nous cherchons à étudier entre inégalités, ruptures sociales et santé ; et plus généralement entre conditions de vie, événements biographiques, caractéristiques psycho-sociales et comportements et attitudes de santé. Les études successives du CREDES 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 du CREDES), 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 ZUS.

Globalement, 26,6% des enquêtés affirment avoir renoncé à des soins de santé pour des raisons financières au cours de leur vie. L'âge est un facteur associé à ce renoncement aux soins ($p=0.01$). En effet, les personnes âgées entre 25 et 59 ans renonçaient plus aux soins (30% des cas en 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 recourir ou non aux soins diffère selon la nationalité des enquêtés ($p=0,006$) : les Français ayant leurs deux parents Français

renoncent plus souvent aux soins (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 pour celles qui ont un niveau d'éducation secondaire de deuxième cycle (33,6%, $p=0,05$) par rapport aux autres niveaux d'étude, et également chez les chômeurs (41,6%, $p<10^{-3}$) par rapport aux autres situations professionnelles.

Enfin, la distribution du recours aux soins est significativement différente selon le

quartier d'appartenance ($p<10^{-3}$). Plus précisément, les quartiers de Belleville Amandier et Saint-Blaise / Porte de Montreuil présentent des proportions supérieures de personnes renonçant à se soigner (avec respectivement 32,6% et 36,0%), par rapport aux autres quartiers ZUS (entre 8,2% et 17,0%). Cependant, il n'y a pas de différence significative entre le fait de renoncer ou non à des soins de santé en fonction du sexe ou du niveau d'étude.

RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIERES. MODELE LOGISTIQUE.

	% Oui	% Non	p
Genre			
Homme	25,4	74,6	NS
Femme	27,8	72,2	
Age			
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	
Etranger	25,3	74,7	
Niveau scolaire			
Aucun ou primaire	26,1	73,9	NS
Secondaire 1 ^{er} cycle	23,7	76,3	
Secondaire 2 ^{ème} cycle	33,6	66,4	
Supérieur	25,2	74,8	
Situation professionnelle			
Actif occupé	25,5	74,5	
Chômeur	41,6	58,4	
Retraité	20,3	79,7	
Autre inactif	22,6	77,4	
Quartier			
Belleville	32,6	67,4	$<10^{-3}$
Saint-Blaise	36,0	64,0	
Aulnay	8,2	91,8	
Les Mureaux	13,9	86,1	
Grigny2	11,5	88,5	
Cergy	17,0	83,0	
Total	26,6	73,4	
	% Oui	% Non	

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

L'analyse par régression logistique du renoncement aux soins oppose d'un côté les quartiers de Belleville Amandiers et Saint Blaise – Porte de Montreuil aux

autres quartiers ZUS, et affirme les résultats obtenus en analyse univariée. Ainsi, ajusté sur le sexe, l'âge, l'origine, le niveau scolaire et la situation professionnelle, les personnes résidant aux

Mureaux, à Grigny et à Cergy ont moins de risques de déclarer avoir renoncé aux soins pour des raisons financières, et de façon plus prononcée pour Aulnay. Par ailleurs, la situation professionnelle et le niveau d'éducation apparaissent comme des facteurs significatifs dans le renoncement aux soins : les chômeurs et les personnes ayant un niveau d'étude secondaire de premier cycle ont plus souvent déclaré avoir renoncé aux soins, tandis que les retraités y renoncent moins.

Analyse multivariée dans les 2 QPDV parisiens

Le renoncement aux soins pour raisons financières est une question classique, posée par le Credes dans ses enquêtes biennuelles sur la santé et la protection sociale.

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 (l'association avec le fait d'avoir été victime de violences physiques ou sexuelles était déjà retrouvée dans l'enquête dans les 5 ZUS d'Ile-de-France), certaines attitudes, représentations et expériences de santé, et le sentiment d'isolement.

FACTEURS ASSOCIES AU RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIERES (MODELE MULTIVARIE AJUSTE*) DANS LES 2 QPDV PARISIENS

	OR	IC 95%
Dents en mauvais état, à soigner ou à remplacer (réf. aucune)	4,11	2,84 5,95
Problèmes de vue (réf. pas de problème)	1,64	1,07 2,51
Actuellement pour le foyer, financièrement (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
Victime de violences physiques ou sexuelles depuis l'âge de 18 ans (oui vs. non)	2,55	1,19 5,46
Enfance heureuse (non vs. oui)	1,86	1,10 3,13
Pense que dans 5 ans sa santé sera dégradée (oui vs. non)	2,15	1,39 3,34
Pense que les médicaments soignent mais provoquent d'autres troubles (oui vs. non)	1,60	1,11 2,31
Pense qu'il faut absolument de l'argent pour être en bonne santé (oui vs. non)	1,64	1,12 2,41
A été victime (ego ou son entourage) d'une erreur médicale (oui vs. non)	2,04	1,34 3,08
Isolement (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

* 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 20^{ème} 2003

Analyse multivariée dans les 5 ZUS dans leur ensemble

Après ajustement sur l'âge, le sexe et la nationalité, les variables suivantes restent associées en analyse multivariée 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 10 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, l'acceptation de la maladie (la *sickness orientation* des anglo-saxons) est elle aussi corrélée à la déclaration de tels renoncements : les personnes ne supportant pas (du tout) d'être malades même quand cela n'est pas très grave déclarant plus de renoncements aux soins. Cette perception ressentie, jamais interrogée dans les enquêtes de consommation, semble donc importante à prendre en compte quand de tels renoncements (déclaratifs et, eux aussi, ressentis) sont étudiés.

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIEES AU RENONCEMENT
AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIERES

		OR	IC 95%	
Sexe	Homme			
	Femme	0,65	0,33	1,26
Age	18-24 ans			
	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
Nationalité	Français			
	Français de 2 ^{de} génération	0,65	0,28	1,52
	Etranger	0,81	0,37	1,81
CSP des parents	Haute			
	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			
	CDD	1,73	0,55	5,38
	Chômeur	3,69	1,33	10,22
	Etudiant	0,29	0,05	1,73
	Autre	0,91	0,33	2,50

Trajectoire professionnelle	Emploi stable et continu			
	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
Habitat	Propriétaire			
	Locataire	1,00	0,43	2,29
	Hébergé ou autre	0,15	0,04	0,60
Satisfaction vis-à-vis des études	Satisfait			
	Non satisfait	2,94	1,45	5,94
	Non concerné	0,62	0,12	3,29
Isolement	Très isolé			
	Moyennement isolé	0,52	0,22	1,25
	Pas isolé	0,22	0,08	0,58
Rupture sociale dans la jeunesse	Oui			
	Non	5,99	2,50	14,33
Rupture sociale à l'âge adulte	Oui			
	Non	3,09	1,39	6,88
Racisme ou discrimination dans la vie professionnelle	Oui			
	Non	2,58	1,29	5,17
"Je ne supporte pas d'être malade, même quand ce n'est pas grave"	Vrai			
	Assez vrai	0,37	0,17	0,81
	Faux	0,55	0,25	1,17

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001

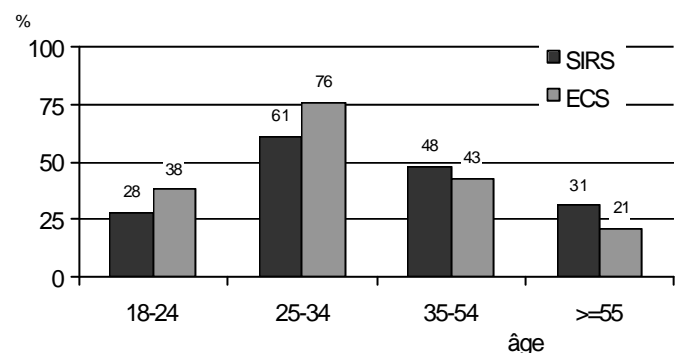
4- Le dépistage du VIH

Plus de la moitié des enquêtés ont déjà effectué un test de dépistage contre le VIH (52%). De nouveau, les enquêtés de nationalité Française, dont les deux parents sont de nationalité Française, sont plus dépistés (57,9%) que les Français dont un parent est étranger ou que les étrangers ($p < 10^{-3}$). Les personnes âgées de 25 à 44 ans semblent également avoir plus souvent effectué un test VIH, de même que les actifs et chômeurs par rapport au retraités et autres inactifs.

En comparant nos données de 2001 avec celles de l'étude réalisée par Ensemble Contre le Sida en 1998, auprès d'un panel téléphonique représentatif de la population générale⁶⁰, on constate que les distributions de fréquence de recours au test par classes d'âges sont semblables. Mais les personnes âgées de moins de 35 ans interrogées dans les cinq ZUS déclarent moins souvent qu'au

niveau national avoir déjà effectué un test de dépistage VIH-sida.

FREQUENCE DE RECOURS AU TEST DE DEPISTAGE VIH PAR CLASSE D'AGE DANS LES ENQUETES SIRS ET ECS



Sources : enquêtes SIRS Ile-de-France 2001 et ECS 1998

Les individus de niveau d'éducation secondaire (deuxième cycle) ou supérieur qui ont significativement plus souvent effectué un dépistage que ceux ayant un niveau d'éducation plus faible. Enfin, les quartiers où la proportion de personnes ayant déjà été dépistées est la plus importante sont les deux quartiers parisiens

⁶⁰ Ensemble Contre le Sida, "Sida, l'opinion des français", *La lettre d'ECS*, n° 12, 1998, p. 4-6.

de l'enquête SIRS 2003 (52,9% et 59,4%), tandis que la proportion la plus faible est observée dans la ZUS des Mureaux, avec seulement 27,3% des enquêtés sont

concernés : les spécificités socio-économiques péjoratives de cette ZUS et de ses habitants se traduisent par un recours plus faible à ce soin de prévention.

RECOURS A UN TEST DE DEPISTAGE VIH (VIE ENTIERE)			
n=1283			
	Oui	Non	p
Genre			NS
Homme	50,1	49,9	
Femme	53,9	46,1	
Age			<10 ⁻³
18-24 ans	39,4	60,6	
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			<10 ⁻³
Français de parents français	57,9	42,1	
Français de parent(s) étranger(s)	46,8	53,2	
Etranger	44,2	55,8	
Niveau scolaire			<10 ⁻³
Aucun ou primaire	31,3	68,7	
Secondaire 1 ^{er} cycle	46,2	53,8	
Secondaire 2 ^{ème} cycle	54,0	46,0	
Supérieur	59,9	40,1	
Situation professionnelle			
Actif occupé			
Chômeur			
Retraité			
Autre inactif			
Quartier			<10 ⁻³
Belleville	59,4	40,6	
Saint-Blaise	52,9	47,1	
Aulnay	42,9	57,1	
Les Mureaux	27,3	72,7	
Grigny	46,8	53,2	
Cergy	49,4	50,6	
Total	52,0	48,0	

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

Ajusté sur les différents facteurs individuels, il existe un effet quartier associé au fait d'avoir ou non déjà effectué un test de dépistage contre le VIH. En effet, la probabilité d'avoir recours à ce dépistage est moins importante pour un individu vivant à Aulnay, aux Mureaux et à Cergy (OR compris entre 0,31 et 0,57, $p < 10^{-3}$) que dans les autres quartiers.

Par ailleurs, cette même probabilité, ajusté sur l'ensemble des variables, est

significativement plus importante chez les femmes (OR = 1,37, IC95% = [1,08 - 1,75] ou 25-34 ans et les 35-44 ans (respectivement 2,79 [1,92-4,06] et 2,46 [1,67-3,65]). Il est possible d'envisager le fait que les femmes, de manière générale, accordent plus d'intérêt à leur santé ou qu'elles sont plus régulièrement suivies en matière de santé. Concernant les différentes classes d'âge, les personnes les plus âgées se sentiraient peut-être (malheureusement) moins concernées par

le SIDA, à l'instar des retraités ; pour les plus jeunes, 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 éducation ont moins de chance d'avoir déjà effectué ce dépistage.

TEST DE DEPISTAGE CONTRE LE VIH – MODELE LOGISTIQUE

	OR	IC 95%		p
		Lower	Upper	
Genre				0,01
Homme	ref			
Femme	1,37	1,08	1,75	
Age				<10⁻³
18-24 ans	ref			
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				0,02
Français de parents français	ref			
Français de parent(s) étranger(s)	0,75	0,55	1,02	
Etranger	0,66	0,49	0,91	
Niveau scolaire				0,02
Aucun ou primaire	0,55	0,36	0,86	
Secondaire 1 ^{er} cycle	0,73	0,52	1,03	
Secondaire 2 ^{ème} cycle	1,02	0,76	1,38	
Supérieur	ref			
Situation professionnelle				<10⁻³
Actif occupé	ref			
Chômeur	1,08	0,76	1,55	
Retraité	0,24	0,12	0,50	
Autre inactif	0,74	0,54	1,02	
Quartier				<10⁻³
Belleville	ref			
Saint-Blaise	0,73	0,54	1,00	
Aulnay	0,57	0,36	0,89	
Les Mureaux	0,31	0,19	0,51	
Grigny2	0,66	0,43	1,01	
Cergy	0,54	0,34	0,85	

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

La santé dentaire

Le recours aux soins de dentisterie sont, en France⁶¹ comme dans la plupart des pays européens⁶², 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 de l'échantillon étudié lors des 2 enquêtes successives, la moitié des enquêtés ont toutes leurs dents intactes (50,3%) et près du tiers ont eu certaines dents soignées ou remplacées (28,9%). L'ensemble des distributions de l'état de santé dentaire selon le genre, l'âge, l'origine, le niveau scolaire, la situation professionnelle et le quartier d'appartenance sont significativement différentes.

Par exemple, la proportion de personne ayant encore toutes leurs dents sont les plus importante chez les 18-24 ans naturellement (61,5%), mais également chez les Français de parents français (54,1%), chez les personnes ayant un niveau d'étude supérieur (56,6%) et enfin chez celles habitant à Cergy (65,9%). A l'inverse, les proportions de personnes ayant encore toutes leurs dents sont évidemment les plus faibles 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%).

Cependant, en comparant spécifiquement les proportions par «état», certaines ne sont alors plus significativement différentes les unes des autres. Ainsi, la proportion de personnes ayant toutes leurs dents intactes ne sont pas différentes selon le sexe (49,9% des hommes contre 50,7% des femmes). De même, les proportions de ceux ayant toutes leurs dents, mais dont certaines ont été soignées ou remplacées, ne sont pas différentes en fonction du niveau scolaire ; les proportions de personnes ayant perdu une partie de leurs dents ne diffèrent pas selon le sexe ni l'origine ; et enfin, les proportions de personnes ayant perdu toutes ou presque toutes leurs dents ne varient pas en fonction du quartier d'appartenance.

Il apparaît aussi des différences notables entre les deux quartiers interrogés à Paris, qui ne s'expliquent pas (seulement) par la différence des structures d'âge de la population des deux quartiers (ni par leur groupe de migration). Les résidents de Saint-Blaise sont presque 3 fois moins nombreux que ceux de Belleville à avoir toutes les dents en bon état ($p < 10^{-6}$).

⁶¹ Beynet A, Menahem G. *Problèmes dentaires et précarité*. Paris : CreDES, 2002, 140 p.

⁶² Chauvin P and the EUROPROMED working group, eds. *Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*. Amsterdam : IOS Press, 2002, 198 p.

SANTÉ DENTAIRE

n=1284					
	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
Genre					0,001
Homme	49,9	26,4	18,5	5,2	
Femme	50,7	31,3	16,6	1,4	
Age					<10 ⁻³
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	
Origine					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	
Etranger	43,7	36,2	14,8	5,3	
Niveau scolaire					<10 ⁻³
Aucun ou primaire	38,8	20,8	28,7	11,7	
Secondaire 1 ^{er} cycle	36,2	32,0	25,8	6,0	
Secondaire 2 ^{ème} cycle	55,3	29,8	13,3	1,6	
Supérieur	56,6	29,5	13,4	0,5	
Situation professionnelle					
Actif occupé					
Chômeur					
Retraité					
Autre inactif					
Quartier					0,001
Belleville	50,3	31,9	14,4	3,4	
Saint-Blaise	42,8	32,3	22,2	2,7	
Aulnay	49,5	25,6	20,7	4,2	
Les Mureaux	45,5	29,2	21,3	4,0	
Grigny	59,9	14,8	20,4	4,9	
Cergy	65,9	21,9	11,4	0,8	
Total	50,3	28,9	17,5	3,3	

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

En 2001, dans les 5 ZUS étudiées, près de la moitié de la population enquêtée mentionnant avoir des dents à traiter n'a pas consulté de dentiste depuis plus d'un an. Les motifs d'un tel non recours 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 3 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).

Le motif « pas le temps, autres soucis » est cité plus fréquemment par les jeunes que les actifs que les plus de 60 ans : 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 AU DEPUIS PLUS D'UN AN	
	%
Pas besoin	48,8
Pas le temps, autres soucis	25,0
Raisons financières	22,8
N'aime pas y aller	21,6
Ne sait pas où s'adresser	7,7
Horaires des dentistes	4,9
Autre raison	6,3

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 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 (cité par, respectivement, 54,7% des hommes et 44,0% des femmes, $p=0,03$). 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 – $p=0,06$ – mais les effectifs sont faibles).

La santé mentale

1- Les données de l'enquête « 5 ZUS » de 2001-2002

La santé mentale ressentie était interrogée de différentes façons dans notre questionnaire. En réponse à la liste de 20 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 2 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 compatible avec un diagnostic clinique de dépression (nous reviendrons sur ce point par la suite).

Nous avons plus particulièrement étudié les réponses à la question du Coop Chart : « 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% vs 9,1%, $p < 0.01$). C'est ce sous-item du Coop Chart qui a été étudié en analyse multivariée de la santé mentale ressentie. Les femmes répondent 2,4 fois plus souvent par l'affirmative que les hommes, et les Français de seconde génération et les étrangers plus fréquemment que 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.

La fréquence de réponse affirmative croît significativement avec le nombre de maladies chroniques déclarées. Par rapport aux personnes ayant fait des études supérieures, les personnes de niveau d'éducation primaire (ou n'ayant jamais été à l'école) répondent 3 fois moins souvent de façon affirmative⁶³, ainsi 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.

Six variables sociales ou psychosociales apparaissent très corrélées à cet indicateur de santé mentale : les personnes répondent de 2 à 3 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,

⁶³ sans qu'on puisse exclure un biais de compréhension de la question...

- des expériences de racisme ou de discrimination dans la vie professionnelle,
- un faible sentiment de cohérence (le *sense of coherence* des anglo-saxons),
- et/ou une plus grande préoccupation de santé que la plupart des gens.

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIEES A DES TROUBLES EMOTIONNELS

		C	IC 95%	
		F		
<u>Sexe</u>	<u>Homme</u>			
	<u>Femme</u>	2	1	4
		±	±	±
		3	3	0
		8	9	8
<u>Age</u>	<u>18-24 ans</u>			
	<u>25-34 ans</u>	0	0	1
		±	±	±
		5	2	1
		1	3	1
	<u>35-44 ans</u>	0	0	1
		±	±	±
		8	3	8
		1	5	8
	<u>45-59 ans</u>	0	0	1
	±	±	±	
	6	2	5	
	1	4	6	
<u>60-73 ans</u>	0	0	1	
	±	±	±	
	6	2	8	
	3	1	9	
<u>Origine / nationalité</u>	<u>Français</u>			
	<u>Français 2eme</u>	1	1	3
	<u>génération</u>	±	±	±
		9	0	5
		1	2	7
	<u>Etranger</u>	2	1	3
	±	±	±	
	1	1	9	
	1	4	1	
<u>Nombre de maladies chroniques</u>	<u>par unité</u>	1	1	1
		±	±	±
		2	0	5
		9	9	2
<u>Niveau scolaire</u>	<u>Supérieur</u>			
	<u>Jamais d'école ou</u>	0	0	0
	<u>primaire</u>	±	±	±
		3	1	8
		2	2	7
	<u>Collège</u>	0	0	1
		±	±	±
		6	2	4
		5	9	6
	<u>Lycée</u>	0	0	1
	±	±	±	
	8	4	7	
	8	3	8	
<u>En cours d'étude</u>	0	0	0	
	±	±	±	
	2	1	8	

Habitat	<u>Propriétaire</u>	9	0	6
	<u>Locataire</u>	0	0	0
		3	2	7
	<u>Hébergé ou autre</u>	9	1	3
		0	0	1
		7	3	6
		1	0	7
Violence dans la famille (actuelle ou passée)	<u>Non</u>			
	<u>Oui</u>	2	1	4
		2	0	6
		3	7	6
Sentiment de cohérence	<u>Oui, habituellement</u>			
	<u>Parfois seulement ou non</u>	2	1	5
		9	4	8
		3	7	7
Rupture sociale dans la jeunesse	<u>Non</u>			
	<u>Oui</u>	2	1	3
		0	2	6
		9	1	1
Pas d'estime de soi	<u>Oui</u>			
	<u>Non</u>	0	0	0
		4	2	7
		4	6	6
Racisme ou discrimination dans la vie professionnelle	<u>Non</u>			
	<u>Oui</u>	1	1	3
		8	0	0
		0	5	6
« Je me préoccupe plus de ma santé que la plupart des gens »	<u>Tout à fait ou assez vrai</u>			
	<u>Plutôt faux</u>	0	0	0
		3	1	6
		5	9	5
	<u>Tout à fait faux</u>	0	0	1
		9	5	7
		4	2	1

Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001

Nous avons déjà signalé que 22,8% des enquêtés ont un *Mini-Diag* positif – c'est-à-dire un ensemble de symptômes compatible avec un diagnostic clinique de dépression. Les étrangers sont plus souvent concernés que les français (29,1% vs 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 ($p < 10^{-3}$). 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 que 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 prise en charge plus fréquente.

Sur l'ensemble de la population interrogée, 11,8% des individus déclarent prendre actuellement ou régulièrement des anxiolytiques, somnifères ou anti-dépresseurs. 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 (23,2%) des plus de 55 ans en consomment contre 6% environ des moins de 25 ans et des 25-35 ans, et 16,1% des 35-55 ans ($p < 10^{-4}$).

2- Des données plus détaillées dans l'enquête des 2 QPDV parisiens en 2003-2004

8,5% des enquêtés se déclarent dépressifs

Dans les 2 quartiers étudiés, 8,5% des enquêtés déclarent souffrir de dépression ou d'états dépressifs fréquents ; et 2,2% d'autres troubles psychologiques ou psychiatriques. Cette prévalence de la dépression spontanément déclarée est un peu plus élevée dans notre population d'étude à ce qui était constaté en 1996-97 en population générale où, selon le CreDES et à partir de la même méthode, 7,0% des personnes étaient concernées.⁶⁴

Mais la proportion de personnes souffrant de troubles émotionnels ou psychologiques est plus importante si l'on se réfère à des modes d'interrogation qui ne définissent pas ces troubles en tant que « maladie grave ou chronique ». Ainsi, lorsqu'on leur demande de qualifier leur état de santé psychologique et émotionnel, un quart des enquêtés ne l'estime pas de façon positive : 74,7% le qualifient de « très bon » ou « bon » ; 19,8% de « moyen » ; et 5,6% de « mauvais » ou « très mauvais ».

Par ailleurs, un tiers des enquêtés (34,1%) rapporte s'être senti triste, cafardeux, déprimé régulièrement au cours des deux dernières semaines. C'est plus fréquemment le cas des femmes que des hommes (respectivement 37,3% et 30,0%, $p = 0,02$) ; des étrangers que des français (45,1% vs 31,3%, $p < 10^{-3}$). De plus, 17,1% des enquêtés déclarent que durant les deux dernières semaines, ils avaient 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 – et ce plus fréquemment

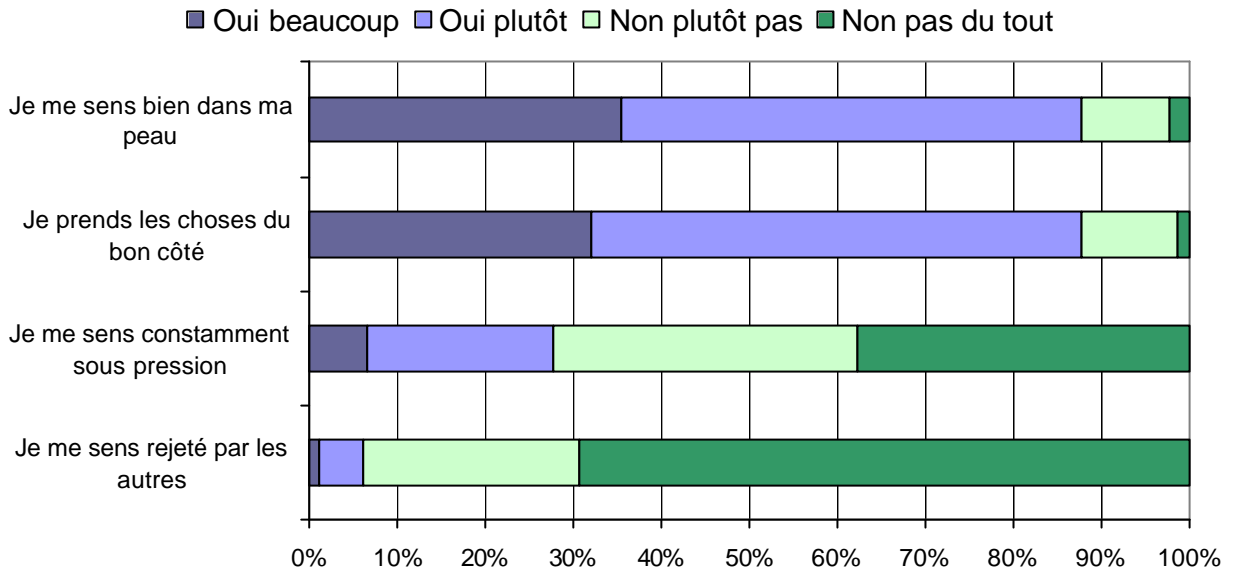
⁶⁴ Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97. *Questions d'économie de la santé*, n°21, 1999, 6 p.

chez les étrangers que chez les français (25,7% vs 15,3%, p=0,001).

De surcroît, 12,3% des enquêtés répondent ne pas se sentir bien dans leur peau ;

12,1% ne pas prendre les choses du bon côté ; 27,7% disent se sentir constamment sous pression ; et 6,0% se sentir rejetés par les autres.

FREQUENCE DE CERTAINS SENTIMENTS RELATIFS AU BIEN-ETRE (EN %)



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

29% des enquêtés présentent des symptômes de dépression : deux fois qu'en population générale

Selon les réponses au Mini-Diag, 29,0% de la population d'étude présente un ensemble de symptômes pouvant évoquer des troubles dépressifs⁶⁵. Ce taux est bien supérieur à celui observé avec la même méthode en population générale, que le Credes estimait à 12% en 1996-97.

Au contraire de l'enquête conduite précédemment dans les 5 ZUS, les femmes sont plus fréquemment touchées que les hommes – un tiers d'entre elles présentant de tels symptômes (32,6% vs 24,4% des hommes, p<0,01). En population générale

également, ce sont les femmes qui ont le plus souvent un Mini-Diag positif.

En analyse univariée, le Mini-Diag est plus statistiquement plus souvent positif chez les personnes ne vivant pas en couple, chez celles peu satisfaites de leur travail ou de leur quartier, chez celles faisant partie d'un ménage bénéficiant d'un minima social. En fin, ce test apparaît très corrélé au sentiment de solitude.

Symptômes dépressifs et dépression déclarée ne concordent pas exactement

Il est intéressant de confronter les prévalences obtenues selon chacun des deux modes d'évaluation de la dépression ; à savoir la déclaration spontanée et le questionnement sur certains sentiments (le Mini-Diag).⁶⁶ On peut alors constater :

⁶⁵ 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 le même d'une enquête à l'autre.

⁶⁶ Comme l'avaient fait Annick Le Pape et Thérèse Lecomte sur les données nationales du Credes. Cf.

- pour 22,3% de la population enquêtée, le Mini-Diag révèle des troubles dépressifs alors que la dépression n'est pas déclarée spontanément
- 6,7% se déclarent dépressifs et sont également repérés comme par le Mini-Diag
- 1,8% se déclarent dépressifs sans en avoir les symptômes.

QUELQUES DIMENSIONS RELIEES AUX SYMPTOMES DEPRESSIFS (MINI-DIAG)

	Symptômes de dépression		
	oui	non	p
Sexe			0,01
Homme	24,4	75,6	
Femme	32,6	67,4	
Nationalité			<0,05
Français	27,5	72,5	
Etranger	35,0	65,0	
Origine géographique			<0,001
Français de parents français	25,0	75,0	
Français de parent(s) étranger	35,5	64,5	
Etranger	35,0	65,0	
Statut marital			<10 ⁻³
Vit en couple	23,6	76,4	
Ne vit pas en couple	34,7	65,3	
Niveau scolaire			0,01
Aucun ou primaire	32,5	67,5	
Secondaire 1 ^{er} cycle	32,9	67,1	
Secondaire 2 ^{ème} cycle	35,0	65,0	
Supérieur	23,2	76,8	
Satisfaction au travail			<10 ⁻³
Pas satisfait	42,3	57,7	
Peu satisfait	25,4	74,6	
Très satisfait	19,0	81,0	
Aime habiter le quartier de résidence			<0,01
Oui	26,8	73,2	
Non	37,3	62,7	
Ménage bénéficiaire d'un minima social			<0,01
Oui	44,9	55,1	
Non	27,7	72,3	
A été SDF au moins une nuit dans sa vie			<0,01
Oui	39,3	60,7	
Non	27,2	72,8	
Sentiment de solitude			<10 ⁻³
Se sent très seul	69,0	31,0	
Se sent plutôt seul	50,3	49,7	
Se sent plutôt entouré	22,3	77,7	
Se sent très entouré	22,1	77,9	
Total	29,0	71,0	-

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Près d'un tiers des jeunes de 18 à 24 ans présente des troubles dépressifs.

35,9%, 35,5% contre « seulement » 27,6%).

Si l'on considère l'ensemble des troubles dépressifs (c'est-à-dire à la fois les symptômes repérés par le Mini-Diag et la déclaration spontanée de dépression), on observe des différences en fonction de l'origine migratoire des enquêtés. Ainsi, les personnes « issues de l'immigration » et les étrangers présentent des troubles dépressifs à des fréquences très semblables, et ce plus souvent que les français dont les deux parents sont de nationalité française (respectivement

Comme en population générale, la situation matrimoniale est liée de façon significative aux risques de dépression. Ainsi, 35,9% des personnes seules présentent de tels symptômes, contre 26,0% des personnes en couple (p=0,001).

Le chômage apparaît aussi comme un facteur de risque (même si les différences ne sont pas significatives) : les chômeurs sont 38,9% à présenter des troubles dépressifs contre 29,8% des personnes

occupant un emploi et des inactifs non retraités. Sur l'ensemble de la France en 1997, d'après le CreDES, c'étaient 24,2% des chômeurs qui présentent ces troubles, contre seulement 13,1% des actifs occupés. D'après les données de cette enquête nationale, «il semble que ce ne soit pas le fait de ne pas exercer une profession qui influence le risque de dépression mais le fait de ne pas choisir cette situation.»⁶⁷ Parmi les personnes qui travaillent au moment de l'enquête, la satisfaction dans le travail joue également un rôle important.

Les personnes qui disent se sentir seules ou très seules présentent plus souvent que les autres des troubles dépressifs. Mais le sentiment de solitude renvoie à des dimensions subjectives très proches de celles qui sous-tendent la définition des troubles dépressifs. En outre, le fait d'habiter seul ou avec d'autres personnes n'est pas statistiquement lié à de tels troubles.

1/3 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 (75,4%) des personnes concernées ; 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 ; enfin, pour 2 personnes, le professionnel consulté l'est à leur domicile.⁶⁸

⁶⁷ Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97. *Questions d'économie de la santé*, n°21, 1999, p. 5.

⁶⁸ La somme des pourcentages est supérieure à 100% dans la mesure où certaines personnes

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. Ce sont les plus jeunes qui parlent le moins 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% vs 40,7%, mais les effectifs sont faibles, et les différences ne sont pas significatives).

Parmi les personnes qui déclarent spontanément souffrir de dépression, la moitié (50,7%) prend presque tous les jours des médicaments de type tranquillisants, somnifères ou anti-dépresseurs – 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 anti-dépresseurs au moins plusieurs fois par mois – la consommation quotidienne ou quasi-quotidienne concernant 8,1% des enquêtés. A titre de comparaison, d'après l'enquête du CreDES sur l'ensemble de la France en 2002, ce sont 8,5% des enquêtés qui ont pris la veille de l'enquête des médicaments psychotropes (psycholeptiques ou psychoanaleptiques).

Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes (13,0% vs 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

consultent plusieurs professionnels et dans plusieurs types d'endroits.

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 ($p < 10^{-3}$).

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% vs 8,9% pour les autres types de ménages, $p < 10^{-3}$).

Le travail semble constituer un « facteur protecteur » de ce type de consommation. En effet, les personnes occupant un emploi sont deux fois moins nombreuses (6,3%) à consommer plusieurs fois par semaine ces

médicaments que les chômeurs, les retraités et les inactifs – ces trois catégories ayant des taux de consommateurs autour de 15% ($p < 10^{-3}$).

Les personnes souffrant de troubles dépressifs sont très largement plus souvent consommatrices de tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs (25,5% vs 3,3%, $p < 10^{-3}$). 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 ($p < 10^{-3}$): ainsi, 22,2% 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

1- Le suivi gynécologique

Dans l'enquête « 5 ZUS » de 2001-2002, un peu plus de la moitié (57,4%) des femmes de l'échantillon étaient suivies régulièrement par un gynécologue. Les françaises l'étaient plus fréquemment que les étrangères (61,7% vs 46,8%, $p=0,02$). Ce sont les plus jeunes et les plus âgées qui sont le moins suivies régulièrement : 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 ($p<10^{-2}$). La situation était plus favorable dans les 2 QPDV parisiens 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% déclare être suivies par un autre professionnel).

A Paris, le suivi gynécologique s'effectue majoritairement dans des cabinets de ville...

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'hôpital 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 : 37,7% des femmes étrangères suivies pour des raisons gynécologiques le sont à l'hôpital, contre 26,6% parmi les françaises de seconde génération (ayant un ou deux parents étrangers), et seulement 10,8% chez les 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 employées 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 provenant des quartiers de Belleville, Saint-Blaise et Cergy qui sont le plus

souvent suivies (entre 70,0% et 77,3%), mais également les femmes françaises de parents français (76,5%) et les femmes âgées de 25 à 59 ans (de 73,4% à 77,3%).

A l'inverse, les femmes ayant le moins de suivi gynécologique sont celles issues du quartier des Mureaux (35,5%), et celle âgées de 18 à 24 ans (47,1%).

SUIVI GYNECOLOGIQUE REGULIER			
n=647			
	Oui	Non	p
Age			<10 ⁻³
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	
Origine			<10 ⁻³
Français de parents français	76,5	23,5	
Français de parent(s) étranger(s)	55,2	44,8	
Etranger	56,4	43,6	
Niveau scolaire			NS
Aucun ou primaire			
Secondaire 1 ^{er} cycle			
Secondaire 2 ^{ème} cycle			
Supérieur			
Situation professionnelle			
Actif occupé			
Chômeur			
Retraité			
Autre inactif			
Quartier			<10 ⁻³
Belleville	71,4	28,6	
Saint-Blaise	77,3	22,7	
Aulnay	52,7	47,3	
Les Mureaux	35,5	64,5	
Grigny	66,0	34,0	
Cergy	70,0	30,0	
Total	67,1	32,9	

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

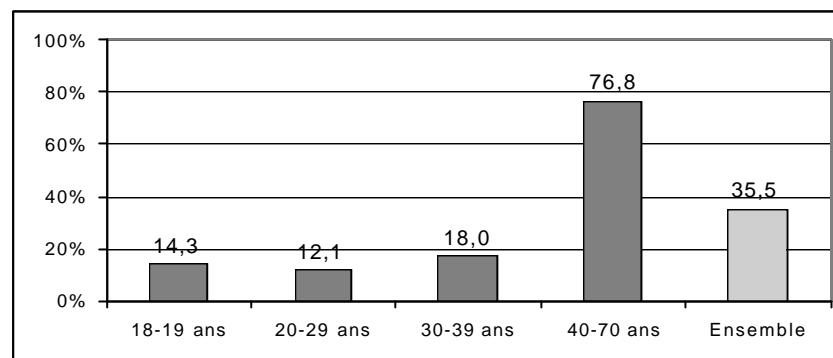
2- Le recours à la mammographie

Par ailleurs, dans les 5 ZUS enquêtées en 2001-2002, 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 Cfes, 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'âges 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 10 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 étudiées contre 34,4% en population générale.

FREQUENCE DE RECOURS A LA MAMMOGRAPHIE PAR CLASSE D'AGES



Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001

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 d'autres soucis (23%), que l'examen ne sert à rien (15%), qu'elles n'aiment pas cet examen (6%), qu'elles considèrent qu'il ne les concernent pas (6%), le manque d'argent (5%) et l'ignorance de l'endroit où cet examen se pratique (3%). Soulignons que les femmes de plus de 40 ans, c'est-à-dire la population cible du dépistage, considèrent significativement plus souvent que les autres que la mammographie ne sert à rien (18,2%⁶⁹ vs 7,8%, $p=0,02$), et qu'elles n'ont pas le temps ou d'autres soucis (22,7% vs 6,6%, $p=0,02$).

Dans les 2 QPDV parisiens, la situation apparaissait nettement plus favorable : 52,6% des femmes ont déjà eu une mammographie au cours de leur vie. Il est important de souligner que dans ces 2 quartiers, la « population cible » des femmes de plus de 40 ans est plus nombreuse à avoir eu une mammographie dans leur vie qu'en population générale. C'est tout particulièrement le cas chez les

femmes âgées de 50 à 59 ans, où 98,4% ont déjà eu une mammographie, contre seulement 89,8% sur l'ensemble de la France (d'après l'enquête du CreDES menée en 2002). Cette fréquence importante est peut-être à relier avec un programme de dépistage spécifique dans ces quartiers.

Sur l'ensemble de la population des 2 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 sont 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 celle ayant un niveau scolaire plus élevé ($p=0,002$).

⁶⁹ 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 A LA MAMMOGRAPHIE (VIE ENTIERE)

	n=643		p
	Oui	Non	
Age			<10 ⁻³
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	
Origine			0,003
Français de parents français	51,1	48,9	
Français de parent(s) étranger(s)	36,8	63,2	
Etranger	38,6	61,4	
Niveau scolaire			0,002
Aucun ou primaire	62,1	37,9	
Secondaire 1 ^{er} cycle	50,6	49,4	
Secondaire 2 ^{ème} cycle	39,3	60,7	
Supérieur	41,6	58,4	
Situation professionnelle			
Actif occupé			
Chômeur			
Retraité			
Autre inactif			
Quartier			<10 ⁻³
Belleville	46,7	53,3	
Saint-Blaise	61,4	38,6	
Aulnay	38,1	61,9	
Les Mureaux	17,4	82,6	
Grigny	42,6	57,4	
Cergy	33,3	66,7	
Total	44,9	55,1	

Source : Enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Paris 20^{ème} 2003, Inserm U444

3- Le recours au frottis du col utérin

Cette question n'a été explorée de façon détaillée qu'au cours de l'enquête dans les 2 QPDV parisiens. Sur l'ensemble des femmes enquêtées, 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 vie⁷⁰ (dans notre échantillon, aux mêmes intervalles d'âge, cette proportion est de 84,2%).

Moins de la moitié (44,1%) des femmes enquêtées a bénéficié de cet examen préventif au cours des 12 derniers mois, ce qui constitue pourtant une norme de prévention des cancers du col de l'utérus. 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, contre seulement 7,2% qui 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 12 derniers mois).

Ne pas avoir eu de frottis au cours des 12 derniers mois :

- se retrouve le plus fréquemment parmi les femmes âgées de 60 ans

⁷⁰ Baromètre Santé 2000.

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 ($p < 10^{-3}$);

- touche davantage les femmes sans conjoint que celles vivant en couple (65,5% vs 45,5%, $p < 10^{-3}$);
- 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 les femmes ayant des revenus supérieurs (52,5%, $p < 10^{-3}$);
- on n'observe par contre pas de différences significative selon la nationalité des femmes.

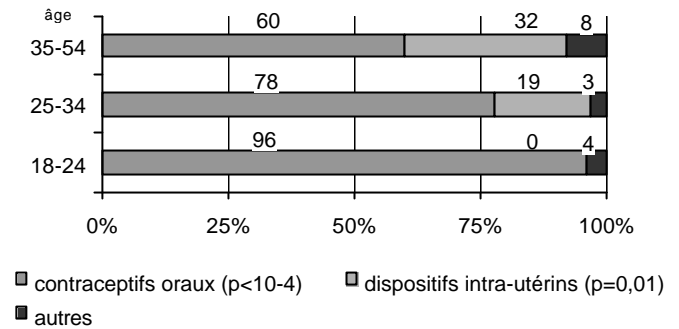
4- La contraception

Enfin, l'utilisation d'un moyen de contraception est globalement comparable dans notre échantillon des 5 ZUS à ce qui est relevé au niveau national⁷¹. 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 ($p < 10^{-4}$).

Les deux principaux modes de contraception sont les contraceptifs oraux (73,8%) et les dispositifs intra-utérins (19,4%), dont les utilisations sont elles aussi différentes selon l'âge. Comparativement aux données France entière du Baromètre santé, les femmes sous contraception de notre population d'étude utilisent plus de contraceptifs oraux dans toutes les classes d'âge (respectivement 96% vs 86% avant 25 ans,

78% vs 63% entre 25 et 34 ans, 60% vs 42% après 35 ans) et moins le stérilet. Préservatifs, spermicide ou autres moyens ne représentent chacun que 1 à 2% des réponses citées.

TYPE DE CONTRACEPTION EMPLOYEE PAR LES FEMMES SELON L'AGE



Source : enquête SIRS Ile-de-France 2001

Dans les deux quartiers parisiens, sur l'ensemble des femmes interrogées, 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 les quartiers étudiés 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.

La taille de l'échantillon ne permet pas d'étudier de façon approfondie les grossesses et IVG chez les adolescentes de ces 2 QPDV. On peut toutefois souligner 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, et 3% ont eu leur premier enfant avant 18 ans

⁷¹ J. Cohen, P. Madelanat, R. Lévy-Tolédano (éds.), *Gynécologie et santé des femmes : quel avenir en France ?*, Paris, Editions Eska, 2000, p. 67-76.

Conclusion

Le choix des sites d'étude retenus en 2001-2002 a visé à la diversité des contextes. Cinq ZUS ont été retenues, correspondant aux 5 types de processus socio-historiques de pauvreté des territoires, décrits dans la typologie d'Acadie. L'analyse confirme que sur certains indicateurs socio-économiques, ces ZUS se différencient les unes des autres (et ce même à structures par âge et sexe égales) – confirmant ainsi l'hypothèse d'inégalités socio-territoriales parmi les quartiers défavorisés.

Même si le taux de sondage est relativement important, ces données doivent être lues avec précaution compte tenu de la faiblesse numérique de l'échantillon (une centaine d'enquêtes par ZUS en 2001-2002, près de 500 enquêtés par quartier en 2003-2004). Les résultats présentés donnent quoiqu'il en soit une idée des différentiels que l'on peut observer et des indicateurs que nous pouvons construire à partir de nos bases de données.

D'une manière générale, les résultats exposés dans ce rapport montrent que les populations d'étude présentent des caractéristiques communes à l'ensemble des QPDV et des ZUS, et reflètent parallèlement la diversité qu'il existe entre eux et, dans une certaine mesure, au sein des ZUS elles-mêmes.

Il s'agit d'une population jeune, pour la majorité vivant en famille, qui compte proportionnellement plus d'étrangers que l'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 6 vit en dessous du seuil de pauvreté – beaucoup plus

qu'en population générale (10%). De nombreux ménages rencontrent des problèmes préoccupants de surpeuplement des logements. La population d'étude est par ailleurs 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 leur quartier – même si ce chiffre ne doit pas masquer de nombreuses insatisfactions. La même proportion déclare en effet que leur quartier a une mauvaise réputation, et le désir de déménager est fréquent.

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, 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 telle que la perception des enquêtés sur leur situation et leur cadre de vie, ou encore des variables psycho-sociales reflétant l'estime de soi, le sentiment de discrimination, etc., permettent d'enrichir nos connaissances de ces quartiers et de leurs habitants. L'étude des trois types de liens sociaux, en particulier, apporte un point de vue novateur et utile à la compréhension du

cumul de 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 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 les ruptures sociales qu'elles connaissent et leur santé. Ce lien ressenti entre santé et vie sociale se retrouve dans l'analyse statistique des données objectives. 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 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. Nous avons aussi montré qu'elle est 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 négatif. 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 (étudiée ici essentiellement du point de vue des attitudes, des états de santé ressentis et des comportements liés à la santé) 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 certaines dimensions de la santé physique et psychologique, comme certains comportements sanitaires, sont liés aux ruptures sociales, au rapport que les individus entretiennent avec leur quartier, au degré de satisfaction vis-à-vis de son parcours scolaire, ou encore à des caractéristiques psychosociales et des représentations ou croyances de santé.

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 dans ces quartiers (mais aussi, de notre point de vue dans l'ensemble de l'agglomération parisienne, ne serait-ce que pour disposer de points de comparaison dans des quartiers ne relevant pas de la Politique de la Ville).

Dans les QPDV du 20^{ème} arrondissement parisiens, par rapport à l'enquête réalisée précédemment, les effets de ségrégation sociale apparaissent moins forts et les conditions de vie, de logement, d'accès aux dispositifs publics, d'intégration au tissu urbain plus favorables. En revanche, les impacts ressentis et les associations statistiques estimées entre situations sociales, santé et recours aux soins sont au moins aussi forts chez leurs habitants. Les situations de discrimination liée au quartier de résidence sont certes minoritaires mais, ajoutées aux autres motifs de discrimination - y compris dans la fréquentation des dispositifs publics - et à un manque de confiance très aigu dans les institutions politiques (nationales et locales), elles concourent à un sentiment de mise à l'écart et d'exclusion subjective des personnes les plus vulnérables. Ce sentiment est renforcé par une méconnaissance chez certains des dispositifs assistanciers et sanitaires.

Les priorités et les attentes de santé sont extrêmement importantes dans cette population, de même que certains besoins de

soins objectivés par l'enquête. Les questions de santé mentale et de bien-être psychologique sont particulièrement problématiques, en lien avec les situations de ruptures sociales fréquemment relatées. Des obstacles dans l'accès aux soins repérés interviennent bien en amont ou en complément des barrières financières : notamment concernant des dimensions telles que : satisfaction des autres besoins fondamentaux, estime de soi et capacités à se projeter dans l'avenir, réseau et support sociaux, éducation pour la santé.

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.

Seconde partie : Proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile de France

A la suite des enquêtes menées en 2001 et 2003 dans sept quartiers franciliens relevant de la Politique de la ville, dont les premiers résultats ont été présentés en première partie, il nous a semblé nécessaire d'approfondir certaines analyses et de les mettre en perspective en recueillant le même type de données non plus uniquement dans des quartiers défavorisés mais en population générale.

C'est l'objectif de l'enquête SIRS Ile-de-France 2005, qui sera réalisée sur le terrain en septembre 2005 – après un pré-test que nous venons de réaliser. Les réflexions sur la mise en place de cette enquête nous ont conduit à considérer une méthodologie particulière pour procéder à l'échantillonnage de l'étude. La deuxième partie du présent rapport expose la méthodologie développée et présente le questionnaire utilisé.

I. Elaboration de l'échantillon

I.1- Principes généraux

L'enquête Santé, Inégalités et Ruptures Sociales porte sur un échantillon de 3000 personnes majeures et francophones. Il s'agit d'un échantillon représentatif de la population majeure vivant à Paris et dans la première couronne de départements, sur-représentant les quartiers « défavorisés ».

Dans la mesure en effet où la recherche a pour objectif de prendre en compte les inégalités intra urbaines et leurs effets, notre méthodologie consiste à réaliser une enquête en population générale, tout en sur-représentant les personnes vivant dans des quartiers qui rencontrent, plus que les autres, divers types de difficultés ou handicaps sociaux. Pour ce faire, notre échantillon est stratifié sur une typologie socioprofessionnelle de l'espace francilien, élaborée par Edmond Préteceille. De surcroît, la problématique de la recherche portant

notamment sur les effets éventuels induits par la reconnaissance officielle de difficultés dans le quartier (au travers l'inscription dans le cadre de la Politique de la ville), une seconde stratification a été adoptée, selon que le quartier est ou non défini comme une « Zone Urbaine Sensible » (ZUS).

En effet, après plus de vingt ans de politique de la Ville, le classement d'un quartier comme « prioritaire » induit des mécanismes sociaux qui entrent précisément dans notre objet d'étude. On doit s'interroger en particulier sur les effets de stigmatisation des quartiers et de leurs habitants liés à ce classement. Ces quartiers font parallèlement l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics : des interventions relevant de la discrimination positive y sont prévues, dans le domaine économique (exonérations diverses pour les entreprises qui embauchent localement par exemple) et social (extension des Zones d'Education

Prioritaires ; création d'emplois de ville ; renforcement de la présence de certains services publics⁷², etc.). Des politiques sanitaires sont aujourd'hui élaborées sur la base de ce découpage territorial. D'une manière générale, la qualification d'un quartier comme « Zone Urbaine Sensible » structure en partie les relations sociales des personnes qui y résident. Il s'agit en quelque sorte d'un « marqueur social » supplémentaire, qu'il nous faut prendre en compte dans l'analyse. Un échantillonnage stratifié sur la liste des ZUS et sur la typologie d'Edmond Préteceille autorisera en outre une analyse de territoires infra-communaux permettant de saisir les situations et processus difficilement repérables à l'échelle communale (étant donné, notamment, la forte hétérogénéité socio-spatiale d'un grand nombre de villes d'Ile-de-France).

Nous présenterons dans un premier temps la typologie élaborée par Edmond Préteceille avant d'exposer la méthodologie de construction de notre échantillon puis, enfin, notre questionnaire.

II.2- Typologie socioprofessionnelle de l'espace francilien, élaborée par Edmond Préteceille

A partir d'une analyse statistique approfondie des données du Recensement, Edmond Préteceille a élaboré une typologie permettant de caractériser la division sociale de l'espace francilien⁷³. Nous présentons ici la méthode de son étude ainsi que sa typologie, dans la mesure où nous nous sommes appuyés sur celle-ci pour élaborer le cadre méthodologique de l'enquête SIRS Ile-de-France 2005.

⁷² Des mesures spécifiques sont de plus appliquées concernant les employés de la Fonction publique, telle qu'une bonification indiciaire pour les fonctionnaires affectés dans ces quartiers.

⁷³ Préteceille Edmond. La division sociale de l'espace francilien. Fondation nationale des Sciences Politiques, CNRS, 2003.

1- Méthodologie

Dans son analyse, Edmond Préteceille a fait le choix d'étudier la position socioprofessionnelle des individus actifs. La variable descriptive considérée est la catégorie socioprofessionnelle, enrichie de deux dimensions qui pourraient modifier le sentiment d'appartenance à ces catégories : le chômage et la précarité de l'emploi. Une variable a donc été construite, en croisant la catégorie socioprofessionnelle (décomposée en 39 modalités), le type d'activité et la condition d'emploi.

Concernant la division de l'espace, un découpage en IRIS (espaces comportant environ 2 000 habitants) a été retenu. Ce choix a pour conséquence de rendre l'analyse statistique plus fine et plus robuste que les analyses antérieures qui se basaient sur les données communales. Ces unités géographiques plus petites permettent en effet de tenir compte des disparités sociales entre quartiers (y compris au sein d'une même commune) et d'assurer – en théorie – une certaine homogénéité de taille.

Cela étant, certains IRIS ne sont que peu ou pas du tout habités (zones industrielles, espaces verts, berges de la Seine...). Un seuil de 400 actifs a donc été retenu pour déterminer les caractéristiques de la division sociale. L'analyse principale a donc été conduite sur 4 464 des 5 250 IRIS composant l'ensemble de l'Ile-de-France. Dans un second temps, une analyse similaire a été effectuée sur 536 petites communes (non divisées en IRIS et dont le nombre d'actifs est compris entre 40 et 400, correspondant essentiellement à des communes périurbaines ou rurales de la grande couronne) des 786 IRIS non considérés dans la première analyse. Une analyse de la division sociale a donc été conduite sur les données du recensement de 1999, afin d'en dégager une typologie des IRIS « en fonction du profil socioprofessionnel de la population active résidente » pour la région Ile-de-France.

Pour conduire cette analyse, Edmond Préteceille a combiné deux méthodes statistiques d'analyse de données : l'analyse

factorielle des correspondances (AFC) et la classification ascendante hiérarchique (CAH). Nous présenterons ici uniquement la méthodologie et les résultats de l'analyse principale sur les 4 464 IRIS comprenant plus de 400 individus actifs.

Une première AFC a été conduite sur le tableau de la distribution des actifs par IRIS : cette analyse considère les 4 464 IRIS retenus et les 39 modalités de catégories socioprofessionnelles enrichies du type d'activité. Une CAH a ensuite été effectuée sur les trois facteurs principaux retenus au cours de cette AFC. La première partition en deux classes est retenue. De manière itérative, une AFC est conduite sur chaque nouvelle classe ainsi obtenue, suivie d'une CAH sur les trois (ou quatre) facteurs principaux. La

procédure s'achève lorsque la plus grande classe obtenue compte environ 200 IRIS, mais ce choix n'a pas été explicitement justifié. La typologie initiale des IRIS ainsi obtenue se composait de 23 types.

L'étape suivante a consisté à réaffecter chaque IRIS à la classe la plus proche, « selon la distance euclidienne des profils sur les variables actives ». Certaines classes très semblables ont cependant été agrégées, après avoir rigoureusement comparé les profils, les projections sur les deux premiers plans factoriels de la première AFC et le dendrogramme de la CAH des profils des classes. La partition finale des 4464 IRIS se compose donc de 18 types.

2- Description de la typologie

L'analyse de l'espace social de la région d'Ile-de-France (sur les 4 464 principaux IRIS) a donc permis de dégager une typologie, dont chacun des 18 types caractérise un « espace » particulier, à la fois socioéconomique et géographique. Ces espaces peuvent cependant être regroupés en différents groupes ou sous-groupes, en réunissant les espaces considérés comme proches, selon les critères suivants :

- ? Comparaison des profils par construction de la CAH
- ? Comparaison des indices de densité relative des CSP par type
- ? Position des types sur le premier plan factoriel
- ? Poids des grandes CSP dans chacun

Ainsi, de manière très générale trois groupes principaux sont dégagés. Le groupe dit « supérieur » est composé de 8 types (Sxx) ; sur le premier axe factoriel, ce groupe est caractérisé par des individus ayant un statut socioprofessionnel élevé. Le groupe « moyen » est quant à lui composé de 5 types (Mxx), et caractérise une position moyenne dans la hiérarchie socioprofessionnelle. Enfin, le groupe dit « populaire » regroupe 5 types (Oxx), où une prédominance catégories ouvrières et populaires est observée.

De manière plus fine, des sous groupes peuvent être identifiés au sein de ces groupes généraux (voir ci-dessous). Pour la stratification de l'échantillon de l'enquête SIRS Ile-de-France, nous avons fait le choix, en raison de la proximité des types à la fois en termes de signification et de distance, de conserver cette typologie en 12 classes (S1-S3, M1-M5, O1-O4).

☞ **Groupes des types supérieurs**

1- *Sous-groupe des espaces de l'élite dirigeante : S1*

SBI : espaces de la bourgeoisie avec légère prédominance des catégories intellectuelles

SBE : espaces de la bourgeoisie à prédominance de chefs et cadres d'entreprise

2- *Sous-groupe des espaces des cadres d'entreprise : S2*

SCS : espaces des cadres scientifiques, de la fonction publique et des entreprises, et des professions intermédiaires

SCE : espaces des cadres d'entreprise et ingénieurs, chefs d'entreprise et professions intermédiaires des entreprises

3- *Sous-groupe des espaces des cadres, professions libérales, professions de l'information, des arts et du spectacle et commerçants : S3*

SCI : espaces des catégories supérieures avec présence des catégories intellectuelles et professions intermédiaires

SAP : espaces des professions artistiques, des professions libérales et professeurs et des précaires qualifiés

☞ **Groupes des types moyens**

1- *Sous-groupe des types moyens avec surreprésentation de catégories supérieures : M1*

MIC : espaces des indépendants, cadres et professions intermédiaires

MFP : espaces des cadres, professions intermédiaires et employés de la fonction publique

2- *Sous-groupe des espaces des classes moyennes qualifiées : M2*

MTI : espaces des techniciens, ingénieurs, professions intermédiaires, employés d'entreprise et ouvriers qualifiés

MOQ : espaces des classes moyennes et des ouvriers qualifiés

3- *Sous-groupe des catégories moyennes, employés et ouvriers : M3*

MEP : espaces moyens des catégories moyennes, employés, ouvriers et précaires

MTP : espaces moyens du secteur public et des transports

4- *Sous-groupe et type : espaces des professions artistiques, des ouvriers non qualifiés, des précaires et chômeurs : M4 (MAC)*

5- *Type Fonction publique, police et armée : M5 (MPO)*

☞ **Groupes des types populaires ouvriers**

1- *Sous-groupe et type : espaces ouvriers, artisanaux et agricoles :*

O1 (OAA)

2- *Sous-groupe des espaces des ouvriers des ouvriers et employés :*

O2 : espaces ouvriers et employés et secteur public (OPS)

O3 : espaces ouvriers et employés précaires et chômeurs I (OPR)

O4 : espaces ouvriers et employés précaires et chômeurs II (OCH)

II.3- Constitution de l'échantillon de l'enquête SIRS 2005

1- Base de sondage des IRIS

Nous disposons d'une base de sondage contenant des informations au niveau de tous les IRIS des quatre départements étudiés (75, 92, 93 et 94) – en particulier le classement de chacun d'eux en fonction de la typologie élaborée par Edmond Préteceille. La distribution des types d'IRIS par département est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Distribution des IRIS par types et départements

Type Agrégé	Type	Département				Total
		75	92	93	94	
S1	SBI	124	8	0	4	136
	SBE	167	71	0	4	242
S2	SCS	3	61	0	3	67
	SCE	4	100	0	10	114
S3	SCI	124	47	0	37	208
	SAP	189	1	0	3	193
M1	MIC	21	39	14	60	134
	MFP	69	36	1	33	139
M2	MTI	7	56	19	42	124
	MOQ	2	10	69	42	123
M3	MEP	30	24	52	43	149
	MPT	12	38	25	57	132
M4	MAC	89	7	32	4	132
M5	MPO	1	3	3	3	10
O1	OAA	1	5	81	34	121
O2	OSP	17	49	81	77	224
O3	OPR	13	39	135	50	237
O4	OCH	4	11	82	13	110
Total		877	605	594	519	2595

Tableau 2 : Poids des départements dans les différents types (%)
(Distribution des IRIS par types et départements - % en ligne)

TYPE	Département				Total
	75	92	93	94	
SBI	91.18	5.88	0.00	2.94	100%
SBE	69.01	29.34	0.00	1.65	100%
SCS	4.48	91.04	0.00	4.48	100%
SCE	3.51	87.72	0.00	8.77	100%
SCI	59.62	22.60	0.00	17.79	100%
SAP	97.93	0.52	0.00	1.55	100%
MIC	15.67	29.10	10.45	44.78	100%
MFP	49.64	25.90	0.72	23.74	100%
MTI	5.65	45.16	15.32	33.87	100%
MOQ	1.63	8.13	56.10	34.15	100%
MEP	20.13	16.11	34.90	28.86	100%
MPT	9.09	28.79	18.94	43.18	100%
MAC	67.42	5.30	24.24	3.03	100%
MPO	10.00	30.00	30.00	30.00	100%
OAA	0.83	4.13	66.94	28.10	100%
OSP	7.59	21.88	36.16	34.38	100%
OPR	5.49	16.46	56.96	21.10	100%
OCH	3.64	10.00	74.55	11.82	100%

Tableau 3 : Poids des types dans les départements (%)
(Distribution des IRIS par types et départements - % en colonne)

TYPE	Département			
	75	92	93	94
SBI	14.14	1.32	0.00	0.77
SBE	19.04	11.74	0.00	0.77
SCS	0.34	10.08	0.00	0.58
SCE	0.46	16.53	0.00	1.93
SCI	14.14	7.77	0.00	7.13
SAP	21.55	0.17	0.00	0.58
MIC	2.39	6.45	2.36	11.56
MFP	7.87	5.95	0.17	6.36
MTI	0.80	9.26	3.20	8.09
MOQ	0.23	1.65	11.62	8.09
MEP	3.42	3.97	8.75	8.29
MPT	1.37	6.28	4.21	10.98
MAC	10.15	1.16	5.39	0.77
MPO	0.11	0.50	0.51	0.58
OAA	0.11	0.83	13.64	6.55
OSP	1.94	8.10	13.64	14.84
OPR	1.48	6.45	22.73	9.63
OCH	0.46	1.82	13.80	2.50
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Par ailleurs, et comme nous l'avons mentionné précédemment, le deuxième critère de stratification de notre échantillon concerne le fait que l'IRIS est ou non défini comme Zone Urbaine Sensible (ZUS) dans le cadre de la Politique de la ville. Pour chaque IRIS d'Ile-de-France, nous disposons de la proportion de personnes habitant dans une partie ZUS (dans certains IRIS en effet, il existe des parties mixtes, composées à la fois de quartiers ZUS et non ZUS). Les IRIS dont cette proportion était au moins égale à 50% ont été considérés comme « ZUS », les autres (<50%) comme « non ZUS ». Selon cette règle de décision, la distribution des IRIS en fonction de leur type et de leur statut ZUS est la suivante :

Tableau 4 : Distribution des IRIS par type et statut ZUS ou Non ZUS

Type	Statut de l'IRIS		Total
	Non ZUS	ZUS	
S1	378	0	378
S2	181	0	181
S3	382	19	401
M1	272	1	273
M2	243	4	247
M3	262	19	281
M4	108	24	132
M5	8	2	10
O1	110	11	121
O2	163	61	224
O3	125	112	237
O4	44	66	110
Total	2276	319	2595

2- Procédure d'échantillonnage des IRIS

Une procédure d'échantillonnage pas à pas a été mise en œuvre. La base de sondage initiale était composée de 2595 IRIS pour l'ensemble de Paris et de la petite couronne d'Île-de-France. Une double stratification a été conduite, d'une part selon la typologie sociale des IRIS en douze classes issue des travaux d'Edmond Préteceille, et d'autre part selon l'appartenance à une zone urbaine sensible (ZUS) ou non.

Dans l'objectif de mener des analyses multiniveaux et des analyses spatiales sur les données de notre enquête, il convenait de tenir compte dès l'échantillonnage de deux exigences méthodologiques : d'une part avoir un nombre d'IRIS suffisamment important et, d'autre part, qu'au sein de chaque IRIS le nombre de personnes enquêtées ne soit pas trop faible. Aussi, et étant donné que nous nous étions fixé l'objectif d'un échantillon total de 3000 personnes, le nombre d'IRIS à sélectionner a été fixé à 50 (au sein de chacun desquels seraient interrogées 60 personnes).

Le taux de sondage initial, par allocation proportionnelle, était donc égal à 50/2595. Les premiers tirages ont été effectués parmi les 319 IRIS ZUS de la base de sondage initiale. La volonté de surreprésenter ces catégories nous a conduit à multiplier le taux de sondage initial par 2. Douze IRIS ont ainsi été tirés (*couleur rouge*). Dans un second temps, les catégories dites «ouvrières» restantes (c'est-à-dire de type O et non ZUS), ont été tirées parmi les 2595 – 319 = 2276 IRIS restants, avec un coefficient de surreprésentation de 1,5. Onze IRIS ont ainsi été sélectionnés (*couleur verte*). Enfin, les 27 IRIS restant ont été tirés parmi les catégories «supérieure» et «moyenne» non ZUS (*couleur noir*).

Tableau 5 : Répartition finale des IRIS tiré suite à la procédure d'échantillonnage

Statut de l'IRIS			
Type	Non ZUS	ZUS	Total
S1	5	0	5
S2	3	0	3
S3	5	1	6
M1	4	0	4
M2	4	0	4
M3	4	1	5
M4	2	1	3
M5	0	0	0
O1	3	0	3
O2	4	2	6
O3	3	4	7
O4	1	3	4
Total	38	12	50

Le logiciel SAS a été utilisé pour le tirage aléatoire de l'échantillon. Au sein de chacune des strates, un tirage aléatoire simple a été conduit en indiquant le nombre d'IRIS à tirer dans chacune d'entre elle, comme cela avait été calculé précédemment.

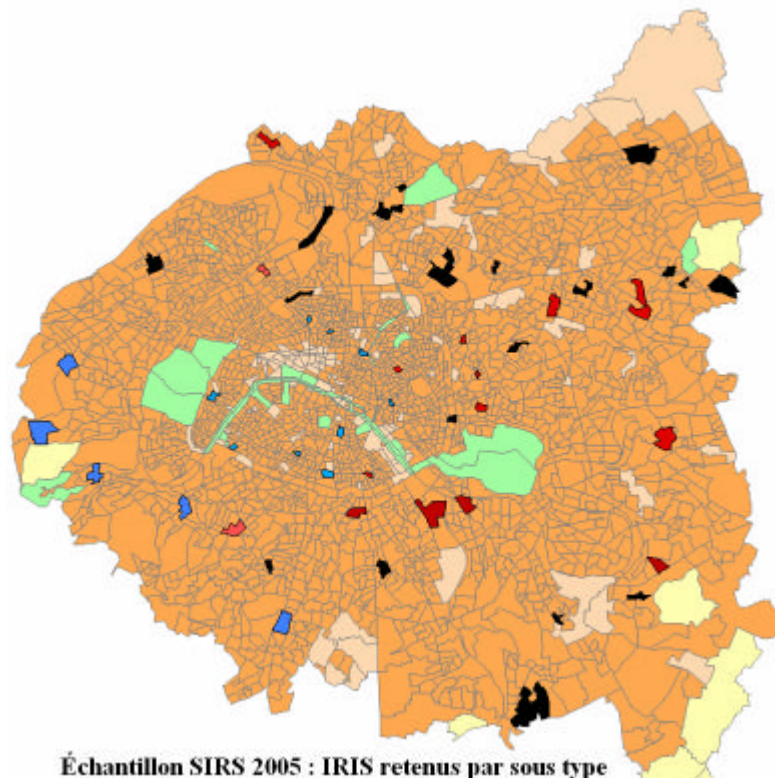
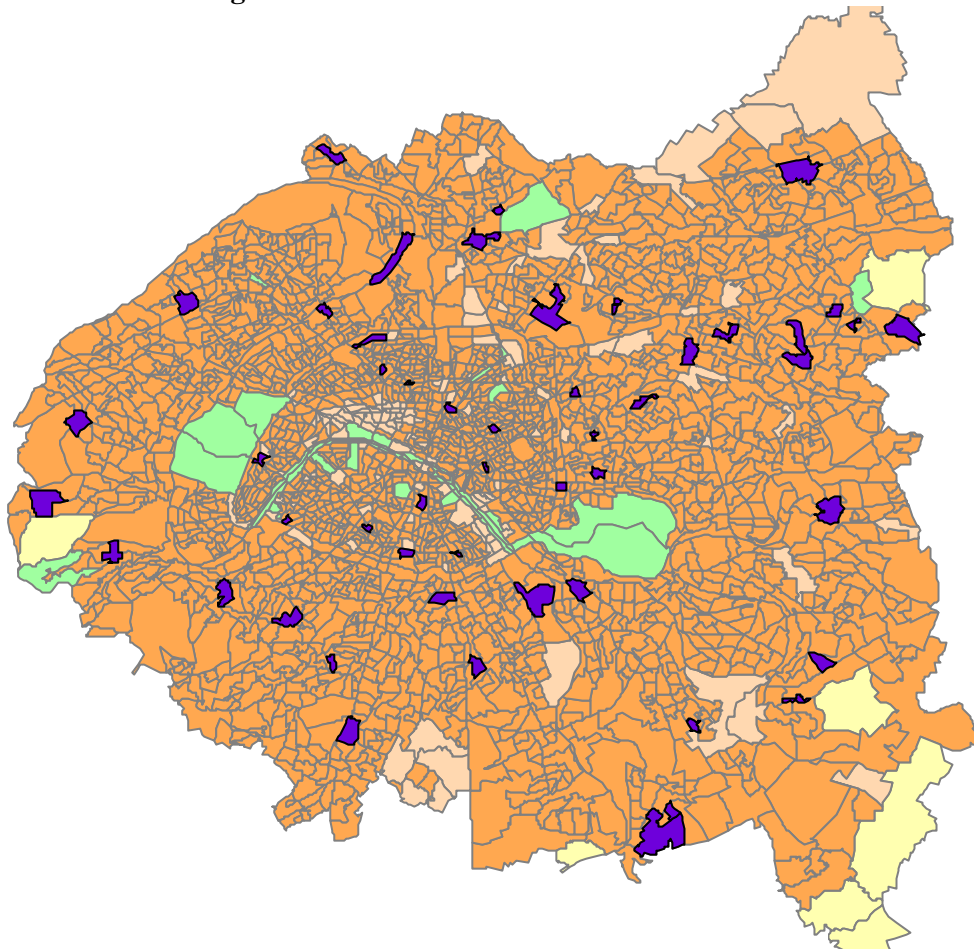
Code SAS :

```
proc sort data=basesondage; by type statut_zus; run;
proc surveyselect data = basesondage
    sampsiz = BSONDAGE.txsondage
    method = srs
    out = echantillon
    outsize;
    strata type statut_zus ;
run;
```

3- Description de l'échantillon d'IRIS

Au final, nous avons obtenu un échantillon de 50 IRIS présentés en violet sur la carte suivante.

Figure 1. Ilots IRIS retenus dans l'échantillon.



Échantillon SIRS 2005 : IRIS retenus par sous type

4- Echantillonnage des logements et des personnes à enquêter

Ces premières phases de la méthodologie ont donc conduit à un échantillon de 50 IRIS, au sein de chacun desquels seront interrogées 60 personnes. Les dernières phases de l'échantillonnage consistent en un tirage aléatoire de 60 logements par IRIS puis, dans un second temps, à la sélection aléatoire d'une personne majeure au sein de chaque logement.

Pour effectuer l'échantillonnage des logements, nous avons fait appel à deux institutions : l'Agence Parisienne d'Urbanisme (APUR) pour les IRIS situés à Paris intra-muros et l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région Ile-de-France (IAURIF) pour les IRIS situés dans les départements de la première couronne. En s'appuyant sur des fichiers de la Direction Générale des Impôts (DGI), l'APUR et l'IAURIF ont tiré aléatoirement des échantillons de 60 logements dans chacun des IRIS sélectionnés.

Au sein de chacun des logements, la personne à enquêter sera sélectionnée aléatoirement par l'enquêteur, à partir de la méthode des dates d'anniversaire. C'est-à-dire que parmi l'ensemble des personnes majeures vivant dans le ménage, sera finalement enquêtée celle dont la date d'anniversaire vient en premier à partir du jour de l'enquête.

II. Questionnaire

Le questionnaire utilisé pour l'enquête SIRS Ile-de-France 2005 s'appuie très fortement sur les questionnaires utilisés lors des enquêtes précédemment menées dans cinq Zones Urbaines Sensibles franciliennes (2001) et dans les quartiers « Politiques de la ville » du 20^{ème} arrondissement de Paris. Il comprend un large tronc commun de questions qui ont été ou seront posées dans les enquêtes sur les autres villes associées au programme de recherche SIRS-International (à savoir, à ce jour : Antananarivo, New York, São Paulo et Varsovie).

Le questionnaire reprend notamment différentes questions déjà incluses dans d'autres enquêtes : enquête OSC sur les personnes aidées par les services de la FNARS, enquêtes INED et INSEE sur les personnes sans-domicile, enquêtes INSEE Conditions de vie, enquête INSERM-IDH sur les patients des centres de soins gratuits, enquêtes du Crédes/Irdes sur la santé et les soins médicaux, Baromètre santé, etc. Il nous a en effet semblé important de pouvoir disposer, lors de l'analyse des données, d'éléments de comparaison avec la population générale de la France, de l'agglomération parisienne, ou avec certaines sous-populations (les personnes sans domicile à Paris par exemple). Plusieurs outils standardisés ont en outre été intégrés au questionnaire, en particulier dans le domaine de la santé ou encore sur les aspects psychosociaux (estime de soi, etc.).

Un pré-test de l'enquête s'est déroulé en juin 2005, auprès de 50 personnes résidant dans cinq IRIS adjacents à des IRIS inclus dans notre échantillon final. Ce pré-test nous a permis de tester et valider tant notre méthodologie que notre questionnaire.