

Inserm



Institut national
de la santé et de la recherche médicale



I N E D

Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France

Isabelle Parizot, Pierre Chauvin

Jean-Marie Firdion, Serge Paugam

juin 2003

Cette synthèse repose sur une enquête réalisée à l'automne 2001 par l'INED et l'INSERM-U444, en partenariat avec l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale.

L'analyse des données a été effectuée par Isabelle Parizot (INED, INSERM U444), Pierre Chauvin (INSERM U444), Jean-Marie Firdion (INED), Serge Paugam (INED, LASMAS, CNRS/EHESS), avec le concours de Fabienne Bazin et de Basile Chaix (INSERM U444).

Les cinq zones urbaines sensibles d’Ile de France étudiées dans cette synthèse présentent une photographie des difficultés sociales et économiques auxquelles sont confrontés leurs habitants. On constate qu’ils rencontrent plus de difficultés que l’ensemble de la population francilienne. En outre, dès l’enfance, un nombre important d’entre eux ont connu une fragilisation des liens de filiation (près d’un quart ne vivait plus, à l’âge de 10 ans, avec ses 2 parents) et d’intégration (plus de 10 % ne se sentaient pas bien intégrés à l’école primaire). A l’âge adulte, un fort sentiment de précarité lié au monde du travail est ressenti. Des problèmes de violence familiale sont également évoqués par 14 % des personnes vivant en couple. Il est en outre montré que l’estime de soi est d’autant plus dégradée que les personnes se sentent isolées, sans grand soutien social, et ont une opinion négative sur leur quartier de résidence. En ce qui concerne les liens entre ruptures sociales et santé, 14 % des enquêtés déclarent que des problèmes de santé ont entraîné des ruptures sociales et inversement 24 % estiment que leurs conditions de vie nuisent à leur santé physique et morale.

Introduction

I. L’objet d’étude

Les inégalités socio-économiques inscrites dans le territoire des grandes métropoles du monde s’accompagnent d’un affaiblissement des liens sociaux et de problèmes spécifiques de santé, qui risquent de conduire à une dégradation tant de la sécurité sanitaire collective que de la cohésion sociale des populations¹. En France, non seulement les inégalités sociales et les inégalités de santé restent fortes, mais les disparités entre territoires se creusent. Les personnes confrontées à la précarité de l’emploi ou à de faibles revenus connaissent des difficultés croissantes dans plusieurs domaines à la fois : les conditions de vie, l’intégration sociale, les ressources culturelles, le bien-être, mais aussi la santé physique, mentale et l’accès aux soins. La polarisation renforce le processus de disqualification sociale des populations en difficulté². Le lieu de résidence constitue en effet souvent un « marqueur social » important. Habiter dans un quartier défavorisé peut constituer un handicap supplémentaire – que ce soit en raison de facteurs « objectifs », tels que des conditions de vie dégradées ou un éloignement des pôles d’emploi, ou en raison de facteurs plus « subjectifs », par exemple le transfert de l’image négative du quartier sur ses habitants ; mais cela peut au contraire apporter des éléments positifs si, par exemple, le quartier est source d’identifications positives, si des solidarités interindividuelles y sont intenses ou l’offre de services socio-médicaux adaptée.³ Plus généralement, il convient de tenir compte des effets possibles du statut des personnes en situation de précarité ou vivant dans des quartiers relégués – en particulier la dégradation de l’image de soi (entendue comme le reflet de l’*identité pour soi* et le reflet intériorisé de l’*identité pour autrui*) ou une certaine souffrance psychique.

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.

² Martens A., Vervaeke M. (coord.), *La polarisation sociale de l’urbain*, Paris, Anthropos, 1993.

³ Paquot T., Lussault M., Body-Gendrot S. (dir.), *La ville et l’urbain. L’état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2000.

D'une manière générale, les difficultés rencontrées sur le plan social et le plan sanitaire semblent d'autant plus problématiques que les formes traditionnelles d'entraide s'affaiblissent. La fragilisation des liens sociaux favorise de nombreuses ruptures sociales. Parler de ruptures implique de connaître les liens fondamentaux qui rattachent l'individu à la société et de pouvoir les classer. Ces liens renvoient aux mécanismes de la socialisation, c'est-à-dire aux mécanismes par lesquels l'individu apprend à se définir lui-même en fonction des normes de la vie sociale et des attentes respectives de ceux avec qui il se trouve en relation. Nous distinguons trois grands types de liens en référence desquels peuvent être définis des types précis de ruptures sociales : le *lien de filiation*, qui correspond au lien de l'individu avec la « famille d'orientation », c'est-à-dire la famille 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. Différents travaux nous conduisent à faire l'hypothèse qu'il existe des interactions réciproques entre les ruptures de chacun des trois types de liens sociaux.

En ce qui concerne la santé, ses inégalités sociales sont aujourd'hui connues et décrites en France comme dans la plupart des pays industrialisés. En témoignent des ouvrages parus en France depuis une décennie⁴, et plus généralement l'abondante littérature européenne sur la question depuis la publication du *Black report* britannique⁵. Dans les pays où l'on dispose de longues séries chronologiques, leur analyse montre, par exemple, que les écarts de mortalité entre les plus riches et les plus pauvres furent minimum dans une circonstance historique particulière (la période de reconstruction d'après-guerre) puis se sont de nouveau creusés – avant même la récession économique des années 70 – malgré la construction des Etats-providence européens. Ils s'accroissent de façon constante depuis les années 60 et sont, de façon relative, plus importants aujourd'hui qu'ils ne l'étaient dans les années 20⁶. Pourtant, que l'on s'intéresse à la mortalité, à la morbidité, aux habitudes et conduites de santé ou à la consommation de soins des personnes, les études menées jusqu'à présent sont essentiellement descriptives et restent limitées dans leur pouvoir d'explication. Les indicateurs sociaux disponibles et mis en regard – catégorie socioprofessionnelle, classe de revenus, niveau d'éducation, appartenance à une catégorie d'action publique (RMistes, chômeurs indemnisés, etc.) – ne décrivent que de façon approximative la position socio-économique des personnes (au sens “Wébérien” du terme⁷) et, bien plus mal encore, leurs conditions de vie⁸. Ces approches nous renseignent assez peu, au niveau individuel, sur les circonstances qui conduisent les personnes à des situations sanitaires péjoratives et, au niveau collectif, sur les

⁴ Bouchayer F, ed. *Trajectoires sociales et inégalités, recherches sur les conditions de vie*. Paris : Eres, 1994. Haut Comité de la Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris, Ed. ENSP, 1998.

Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, eds. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000.

⁵ Townsend P, Davidson N, Black D, Whitehead M, eds. *Inequalities in health, the Black report*. London: Penguin Books, 1992.

Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

Townsend P. *The international analysis of poverty*. New York: Harvester / Wheatsheaf, 1993.

⁶ Najman JM. Class inequalities in health and lifestyle. In Waddell C, Petersen AR, eds. *Just health: inequalities in illness, care and prevention*. Melbourne: Churchill Livingstone, 1994, p. 27-46.

⁷ Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000, p. 13-35.

⁸ Chauvin P. Précarisation sociale et état de santé : le renouvellement d'un paradigme épidémiologique. In: Lebas J, Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1998, p. 59-74

“ nouveaux ” déterminants et risques sociaux, c’est-à-dire les nouvelles formes de vulnérabilité et de précarité sociale et sanitaire⁹.

Les recherches sociologiques montrent bien qu’une approche de la société en termes d’inégalités socio-économiques ne suffit plus, à elle-seule, à rendre compte des difficultés vécues par une large frange de la population – et en particulier les phénomènes de ruptures sociales qui caractérisent les trajectoires de précarisation¹⁰. Mais parallèlement, si le terme d’ “ exclusion ” s’est largement diffusé dans la littérature scientifique et les media, la société ne saurait pour autant être envisagée comme duale ; entre les “ exclus ” et les “ inclus ”, de plus en plus de personnes se trouvent en situation de vulnérabilité – c’est-à-dire confrontées à une fragilité de leur insertion non seulement professionnelle mais aussi relationnelle¹¹. Or les effets de ces situations restent peu ou pas étudiés - de manière à la fois approfondie, statistique, et représentative de la population générale – en elles-mêmes et dans leurs interactions avec la santé.

De ce point de vue, le modèle plurifactoriel qui pourrait rendre compte de la multiplicité des déterminants de santé reste, pour une large part en France, à construire et à étudier. La nécessité de compléter l’approche classique des inégalités est bien illustrée par la limite des analyses épidémiologiques qui ne prennent en compte que les caractéristiques démographiques et socio-économiques “ classiques ”. Les associations statistiques observées entre les indicateurs de santé et le sexe, le statut marital, le niveau de revenus, le niveau d’éducation, la catégorie socioprofessionnelle et la race (aux Etats-Unis) ou le groupe de migration (en Europe du Nord) – en bref le statut socio-économique et les caractéristiques démographiques les plus communément recueillis et analysés – sont inconstantes, parfois contradictoires d’une étude à l’autre pour un même indicateur de santé mis en regard. De plus, quand elles existent, ces corrélations n’expliquent qu’une faible part des variations observées. A partir de là, une hypothèse raisonnable est de penser que d’autres caractéristiques – individuelles, mais aussi contextuelles¹² – doivent être interrogées et prises en compte : c’est là l’enjeu – et le défi – de la recherche en épidémiologie sociale¹³.

Il peut s’agir, d’une part, de caractéristiques psychosociales ou comportementales individuelles comme les représentations de la santé, l’attention portée à sa santé et la hiérarchisation des besoins de santé par rapport aux autres besoins jugés importants par la personne, l’estime de soi et les capacités d’adaptation, l’intériorisation des normes médicales et les expériences antérieures ou familiales de maladies et de recours aux soins, etc. Les recherches sur les comportements de santé sont anciennes dans les pays anglo-saxons, en particulier celles prenant en compte les perceptions et croyances de santé (*health beliefs, health perceptions*) qui, depuis les années 50, multiplient les résultats en faveur d’une relation étroite entre ces dernières et le recours aux soins ou l’observance thérapeutique, l’utilisation des programmes de prévention, la modification de comportements de santé péjoratifs (addictions, comportements sexuels, etc.)¹⁴. On peut citer aussi les recherches sur la « production familiale » de santé¹⁵, sur le sens de la cohérence des individus, leur capacités d’adaptation, leurs perceptions de leur efficacité à faire face, ou encore sur les peurs et les

⁹ Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. *Précarisation, risqué et santé*. Paris: Editions Inserm, 2001.

¹⁰ Paugam S, ed. *L’exclusion, l’état des savoirs*. Paris, La Découverte, 1996.

¹¹ Castel R. De l’indigence à l’exclusion : la “ désaffiliation ”. In : Donzelot J, ed. *Face à l’exclusion, le modèle français*. Paris, Esprit, 1991, p.137-168.

¹² Chaix B, Chauvin P. L’apport des méthodes d’analyse multiniveau dans l’analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature. *Rev Epidemiol Santé Publ* 2002; 50: 489-499.

¹³ Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000

¹⁴ Rosenstock I. Why People Use Health Services. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 1966 ; XLIV : 54-127.

¹⁵ Turk DC, Kerns RD, eds. *Health, illness, and families: a life-span perspective*. New York: Wiley, 1985.

motivations en termes de protection en santé¹⁶, etc. – ou, d’une façon générale, ce que l’on appellera le « capital psychologique ». L’accumulation de ces travaux – pour la plupart Nord-américains – montre de façon convaincante que ces déterminants sont socialement distribués (si ce n’est déterminés) et à quel point ces facteurs comportementaux et psychosociaux sont liés aux états de santé, aux comportements de santé et aux recours aux soins.

Il peut s’agir, d’autre part, de caractéristiques relatives aux conditions d’intégration sociale. Depuis 20 ans, des travaux épidémiologiques, essentiellement anglo-saxons, ont recherché de tels déterminants sociaux. Par exemple, de nombreuses publications ont montré une association entre un faible niveau d’intégration sociale et une fréquence accrue des comportements de santé à risque (tabagisme, alcoolisme, troubles du comportement alimentaire, sédentarité, etc.) ; d’autres ont observé de fortes associations entre l’importance du réseau social d’un individu et son état de santé – par exemple l’incidence des accidents vasculaires cérébraux et de leur mortalité spécifique¹⁷. Si ces hypothèses sont, en réalité, anciennes et souvent issues de travaux sociologiques français¹⁸, leur démonstration statistique reste, pour une bonne part, à conduire dans notre pays.

Les inégalités constatées peuvent aussi être reliées, de manière plus globale, à des facteurs subjectifs et symboliques. Le seul fait que des mêmes situations péjoratives pour la santé (stress, chômage, pauvreté, etc.) aient des conséquences morbides différentes souligne la nécessité de considérer le sens que l’individu donne à ces situations¹⁹, la manière dont il les interprète et la manière dont il les vit. De même, des recherches sur les liens entre santé et soutien social encouragent à s’intéresser au soutien perçu au-delà de la taille, de l’étendue ou de la forme « objectives » du réseau social dont bénéficie la personne. La sociologie et l’anthropologie, souvent par des approches qualitatives, ont mis en évidence la diversité des expériences vécues subjectivement, tant en ce qui concerne les événements sociaux²⁰ que les états de santé ou les recours aux soins²¹. Mais l’intégration de ces résultats dans les travaux statistiques sur les déterminants sociaux de la santé reste exceptionnelle.

Enfin, les recherches sur l’influence des conditions de vie s’enrichissent d’approches renouvelées – en particulier concernant les conditions de travail et, parmi elles, les nouvelles formes de précarité liées au travail²² ou, de façon plus ancienne, le stress au travail et ses conséquences sur la santé²³. En dehors de la sphère professionnelle, des travaux épidémiologiques récents s’attachent à prendre en compte ce que Kaplan et Lynch appellent les « conditions néo-matérielles », c’est-à-dire les conditions liées aux modes de vie actuels

¹⁶ Gochman DS, ed. *Handbook of health behavior research, Vol I: personal and social determinants*. New York: Plenum Press, 1987.

¹⁷ Par exemple : Vogt TM, Mullooly JP, Ernst D, Pope C, Hollis JF. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 659-66.

¹⁸ Voir les travaux sociologiques de Durkheim puis de Halbwachs sur le suicide, et les écrits de Cassel qui, le premier, suggère en épidémiologie cette relation entre soutien social et risque morbide.

¹⁹ Bruchon-Schweitzer M, Quintard B. *Personnalités et maladies : stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod, 2001.

²⁰ Schnapper D. *L’épreuve du chômage*. Paris : Gallimard, 1981 (nouvelle édition 1994).

Paugam S. *La disqualification sociale*. Paris, PUF, 1991 (nouvelle édition 2002).

²¹ Herzlich C. *Santé et maladie. Analyse d’une représentation sociale*. Paris : Editions de l’EHESS, 1969

Parizot I. *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.

²² Appay B, Thebaud-Mony A, eds. *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris : IRESO-CNRS, 1997.

²³ Karasek RA., Theorell T., *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York: BasicBooks, 1990.

Siegrist J, "Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions", *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 1996, p. 27-41

dans les sociétés post-industrielles : régime alimentaire, types de loisirs, habitudes de vacances, possession de certains biens de consommation, etc.²⁴. Leur intérêt est de renouveler la perspective et les outils d'étude à la fois des inégalités socio-économiques et des situations de précarité et d'exclusion : il s'agit alors de mesurer les impacts sociaux et sanitaires d'une exclusion – toute relative et qui concerne un nombre important de personnes – résultant de l'impossibilité (au moins temporaire) d'accéder à des biens et des services qui ne sont pas fondamentaux à proprement parler mais dont la jouissance apporte confort et bien être et signe, au moins symboliquement, l'appartenance à nos sociétés de consommation et de loisirs.

La problématique de notre recherche repose, en effet, sur l'idée que les effets des inégalités sociales varient selon la manière dont celles-ci sont vécues. Ainsi, dans une société – comme celle de nombreux pays en voie de développement ou de pays émergents - caractérisée par une situation de *pauvreté intégrée*²⁵ (c'est-à-dire où la pauvreté touche une part importante de la population d'ailleurs peu distincte des autres couches de la population), les « pauvres » forment un groupe social peu stigmatisé : leur niveau de vie est bas mais ils restent insérés dans des réseaux sociaux organisés autour de la famille et du quartier. En revanche, lorsque la pauvreté touche un nombre plus réduit de personnes (*pauvreté marginale*) et qu'elle est jugée intolérable, les « pauvres » ou les « exclus » sont confrontés à une dégradation de leur statut social et connaissent un isolement social progressif. Leur stigmatisation est renforcée par l'intervention sociale dont ils font l'objet²⁶. Il est clair que les situations se rapprochant de l'un ou l'autre des idéaux-types de la *pauvreté intégrée* ou *marginale* n'ont pas les mêmes conséquences en termes d'intégration sociale et en termes de santé. Lorsque les liens familiaux et sociaux se distendent, le risque est d'être confronté à un enchaînement d'adversités et de ruptures 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 plus défavorisés à la marge de la société où ils ont une forte probabilité de se sentir inutiles. L'un des objectifs de cette enquête était précisément d'analyser ces cumuls de difficultés d'une part et leurs liens avec les facteurs de santé d'autre part et d'étudier, plus largement, les liens entre les ruptures sociales, les inégalités, le bien-être physique et mental et les facteurs de santé²⁷.

Cette synthèse se fonde sur une enquête conduite en Ile-de-France dans cinq Zones Urbaines Sensibles (ZUS) – c'est-à-dire des territoires délimités qui bénéficient de mesures particulières dans le domaine économique et social au titre de la Politique de la Ville – avec le soutien de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, de l'Ined et de l'Inserm.

²⁴ Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. op. cit., p. 13-35.

²⁵ Paugam S. Les formes contemporaines de la pauvreté et de l'exclusion. Le point de vue sociologique. *Genèses* 1998; 31: 160-182.

²⁶ Paugam S., 2000, "La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté", Paris, PUF, coll. Quadrige, nouv. éd. mise à jour, (1ère éd. 1991, coll. sociologies).

²⁷ L'enquête s'inscrit dans un programme de recherche intitulé « Santé, inégalités et ruptures sociales » (SIRS), coordonnée à l'INSERM, au LASMAS et à l'INED, portant à ce jour sur six métropoles : Abidjan, Antananarivo, New York, Paris, São Paulo et Varsovie.

L'enquête

L'enquête a été réalisée à l'automne 2001 dans cinq Zones Urbaines Sensibles. Elle repose sur la passation d'un questionnaire au domicile de la personne interrogée, d'une durée moyenne d'environ 1h15. L'échantillon a été constitué par un tirage aléatoire de 120 ménages par ZUS et, au sein de chaque ménage, d'une personne âgée de 18 à 74 ans, parlant suffisamment le Français pour pouvoir comprendre et répondre au questionnaire. Au total, 525 personnes ont été interrogées

Le choix des cinq sites d'enquête ne visait pas la constitution d'un échantillon représentatif des ZUS d'Ile-de-France – même si la représentativité était recherchée au sein de chaque quartier étudié. Nous avons tenu à approcher la diversité des ZUS et, en particulier, la diversité des processus d'exclusion socio-territoriale. Nous nous sommes pour cela appuyés sur la typologie élaborée par Daniel Behar et Philippe Estebe²⁸. Dépassant le seul constat d'une situation défavorisée pour relier 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. Les ZUS ou quartiers de ZUS retenus, peuplés chacun d'environ 10 000 à 15 000 habitants, sont situés dans les communes suivantes : Aulnay (pour le type des *territoires "historiques" de l'industrie et de l'habitat ouvrier*) ; Les Mureaux (pour le type des *poches de pauvreté de l'ouest de la métropole*) ; Grigny (pour les *quartiers disproportionnés dans leur environnement local*) ; Cergy (pour le *tissu urbain récent*) ; et enfin Paris (pour le type des *centres dégradés de Paris et de la petite couronne*).

Les cinq ZUS

- Les Mureaux

Aux Mureaux, l'enquête a porté sur des quartiers d'habitat social et ouvrier, développés dans l'après seconde guerre mondiale pour répondre au besoin massif et urgent de loger une population ouvrière croissante dans le Val de Seine. Depuis plusieurs années, ils 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 constitué de lieux résidentiels « haut de gamme » ou de « pôles d'excellence économique ».

- Aulnay-sous-Bois

Le quartier étudié à Aulnay-sous-Bois, sélectionné en référence au type des « territoires "historiques" de l'industrie et de l'habitat ouvrier », ne correspond certes pas à un vestige de la ville industrielle du XIX^{ème} siècle, mais sa construction autour de 1970 s'est faite dans une logique de rapprochement habitat-emploi. Il en est résulté un quartier ouvrier, formé essentiellement d'un grand ensemble où furent créés simultanément un grand nombre de logements. Séparée de son environnement par de grandes infrastructures routières, la ZUS se compose de logements d'habitat social dégradés et vieillissants et souffre d'un déficit de

²⁸ Cf. Rapport présidé par Jacques Bravo pour l'évaluation de la politique de la ville en Ile-de-France, Préfecture d'Ile-de-France et Conseil Régional d'Ile-de-France, 29 janvier 1999.

services commerciaux. Sa population est confrontée au chômage, ainsi qu'à des problèmes urbains et d'insécurité.

- Grigny

Les « quartiers disproportionnés dans leur environnement local » correspondent aux grands ensembles qui ont été juxtaposés à des villes moyennes à la suite de décisions d'aménagement prises selon une logique régionale (et non 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 a connu un accroissement de population considérable et rapide au début des années 1970, avec la construction de deux quartiers de grands ensembles. La ZUS étudiée présente la particularité de ne comporter que très peu de logements sociaux : plus grande copropriété de France, elle accueille une population pour moitié propriétaire de son propre logement. Comme la plupart des quartiers du type concerné, elle est marquée par une concentration importante de problèmes sociaux et urbains.

- Cergy

Le quartier de Cergy aujourd'hui classé en ZUS, au sein de la ville nouvelle de Cergy-Pontoise, a vu le jour au début des années 1980. Comme les ZUS représentant le « tissu urbain récent » de la typologie d'Acadie, il 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.

- Paris

Le quartier parisien étudié, l'une des neuf ZUS de la capitale, correspond au type des « centres dégradés de Paris et de la petite couronne ». Quartier traditionnellement de classes populaires et de populations migrantes, il a connu dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle un processus certain de dégradation du bâti. Les immeubles vieillissants 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 plus petits issus des opérations de rénovation urbaine très récentes. De telles opérations sont encore en cours aujourd'hui, conduisant à modifier le profil socio-économique de la population.

II. La population et les quartiers étudiés

En Ile-de-France, 175 territoires ont été repérés par le Pacte de relance pour la ville. Au dernier recensement (1999), ils rassemblaient 1 332 000 habitants, soit plus de 12 % de la population régionale. Ces ZUS partagent certaines caractéristiques qui les différencient globalement du reste du territoire régional – notamment une population plus jeune, moins diplômée, davantage touchée par le chômage que la population générale, une proportion plus importante de familles nombreuses, étrangères ou immigrées, de familles monoparentales, ou encore une forte représentation des ménages ouvriers ou employés.²⁹ Mais les ZUS ne constituent pas un ensemble homogène – que ce soit 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... Cette diversité se retrouve en partie dans notre échantillon.

Nous avons signalé que notre échantillon ne saurait être considéré comme représentatif des ZUS d’Ile-de-France, puisqu’il s’agit d’aborder des territoires relevant de contextes différents. Les résultats exposés ici, comparant les caractéristiques de notre population d’étude avec la population générale d’Ile-de-France, doivent donc être lus avec précaution – non pas comme une photographie de l’ensemble des territoires de la Politique de la ville, mais davantage comme une description préalable de notre population d’étude.

Un population jeune et une forte présence des familles

Par construction, notre échantillon est 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). Ce dernier point est une tendance commune à de nombreuses ZUS, en particulier en Ile-de-France, formées dans leur majorité par une population plus jeune que celle des territoires environnants. Il en est de même concernant l’importance relative de la population étrangère. Les quartiers étudiés comptent en effet environ 30 % 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.

Des familles nombreuses et des logements surpeuplés

Les quartiers étudiés, comme en général les « quartiers prioritaires », se caractérisent également par l’importance de ménages nombreux : 20 % des ménages enquêtés (regroupant 38 % de la population) sont composés de 6 personnes ou plus, alors que ce n’est le cas que de 3 % des ménages d’Ile-de-France. Inversement, les personnes vivant seules sont proportionnellement deux fois moins nombreuses : 6.8 % des personnes interrogées (représentant 15,4 % des ménages), contre environ 15 % des franciliens (représentant un tiers des ménages). Ainsi, la taille moyenne des ménages est plus élevée dans notre échantillon : 3,8 personnes en moyenne, contre 2,4 sur l’ensemble de la région (au recensement de 1999).

²⁹ 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.

Ces différences sont liées notamment à la structure du parc de logements – elle-même dépendante de l'histoire du quartier et de l'historique des politiques d'habitat³⁰. Par exemple, dans notre échantillon, si la ZUS de Paris se caractérise par des ménages plus petits (3,0 personnes contre 3,8 en moyenne sur les cinq ZUS), elle se distingue aussi par une proportion nettement plus élevée de petits logements : la moitié des logements ne comptent qu'une pièce unique ou deux pièces. C'est une des conséquences de l'ancienneté d'une partie des logements de ce quartier populaire de la capitale – logements qui n'ont pas encore bénéficié des opérations de rénovation urbaine. A l'inverse, dans les ZUS d'Aulnay, Cergy et Grigny, qui se sont développées 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) et de ménages nombreux.

Toutefois, étant donné les difficultés d'accès au logement que rencontrent les personnes en difficulté sociale, et compte tenu du manque de grands logements dans certains quartiers, les ménages ne trouvent pas toujours à se loger en adéquation avec leur taille. Le surpeuplement des logements est souvent un problème préoccupant dans les quartiers bénéficiaires de la Politique de la ville. Considérons le fait que le logement compte moins d'une pièce principale par personne. Selon cette définition, en 1993-94, le surpeuplement concernait 15 % des ménages résidant dans les quartiers prioritaires (France entière), contre 10 % dans les villes environnantes³¹. 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. Dans deux sites même, le surpeuplement concerne plus de la moitié des ménages, soit 70 % et 75 % des individus.

Accéder à un logement plus grand constitue la motivation la plus fréquente du désir de déménager – très proche en proportion des jugements négatifs portés sur le quartier. Sur l'ensemble des enquêtés, un sur cinq (19,4 %) dit devoir ou vouloir changer de logement du fait d'un logement actuel trop petit. Parmi les candidats au déménagement, 36,3 % évoquent cette raison (notons que toutes les personnes concernées par le surpeuplement ne donnent pas cette raison, et que certaines vivant dans un logement non surpeuplé l'évoquent).

Le surpeuplement est également lié au sentiment d'être « bien dans son logement, malgré ses inconvénients éventuels ». Lorsqu'on considère 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 » ($p < 10^{-3}$).

Un habitat social prédominant

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 dans ces quartiers sont occupées par des locataires HLM, contre seulement une sur quatre dans l'ensemble de la région³². Dans notre échantillon également, l'habitat social est majoritaire mais son importance est très variable selon les quartiers : de

³⁰ 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 un quartier de Aulnay-sous-Bois : 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.

³¹ D'après l'enquête de l'INSEE Conditions de vie des ménages et extension quartiers. Cf. P. Choffel, "Les conditions de vie dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville", in Denis Pumain, Francis Godard (coord.), *Données urbaines*, Paris, Anthropos, 1996, p. 123-133.

³² V. Andrieux, J. Herviant, "Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999", *op. cit.*

94 % à Aulnay seulement 2 % à Grigny des personnes (parmi les propriétaires, accédantes ou locataires) résident dans des logements sociaux.

Les ZUS étudiées rassemblent une population en majorité locataire de son logement et moins souvent propriétaire que la moyenne nationale – exception faite de la ZUS de Grigny (copropriété du parc privé) : seules 23 % des personnes sont propriétaires (ou accédants), 47% sont locataires d'une HLM et 13 % locataires d'un autre type de logement. Par ailleurs, 12 % des enquêtés sont hébergées par des proches : souvent signe de précarité, l'hébergement par autrui touche particulièrement les jeunes de moins de 25 ans, dont beaucoup semblent ne pas avoir encore quitté le domicile parental ; mais cela concerne également 9 % des 25-34 ans, 3 % des 35-54 ans et 7 % des personnes âgées de 55 à 74 ans.

Une population moins diplômée que la population générale

Dans une recherche portant sur les inégalités, une importance particulière doit être accordée à la scolarisation et aux diplômes dans la mesure où l'école est un lieu important de reproduction sociale et de reproduction des inégalités. Pour aborder la formation des enquêtés, nous prendrons ici en compte les diplômes obtenus (en formation initiale et FPA), et aborderons aux chapitres suivants des variables subjectives plus fines.

Dans les ZUS en général³³ 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 ayant achevé leurs études sans obtenir aucun diplôme s'élève à 32 % – soit le double de ce que l'on observe en population générale. Il est intéressant de noter à quel point la part de personnes dépourvues de tout diplôme augmente lorsque l'on passe de la population générale (16 % en Ile-de-France, au Recensement de 1999) à celle résidant dans les ZUS (29 % dans les ZUS franciliennes, au Recensement de 1999), puis à des populations en grande difficulté, telles que les personnes sans domicile à Paris (parmi lesquelles on compte 40 % de non-diplômés).

Il ne faudrait bien sûr pas en conclure que l'ensemble de la population des ZUS a 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 comptent proportionnellement plus de personnes ayant un tel niveau scolaire que l'ensemble des ZUS de la Région (25 % au dernier Recensement).

En lien avec la scolarité, on constate chez certains une mauvaise maîtrise du Français et du calcul – ce qui constitue un handicap sérieux non seulement dans l'accès à l'emploi mais plus largement dans les processus d'insertion sociale. Environ 15 % des enquêtés déclarent éprouver des difficultés à lire et autant à écrire en Français, et 9 % déclarent des difficultés à calculer. Ces difficultés sont plus fréquemment rencontrées par les personnes de nationalité étrangère, mais elles concernent aussi des Français : 7,9 % de ces derniers éprouvent des difficultés à lire, 9 % à écrire en Français, et 5% à calculer – et respectivement 30 %, 33 % et 17 % parmi les étrangers.

³³ En Ile-de-France, un cinquième des non-diplômés résident dans des ZUS, alors que celles-ci ne rassemblent qu'un habitant sur huit.

Un taux de chômage supérieur à 20 %

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 personnes à leur compte ou salariées forment au total 51 % de notre échantillon, alors qu'elles représentent 63,8 % des franciliens de 20 à 74 ans (au recensement de 1999). Parallèlement, la proportion de chômeurs (indemnisés ou non) est élevée.

L'importance du chômage est une caractéristique générale et préoccupante des territoires de la Politique de la ville³⁴. Au recensement de 1999, la part des chômeurs dans la population active des ZUS franciliennes atteignait 20 %, soit près du double que dans l'ensemble de la région. Dans notre échantillon, interrogé en 2001, le taux de chômage³⁵ s'élève à 22,1 % (sept-oct. 2001) contre 7,7 % dans la population d'Ile-de-France (enquête Emploi mars 2001). Or on sait qu'exercer un emploi confère un statut social, apporte des revenus, procure une couverture maladie assurantielle (autre que la CMU ou l'Aide médicale), offre un réseau de sociabilité dans le monde du travail, renforce le sentiment d'avoir un rôle au sein de la société... Si le travail peut avoir des aspects aliénants, il n'en présente pas moins des aspects positifs de réalisation de soi et d'insertion sociale.

Les difficultés rencontrées par les habitants des ZUS sur le marché du travail se repèrent aussi parmi les personnes qui travaillent. Ainsi, la position des emplois occupés est inférieure à celle de la population francilienne. Parmi les actifs occupés, les ouvriers non qualifiés en particulier sont deux fois plus nombreux dans notre échantillon qu'en Ile-de-France (11 % vs 5 % d'après l'enquête emploi 2001). Inversement, les catégories socio-professionnelles supérieures et les professions libérales sont largement sous-représentées dans les ZUS étudiées (trois fois moins qu'en population générale).

De surcroît, la précarité des emplois occupés apparaît préoccupante dans les ZUS. 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 ZUS. Dans notre population d'étude, ce sont 23,5 % des salariés qui n'occupent qu'un emploi précaire.

On peut enfin mentionner un autre type de difficulté, en rapport avec l'emploi, rencontrées dans nombre de quartiers défavorisés : le temps passé dans les transports entre le domicile et le lieu de travail. Cette durée peut aussi constituer un facteur d'inégalités, ayant des impacts sur les conditions de vie, la fatigue, le stress, etc. Parmi les salariés, d'après l'enquête Emploi du Temps de l'INSEE³⁶, 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 (de 52 à 116 minutes).

³⁴ Au recensement de 1999, la part des chômeurs dans la population active des ZUS d'Ile-de-France atteignait 20 %, soit près du double que pour l'ensemble de la population francilienne.

³⁵ 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.

³⁶ Enquête réalisée en 1998 et 1999 auprès de personnes de 15 ans ou plus vivant en France métropolitaine.

18 % des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté

En lien notamment avec les difficultés rencontrées sur le marché de l'emploi, un nombre important de personnes résidant dans les ZUS rencontre des difficultés financières. Pour cette analyse de la situation monétaire, nous avons agrégé tous les revenus des membres d'un même ménage, y compris les revenus financiers, les prestations sociales et les aides financières apportées par les services sociaux ou les proches. En moyenne, le revenu par Unité de Consommation n'est que de 754 Euros par mois.³⁷ Les sources de revenus reflètent la distance au travail d'une part importante des ménages enquêtés : 11,6 % n'ont aucun revenu lié à l'emploi, qu'il s'agisse de la rémunération du travail, des retraites ou des assurances chômage.

Au total, 18 % des ménages interrogés vivent en dessous du seuil de pauvreté³⁸, c'est-à-dire beaucoup plus que ce que l'on observait en France la même année (10,3 %)³⁹. Les personnes occupant un emploi stable sont certes moins fréquemment concernées que les autres, mais la pauvreté parmi elles reste élevée : 14 % en effet vivent dans un ménage dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté. Ces résultats confirment l'existence, et l'importance dans les ZUS étudiées, d'une catégorie de « travailleurs pauvres ». A titre de comparaison, signalons qu'en France, en 1996, 6 % de la population 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 pauvreté⁴⁰.

Pauvreté monétaire et pauvreté subjective sont bien sûr corrélées mais ne sont toutefois pas systématiquement équivalentes. Par-delà les mesures objectives des revenus, on peut signaler qu'un enquêté sur cinq (21 %) rapporte une situation financière difficile ou très difficile pour son ménage (contre 16 % des ménages en France, d'après l'enquête Conditions de vie de 2001). Le sentiment d'être confronté à des difficultés financières augmente avec l'âge. Plus de la moitié (57 %) des enquêtés de 18-25 ans disent être à l'aise ou « ça va » à propos de la situation de leur foyer – contre seulement 37 % seulement parmi ceux de 55 ans ou plus.

Les 2/3 des enquêtés aiment leur quartier... même s'ils évoquent de nombreux problèmes

Le quartier de résidence 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 ou 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, dans une analyse des liens entre les inégalités territoriales, les ruptures sociales et le bien-être.

³⁷ Le revenu du ménage par unité de consommation correspond au revenu mensuel total divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage (le premier adulte compte pour une unité, les autres pour 0,5 unité chacun de même que les mineurs âgés de 14 ans et plus, les mineurs de 14 ans comptent pour 0,3 unité chacun).

³⁸ Le seuil de pauvreté calculé par l'INSEE équivaut à la moitié du revenu médian de la population totale – soit, pour une unité de consommation en 2001, 560 Euros par mois.

³⁹ Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, *Les travaux 2001-2002*, Paris, La Documentation Française, 2002.

⁴⁰ C. Lagarenne, N. Legendre, "Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux", *Economie et Statistique*, n°335, 2000, p. 3-25.

Près des deux tiers des habitants des ZUS étudiées déclarent aimer résider dans leur quartier. 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 déménager. 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 ».

Un chiffre mérite en particulier notre attention : parmi les personnes qui disent ne pas aimer habiter leur quartier, une sur cinq n'envisage pas de déménager prochainement. En d'autres termes, on peut considérer au total que 9 % des enquêtés se trouvent en situation de contrainte manifeste (ou peut-être de désintérêt) quant à leur lieu de résidence. Cette contrainte résulte pour partie de la difficulté à trouver un logement (en particulier dans un autre type de quartier) lorsque les ressources ou la stabilité de l'emploi font défaut. Les personnes concernées sont surtout des résidents d'une HLM, des jeunes de 18 à 25 ans ainsi que des personnes propriétaires de leur logement, qui peuvent éventuellement éprouver des difficultés à le vendre à un prix les autorisant à s'installer ailleurs. Il convient de s'interroger sur les conséquences d'une telle contrainte en termes d'identité sociale, de bien-être et de santé.

Il en est de même concernant les conséquences de la réputation du quartier. Les deux tiers des enquêtés estiment que leur quartier est mal perçu (plutôt mal ou très mal perçu) par les autres. Le lieu de résidence est parfois vécu comme un facteur de discrimination : 15 % des enquêtés disent que la réputation du quartier a déjà nui à leurs relations amicales ou familiales, et 12 % que cela a déjà nui à leur recherche d'emploi. Par ailleurs, 12 % de notre échantillon estiment que leur dignité est ou a déjà été atteinte par cette mauvaise réputation – ce qui est considérable.

D'une manière générale, on note des différences significatives selon les ZUS concernant le rapport subjectif au quartier – comme le montre le tableau suivant. La logique sous-jacente à ce tableau 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 souligne la nécessité d'interroger plusieurs dimensions du rapport au quartier.

TABLEAU 1. SOLDE D'OPINIONS FAVORABLES* SUR DIFFERENTS ASPECTS DU QUARTIER DE RESIDENCE

	Aulnay	Mureaux	Grigny	Cergy	Paris	Total	sign**
Réputation du quartier	- 54 %	- 20 %	- 21 %	- 37 %	- 14 %	- 30 %	S
Insécurité (relativement aux autres quartiers de la ville)	22 %	50 %	67 %	48 %	16 %	42 %	S
Sentiment personnel d'insécurité	35 %	45 %	41 %	44 %	18 %	36 %	NS
Transports en commun	3 %	7 %	56 %	70 %	67 %	40 %	S
Commerces	32 %	9 %	76 %	67 %	71 %	51 %	S
Opportunités d'emploi	- 55 %	- 35 %	- 26 %	- 15 %	- 18 %	- 30 %	S
Services médicaux	48 %	54 %	56 %	81 %	61 %	60 %	S
Importance du chômage dans le quartier	- 52 %	- 59 %	- 43 %	- 42 %	- 48 %	- 49 %	S
Facilité à se faire des amis	46 %	28 %	23 %	43 %	12 %	31 %	NS
Problèmes de drogue	- 55 %	- 35 %	- 26 %	- 15 %	- 18 %	- 30 %	S
Dégradation des habitations et parties communes	- 48 %	- 44 %	14 %	- 9 %	- 29 %	- 23 %	S
Sentiment de pouvoir compter sur ses voisins pour être aidé	- 57 %	- 66 %	- 82 %	- 79 %	- 89 %	- 74 %	S
N	108	106	119	103	89	525	

Source : enquête SIRS 5 ZUS 2001

* Il s'agit de la différence entre les réponses favorables (opinions positives) et les réponses défavorables (opinions négatives) sur le quartier, pour chacun des domaines évoqués. Par exemple, la proportion des enquêtés qui estiment que leur quartier a une bonne réputation est inférieure de 30 points à la proportion de ceux qui estiment que sa réputation est mauvaise (respectivement 34% et 64%, le taux de réponses « ne sait pas » étant de 2). Inversement, la proportion de ceux qui pensent qu'il n'y a pas plus d'insécurité dans le quartier que dans les autres quartiers de la ville est supérieure de 42 points à la proportion de ceux qui pensent qu'il y a plus d'insécurité.

Quel que soit le domaine interrogé, un solde positif signifie qu'il y a plus de personnes ayant une opinion favorable que de personnes ayant une opinion défavorable. Un solde négatif indique que les opinions défavorables sont les plus nombreuses.⁴¹

** 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.

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 dimensions abordées. Et 8 % ont une opinion favorable sur plus des $\frac{3}{4}$ des dimensions.

Il est intéressant de remarquer que cet indicateur agrégé est statistiquement lié au sentiment d'être bien dans son logement. En effet, 84,0 % de ceux 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 $\frac{3}{4}$ de réponses.⁴²

En utilisant cet indicateur agrégé en analyse multivariée (c'est-à-dire « toutes choses égales par ailleurs »), l'opinion globale sur le quartier n'apparaît pas liée de façon significative aux

⁴¹ Cf. P. Choffel, J.L. Le Toqueux, "Une approche statistique des quartiers de la politique de la ville", in Collectif, Ces quartiers dont on parle, Ed. de l'Aube, 1997, p. 11-36.

⁴² 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" de l'INED de 1991. Cf. P. Collomb, F. Guérin-Pace, *Les Français et l'environnement*, Paris, INED-PUF, 1998.

variables socio-démographiques « classiques » que sont l'âge, le sexe, la nationalité, le statut matrimonial, le fait de vivre ou non avec des enfants, le statut professionnel. Elle ne dépend pas non plus de la ZUS de résidence (alors qu'elle lui est liée en analyse univariée). Par contre, après ajustement sur ces variables, un indicateur subjectif de stress tel que le sentiment d'être constamment sous pression est significativement associé à un jugement global négatif (odd ratio=1,8). La qualité des relations entretenues dans le voisinage est également liée : être en mauvais termes avec ses voisins multiplie par cinq le risque estimé d'avoir un jugement négatif, comparativement au fait d'entretenir de bonnes relations avec ses voisins (odd ratio=4,9). Il en est de même des conséquences vécues de la réputation du quartier : on estime en effet que le risque de porter un jugement globalement négatif sur le quartier est près de 4 fois plus élevé lorsque les personnes disent que cette réputation a déjà nui à leurs relations avec leurs proches (odd ratio=3,8), et 2,6 fois plus élevé lorsque cette réputation a nui à leur recherche d'emploi. Enfin, avoir déjà été atteint dans sa dignité par la réputation de son quartier accroît considérablement (odd ratio=4,6) la probabilité d'une appréciation globalement négative du quartier.

Ces résultats confortent l'hypothèse que si le rapport au quartier peut être relié avec les caractéristiques objectives du lieu de résidence, il apparaît aussi, et peut-être surtout, lié à la manière qu'ont les individus de vivre leur cadre de vie et de se définir par rapport à lui.

Analyse des liens sociaux

La recherche a permis d'analyser les difficultés vécues dans les différentes sphères de socialisation et d'intégration sociale, ainsi que les ruptures des trois types de liens sociaux : le lien de filiation, le lien d'intégration et le lien de citoyenneté. Nous disposons en particulier de plusieurs indicateurs sur les ruptures du lien de filiation dans l'enfance, qu'il était 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 en 2000-2001 par l'OSC auprès de bénéficiaires de services de la FNARS⁴³. Il est intéressant de noter que la fréquence des ruptures et des difficultés vécues 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 sociale.

Ce seul constat amène à appuyer l'hypothèse forte d'une corrélation entre la fragilité des liens sociaux dans l'enfance et les difficultés rencontrées à l'âge adulte. Nos analyses portent plus précisément sur ces corrélations dans la population des zones urbaines sensibles.

I. Difficultés durant l'enfance et les ruptures du lien de filiation

Le lien de filiation correspond au lien de l'individu avec ce que les sociologues appellent, depuis Talcott Parsons, « la famille d'orientation », c'est-à-dire la famille au sein de laquelle s'effectuent ses premiers apprentissages sociaux. Ce lien est fondamental. Il détermine aussi l'équilibre affectif de l'individu dès sa naissance puisqu'il lui assure à la fois stabilité et protection. Il lui procure également des repères sociaux et des sources d'identification. 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 exemple par la mésentente et de graves disputes entre les parents, par de mauvais traitements envers les enfants, ou par des crises profondes au sein de la fratrie.

Le tableau suivant montre que les ruptures du lien de filiation sont loin d'être exceptionnelles. Notre population d'étude a été confrontée avant l'âge de 18 ans, 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 parents, et 4,2 % ont connu un placement (même temporaire) à la Ddass. Ce constat d'une instabilité familiale au cours de l'enfance est important. Il traduit un phénomène rarement pris en compte dans les analyses des inégalités et de la reproduction de la pauvreté, lesquelles sont généralement menées sous l'angle économique (revenus du ménage) ou de la catégorie socioprofessionnelle.

Bien sûr, les conditions de vie dans la jeunesse influencent également, 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

⁴³ S. Paugam, M. Cléménçon, *Détresse et ruptures sociales. Enquête auprès des populations s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion*, Paris, FNARS, coll. "Recueils et Documents", n°17, avril 2002.

(21,9 % 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 %).

TABLEAU 2. FREQUENCE DES RUPTURES FAMILIALES ET D'UN ENVIRONNEMENT FAMILIAL DEGRADE DURANT L'ENFANCE ET LA JEUNESSE (EN %)

	Enquête SIRS Ile-de-France 2001	Personnes en détresse OSC/Fnars 2000-2001	Conditions de vie INSEE 1986-1987 (18-64 ans)
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 sœur	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	-

Source : enquête SIRS 5 ZUS 2001

* 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)

Dans notre échantillon, 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 ou la précarité des conditions de vie (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 avoir, avant l'âge de 18 ans, fait des tentatives de suicide (3,4 % alors que ce n'est le cas d'aucun homme enquêté) et/ou eu des problèmes de santé (12,2 % vs 7,4 %). A l'inverse, les hommes ont été suivis par un juge des enfants dans une proportion plus grande que les femmes (6,5 % vs 2,7 %).

De telles difficultés dès l'enfance ou ruptures du lien de filiation risquent d'entraîner des problèmes d'adaptation au système scolaire⁴⁴, mais aussi, et plus largement, d'atteindre les fondements de la socialisation des individus – menaçant ainsi leur intégration sociale en général. On constate par exemple que certaines difficultés vécues durant la jeunesse sont significativement corrélées à l'image et à l'estime (actuelles) de soi. En première analyse, 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.

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'a pas ce problème d'estime de soi.

La recherche menée par Serge Paugam et Mireille Cléménçon avait déjà montré combien, auprès des bénéficiaires de services de la FNARS, les ruptures dans l'enfance peuvent avoir des répercussions négatives sur l'insertion des adultes⁴⁵. Dans notre échantillon de personnes résidant dans des ZUS, certains résultats vont dans le même sens. Par exemple, la probabilité d'avoir connu une période de chômage d'au moins six mois augmente avec le nombre de ruptures vécues avant l'âge de 18 ans : de 30,2 % chez ceux qui n'ont connu aucune rupture, cette proportion s'élève à 36,4 % chez ceux qui ont connu 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 ($p < 10^{-3}$).

Le lien de filiation peut également se rompre à l'âge adulte. Soulignons que 15% des enquêtés n'ont pas vu leur père au cours de l'année écoulée (parmi, bien sûr, ceux dont le père n'est pas décédé et ne vit pas dans le même ménage). Cette proportion est similaire en ce qui concerne les rencontres avec la mère (16,5 %, mais les effectifs sont faibles). Ces chiffres sont beaucoup plus élevés qu'en population générale : d'après l'enquête sur les Conditions de vie des ménages réalisée en 1993-94, seuls 7 % des enquêtés (potentiellement concernés) n'ont eu aucun contact avec leur père au cours de l'année et 4 % avec leur mère.

II. Les lieux de socialisation et 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 lui faut s'intégrer en apprenant à respecter des normes et des règles qui lui préexistaient en partie. 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 sphères sociales.

⁴⁴ Voir par exemple : Archambault P., *Le devenir des enfants de familles dissociées. Approche sociodémographique à partir des enquêtes sur la jeunesse en France*, Thèse pour le Doctorat de Sciences Sociales, ss la dir. de M. Bozon, Université Paris-V, 2001 ; Kendall-Tackett K.A., Eckenrode J., "The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective", *Child Abuse & Neglect*, 20, 1996, 161-169.

⁴⁵ S. Paugam, M. Cléménçon, *Détresse et ruptures sociales...*, *op. cit.*

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. Concernant la sociabilité 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.

L'école... 50% des enquêtés n'ont pas suivi les études qu'ils souhaitaient

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 a également une influence sur la manière d'envisager sa situation professionnelle et sur l'image que chacun se construit de soi-même 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 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, 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.

En dehors de l'école, 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 les hommes que les femmes (respectivement 11,3 % et 5,4 %). C'est le cas également de la privation d'autonomie ou de liberté, rapportée par 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 estime de soi. Les personnes ayant été privées de liberté ou autonomie par exemple sont deux fois plus nombreuses à avoir un score global d'estime de soi « très mauvais » : 21,4 % contre 10,1 % pour les autres ($p=0,008$).

L'intégration professionnelle... 40% des enquêtés ont été au chômage plus de six mois

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). On a vu précédemment que parmi cette population, le taux de chômage est élevé et l'exposition à la précarité de l'emploi particulièrement forte. On peut souligner ici 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.

Il est intéressant notamment de constater que la précarité sur le marché du travail 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 1995⁴⁶. 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.

Par ailleurs, nombreux sont ceux qui estiment avoir été confrontés à des discriminations ou une stigmatisation, sur le marché du travail en lui-même 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. Dans un modèle de régression logistique, cette discrimination n'est pas associée de manière significative à la ZUS de résidence, le sexe et la nationalité (ni celle des parents), mais s'avère liée à l'âge : pour les jeunes de moins de 25 ans, le risque relatif d'avoir été personnellement confronté à une discrimination dans le milieu du travail est près de 4 fois supérieur à ce qu'il est chez les plus âgés. 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 – en particulier les jeunes – dépasse le seul fait du racisme.

On peut relier cette remarque au fait que 21 % des personnes interrogées disent que certains les jugent négativement à cause de leurs revenus ou de leur situation professionnelle. Parmi elles, les personnes au chômage sont les plus nombreuses, mais ne sont pas les seules : un tiers des chômeurs, mais aussi un actif occupé sur cinq et un inactif sur cinq sont concernés.

Les personnes qui occupaient un emploi au moment de l'enquête (n=279) 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 relations avec leurs collègues et enfin les relations avec leurs supérieurs hiérarchiques. 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

⁴⁶ S. Paugam, *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF, 2000.

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.

La vie de couple... un quart des femmes confrontées à la violence familiale

Les hommes et les femmes enquêtés 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. Par exemple, 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 différentiel selon le sexe. 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.

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 »). Mais des difficultés dans la vie de couple (passée ou actuelle) ne sont pas rares. Elles peuvent être de plusieurs ordres. Parmi différents indicateurs, nous soulignerons ici 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 deux fois plus souvent par les femmes que par les hommes. Par ailleurs, 14,5 % des enquêtés ont été éloigné de leur conjoint, quelles qu'en soient les raisons, pendant plus de six mois.

Un point particulier concerne la violence (vécue actuellement ou par le passé) au sein de la famille de procréation. Parmi les personnes ayant déjà vécu en couple ou ayant eu une relation sentimentale importante, 12,9 % ont été (ou sont encore) confrontées à ce type de violence – que ces violences aient été perpétrées par leur conjoint, leurs enfants ou par eux-mêmes. 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 aussi relever d'une tendance plus ou moins importante à déclarer avoir vécu ce type de difficultés – ou même à interpréter comme violents certains types de comportements (dans la mesure où les comportements repérés sont à la fois ceux subis et ceux commis). Parmi les femmes ayant déjà eu une relation amoureuse ou de couple, 16 % déclarent avoir été victimes de comportements violents de la part de leur conjoint (dont un cinquième le sont encore actuellement).

L'isolement social... Plus d'un enquêté sur cinq n'a personne à qui se confier

Certaines études menées ont montré que, dans l'ensemble, les personnes qui résident dans les territoires de la Politique de la ville 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, qui est éprouvé par 20,6 % des enquêtés 4) le fait

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

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 une pauvreté 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).

Par ailleurs, un individu sur dix ne peut compter sur personne pour aucune des autres situations explorées : recherche d'emploi, de logement, besoin financier, autres situations telles que « donner un 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 personne pour être aidé dans ces situations, jusqu'à 21,1 % parmi les individus âgés 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, les membres de la famille sont le plus fréquemment cités comme aide potentielle (73,4 %), devant les amis (60,7 %) – les voisins et les collègues ne venant qu'après. 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 à trouver du travail, un logement ou dans le domaine financier, ni même pour de menus services. Cette proportion doit certes être interprétée en fonction de l'éventuel éloignement géographique vis-à-vis de sa famille. Mais on doit noter qu'elle s'élève aussi à 40 % en ce qui concerne les amis.

Lorsqu'on interroge directement les enquêtés sur leur sentiment personnel, 21,9 % donnent une note inférieure à 5 sur une échelle de 10 points allant de « je me sens souvent seul » à « je me sens bien entouré ». A l'extrême de cette échelle, 5,1 % donnent une note de 1 ou 2 correspondant à un fort isolement. 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. Par ailleurs, ce sentiment de fort isolement touche proportionnellement trois fois plus souvent les étrangers que les français (12 % vs 2 %). Si ces chiffres sur le sentiment de solitude sont élevés, il convient de signaler parallèlement que la grande majorité des enquêtés s'estime entourée – et même 40 % très entourée (note de 9 ou 10 sur l'échelle de 10 points).

Ces différents indicateurs soulignent là encore l'hétérogénéité des populations résidant dans les ZUS étudiées. Certaines personnes en effet vivent un certain repli sur soi, tandis que d'autres au contraire entretiennent des liens forts de sociabilité dans leur entourage familial, amical, professionnel, ou leur quartier.

On peut mentionner enfin un autre indice de sociabilité et du lien d'intégration : la participation à une association. Concernant les associations présentes dans le quartier de résidence, la participation est très similaire dans les cinq ZUS étudiées et relativement faible : seuls 10,5 % des enquêtés sont concernés.

Et la participation associative dans son ensemble (indépendamment de la localisation) est, d'une manière globale, 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, ce sont 44 % des individus âgés de 15 ans et plus qui adhéraient, en 2001, 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 socio-culturel 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 : les personnes ayant un emploi stable participent deux fois plus à des associations que les chômeurs⁴⁹. Parmi les bénéficiaires des services de la FNARS interrogés dans l'enquête de l'OSC-FNARS, 12,6 % sont membres d'une association, soit deux fois moins que dans notre échantillon.

III. Le rapport à l'Etat-providence et 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. Même lorsqu'il ne peut se rattacher à une famille, être intégré dans la vie professionnelle ou participer à la vie sociale, l'individu peut au moins se prévaloir d'être membre d'une nation et d'être reconnu comme citoyen. Le lien de citoyenneté renvoie aux rapports directs et indirects des individus avec l'Etat. 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. 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 titre de séjour et sont, de ce fait, en situation illégale, privés d'une partie importante de leurs droits. Les personnes sans domicile également sont souvent coupées 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.

Une faible participation électorale

Un 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

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.

avoir un droit acquis ne signifie pas l'exercer. Sur l'ensemble du territoire national, 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 voter⁵⁰. Dans notre échantillon, c'est presque la moitié des Français (46 %) 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).

L'abstention électorale et la non-inscription sont des phénomènes importants, dénotant une distance au système politique institutionnel. Parmi les enquêtés de nationalité française, 72 % sont inscrits sur les listes électorales, ce qui est bien inférieur aux 91 % observés sur l'ensemble de la France en 1997⁵¹. Parmi les inscrits, près d'un enquêté sur trois (29 %) s'est abstenu à tous les scrutins politiques des cinq dernières années. La participation électorale 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. Néanmoins, la faible participation électorale dans les quartiers dits sensibles pose une question essentielle concernant le lien et le sentiment de citoyenneté.

La participation aux élections de représentation s'avère elle aussi relativement faible parmi les personnes interrogées : seuls 22 % ont participé à de telles élections au cours des cinq années précédant l'enquête. Cela n'est pas spécifique à notre population d'étude puisque d'après le Rapport de la Cour des Comptes de l'année 2000, le taux d'abstention aux élections prud'homales s'élève à 67 % ; pour les élections de parents d'élèves en 1998, le taux de participation n'était que de 50 % dans le primaire et 31 % dans le secondaire. Dans l'ensemble, les élections de représentation permettent aux étrangers de s'exprimer par le vote. On constate dans notre échantillon que leur taux de participation au cours des cinq dernières années ne diffère pas significativement de celui des Français.

1 ménage sur 10 compte au moins un bénéficiaire de minima sociaux

Le bénéfice d'une prestation de l'Etat Providence entre également dans le champ du lien de citoyenneté, dans la mesure où il reflète, en relation bien sûr avec la situation familiale et financière, l'application d'un droit reconnu : droit aux prestations sociales et/ou aux prestations familiales. Dans les ZUS étudiées, 11,4 % des ménages comptent parmi leurs membres au moins un bénéficiaire d'un minimum social (RMI, AAH, API ou ASS). Le RMI (Revenu minimum d'Insertion) concerne 4,7 % des ménages (constituant tout ou partie des revenus du ménage). L'AAH (Allocation Adulte Handicapé) et l'API (Allocation Parent Isolé) concernent respectivement 5,3 % et 1,6 % des ménages enquêtés.

Parmi les enquêtés qui se déclarent chômeurs (n=78), seulement la moitié (51 %) sont inscrits à l'ANPE et touchent des indemnités. Et 26 % ne sont pas inscrits à l'ANPE et ne sont pas indemnisés : les raisons peuvent être diverses – dont certaines relèvent précisément d'un relâchement du rapport à l'Etat providence, par exemple lorsque les personnes ne font plus confiance aux institutions publiques, ou n'ont plus d'espoir de retrouver un travail par l'intermédiaire de 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

⁵⁰ F. Héran, "Les intermittences du vote. Un bilan de la participation de 1995 à 1997", *INSEE Première*, n°546, sept. 1997.

⁵¹ *ibid.*

inégalement réparti dans la population, selon la situation familiale, professionnelle et la catégorie sociale des individus. Dans les cinq ZUS étudiées, la grande majorité de la population est assurée à la Sécurité sociale. La protection maladie liée au système assistanciel – qu’il s’agisse de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l’Aide Médicale, toutes deux délivrées sous conditions de ressources – permet à 10,5 % des enquêtés de bénéficier d’une prise en charge à 100% de leurs frais médicaux. 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). Mais 3,4 % des enquêtés ne bénéficient d’aucune protection sociale pour prendre en charge leurs éventuels soins de santé. Et la couverture maladie complémentaire (assurance complémentaire privée ou mutualiste) est moins fréquente dans notre échantillon : seuls 48 % des étrangers et 60 % des français en bénéficient, contre 86 % de l’ensemble de la population résidant en France.

IV. Les facteurs d’une mauvaise estime de soi

Nous avons construit un indicateur d’estime de soi à partir des questions tirées du *Rosenberg Self-esteem scale*⁵². D’après cet indicateur, dans les ZUS étudiées, 11,6 % de la population peut être considérée comme ayant un très faible sentiment d’estime de soi (score supérieur à 2,5), 59,9 % un score compris entre 1,5 et 2,5 et 28,5 % un score inférieur ou égal à 1,5.

En analyse univariée, l’estime de soi est significativement liée à plusieurs variables sociodémographiques et d’intégration sociale. Ainsi, ont significativement plus fréquemment une très faible estime de soi (avec des risques relatifs forts, de l’ordre de 2) : les femmes, les chômeurs, les personnes non satisfaites de leurs études et/ou dans leur travail, ayant des difficultés financières, se sentant isolées, ne pouvant compter sur personne pour être aidées, ayant connu des ruptures dans l’enfance ou à l’âge adulte. L’estime de soi apparaît également très corrélée au jugement que les personnes portent sur leur quartier : ceux qui déclarent que la réputation de leur quartier a déjà nui à leur dignité ou aux relations avec leurs amis, collègues ou famille, ont plus de 2 fois plus souvent une très mauvaise estime d’eux-mêmes.

En analyse multivariée d’une estime de soi « très faible », le sexe n’est pas une variable discriminante (mais elle a été conservée dans le modèle). Elle apparaît en revanche fortement liée, et de façon significative à différents indicateurs. Le sentiment d’isolement, tout d’abord, accroît le risque d’une mauvaise estime de soi. Il en est de même de l’absence de soutien social : ne pouvoir compter sur personne pour être aidé (y compris pour de menus services) multiplie par 4 ce risque estimé. L’estime de soi apparaît également très corrélée au jugement que les personnes portent sur leur quartier : ceux qui ont un jugement global négatif ont un risque cinq fois supérieur d’une mauvaise estime de soi que ceux qui ont un jugement favorable sur plus des ¾ des aspects abordés concernant le quartier. Enfin, on voit dans le tableau ci-dessous qu’avoir connu de nombreuses difficultés ou ruptures sociales durant l’enfance affecte profondément l’individu dans son identité – multipliant par 3 le risque d’une forte dégradation de l’estime de soi, comparativement à ceux qui ont connu moins de deux ruptures ou difficultés de ce type (voir tableau 3). En ajustant sur ces facteurs, estime de soi et santé perçue restent très corrélés et de façon significative.

⁵²Rosenberg M., *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1965.

TABLEAU 3. CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIEES A UNE MAUVAISE ESTIME DE SOI

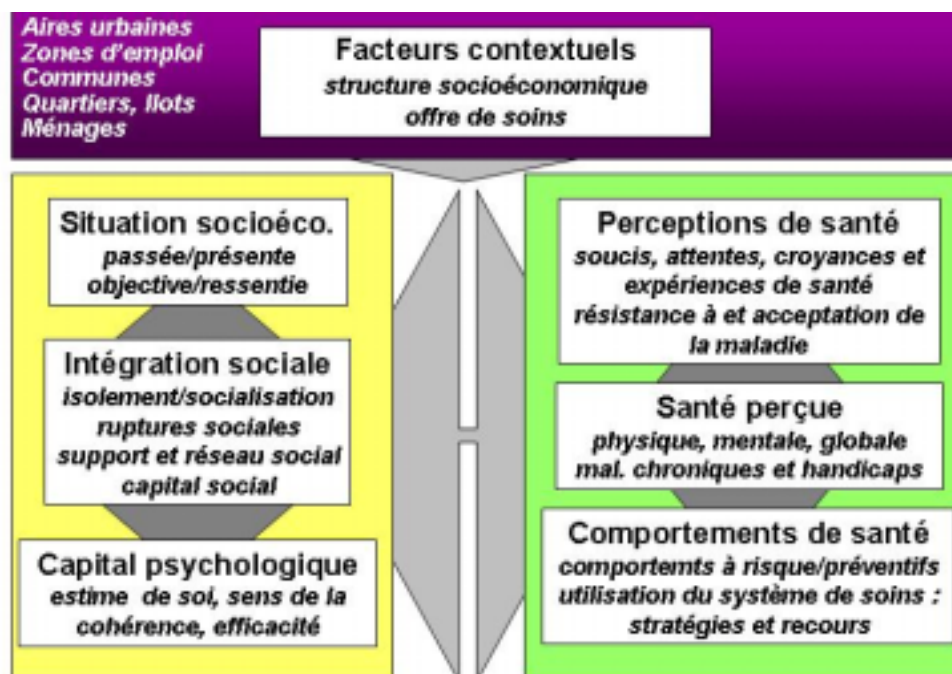
		OR	IC 95%	
sexe	Homme			
	Femme	1,913	1,015	3,605
Sentiment d'isolement	Très entouré (9-10)			
	Très isolé (1-2)	3,519	1,128	10,983
	Isolé (3-5)	2,422	1,046	5,608
	Entouré (6-8)	1,763	,830	3,743
Soutien social	Peut compter sur quelqu'un pour être aidé			
	Ne peut compter sur personne pour être aidé	3,751	1,736	8,103
Opinion globale sur le quartier	Plus de ¾ de réponses favorables			
	Plus de la moitié de réponses défavorables	5,161	1,113	23,930
	Entre la moitié et les ¾ de réponses défavorables	2,560	,538	12,185
Ruptures à l'âge adulte	1 à 2 ruptures			
	3 à 4 ruptures	1,950	,943	4,034
	5 à 9 ruptures	3,066	1,310	7,179

Source : enquête SIRS 5 ZUS 2001

Santé et recours aux soins

L'étude des inégalités de santé, du point de vue de l'impact des conditions de vie et d'intégration sociale sur la santé et sur le recours aux soins, rejoint les priorités de recherche dégagées par le dernier rapport sur la santé en France du Haut Comité de la Santé Publique, qui déplore les limites des approches actuelles, essentiellement descriptives. « Si elles permettent de souligner la constance des inégalités au cours du temps et à travers les classes sociales, 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 « nouveaux » déterminants et risques sociaux, c'est-à-dire les nouvelles formes de vulnérabilité et de précarité sociale et sanitaire »⁵³. Ainsi, le Haut Comité préconise le développement de recherches sur les déterminants sociaux de la santé dans leur sens le plus large et recommande l'utilisation des approches et outils utilisés pour l'étude des conditions sanitaires des populations exclues à des échantillons représentatifs de la population générale. De ce point de vue, l'enquête SIRS – et le modèle théorique de santé représenté ci-dessous – rejoint tout à fait ces préoccupations, comme celles 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 santé⁵⁴. Par ailleurs, comprendre les liens entre la santé et les inégalités et ruptures sociales suppose d'envisager la santé dans une large acception – c'est-à-dire à la fois la condition physique et mentale, mais aussi le bien-être ressenti, les attitudes, croyances et représentations de santé, les comportements à risque, ainsi que le recours aux soins préventifs et curatifs et les raisons de non recours⁵⁵.

FIGURE 1. MODELE DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE UTILISE DANS L'ETUDE SIRS



⁵³ Haut Comité de la Santé Publique (éd.), *La santé en France 2002*, Paris, La Documentation Française, 2002.

⁵⁴ Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Rapport 2001-2002*, op. cit., p. 66-68.

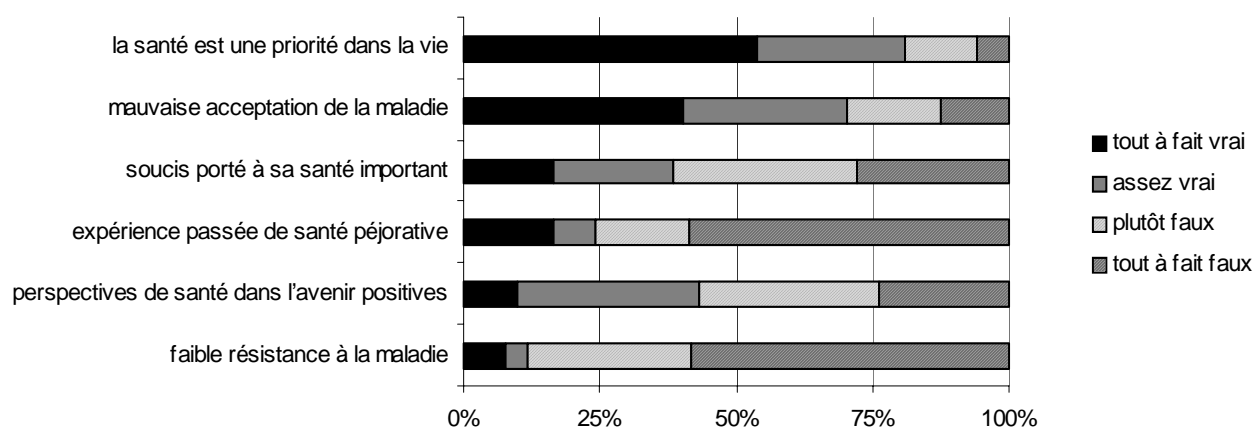
Enfin, savoir dans quelle mesure ces indicateurs de santé sont, ou non, spécifiquement prévalents dans les quartiers interrogés nécessite de comparer les données recueillies par cette enquête avec celles disponibles en population générale, quand elles existent. A cette fin, plusieurs sources de données comparatives ont été utilisées, parmi lesquelles l'enquête SSPS (« Santé, Soins et Protection Sociale ») réalisée en 2000 par le CREDES⁵⁶, les tableaux de bord régionaux sur la santé publiés par la FNORS⁵⁷, et le Baromètre santé 2000 du CFES⁵⁸.

I. Représentations de la santé et expériences de la maladie

Des soucis et des priorités portées à sa santé diversement partagés

Les réponses sur les représentations de la santé et les expériences de la maladie font apparaître des résultats intéressants et, à notre connaissance, rarement (si ce n'est jamais) interrogés en population générale. Ainsi, la santé n'apparaît pas comme une valeur et un souci de façon aussi largement partagée qu'on pourrait s'y attendre a priori. En particulier, 19,2 % des personnes interrogées déclarent que la santé n'est pas une priorité dans leur vie. Cette priorité est déclarée plus fréquemment par les français que par les étrangers (87,0 % vs 78,2 %, $p=0,04$) et croît régulièrement avec l'âge. En revanche, les étrangers disent un peu plus que les français se préoccuper de leur santé (respectivement 44,8 % vs 35,7 %, $p=0,06$) et, en corollaire, acceptent moins bien la maladie ($p<0,01$). Notre propos n'est pas d'évoquer ici une spécificité culturelle qui paraît douteuse (ne serait-ce que par le grand nombre de nationalités représentées et agrégées dans ces résultats) mais de souligner que des conditions de vie, un statut socio-économique ou une identité sociale diverses peuvent s'accompagner de soucis et de priorités portés à sa santé différents. Ces différences peuvent aussi s'expliquer par des antécédents médicaux et des expériences différentes de la maladie.

FIGURE 2. REPRESENTATIONS ET ATTENTES DE SANTE



Source : enquête SIRS 5 ZUS 2001

⁵⁵ P. Chauvin, "Santé et inégalités sociales : de nouvelles approches épidémiologiques", in: I. Parizot, P. Chauvin, S. Paugam, J.M. Firdion (éds.), *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités : mondialisation, santé, exclusion et rupture sociale*, Paris, Flammarion, 2002, p. 52-62.

⁵⁶ L. Auvray, S. Dumesnil, P. Le Fur, *Santé, soins et protection sociale en 2000*, Paris, CreDES, 2001.

⁵⁷ Fédération Nationale des Observatoires Nationaux de la Santé, *La santé observée dans les régions de France*, Paris, Fnors, 2001.

⁵⁸ Comité Français d'Education pour la Santé, *Baromètre santé 2000*, Vanves, 2001

Des expériences de la maladie différentes selon les profils démographiques

Les expériences passées de maladies graves (interrogées par la question « Vous est-il déjà arrivé d'être tellement malade que vous avez cru en mourir ? ») sont plus fréquentes chez les français et, bien entendu, chez les plus âgés. En ajustant simultanément sur ces deux variables dans la population des plus de 25 ans, l'effet âge persiste ($<10^{-2}$), l'effet nationalité n'est plus significatif mais apparaît un effet sexe : les femmes rapportent 2 fois plus fréquemment de telles expériences que les hommes (OR=1,9, $p=0,01$).

Au moment de l'enquête, près d'un tiers des individus interrogés se déclarent atteints d'au moins une des 20 affections graves ou chroniques systématiquement interrogées. Cette fréquence croît avec l'âge, respectivement 21,2 % avant 25 ans, 22,6 % entre 25 et 34 ans, 39,6 % entre 35 et 54 ans et 68,8 % après 55 ans ($p<10^{-4}$).

Avant l'âge de 18 ans, 10,2 % ont eu de graves problèmes de santé et 2 % ont fait au moins une tentative de suicide (voir supra). Depuis l'âge de 18 ans, 15,9 % ont eu un grave problème de santé, 3,5 % ont fait une tentative de suicide, 3,2 % ont connu une hospitalisation en psychiatrie, 3,1 % des problèmes d'alcool ou de drogues. En cumulant les deux périodes considérées, ce sont 5,3 % des personnes interrogées qui déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie – davantage les femmes que les hommes (respectivement 7,7 % et 2,2 %, $p<0,01$). Ces chiffres et cette différence entre les hommes et les femmes sont très proches de ceux observés en population générale en 2000 (7,7 % des femmes et 3,3 % des hommes, d'après le Baromètre santé).

Par ailleurs, sur l'ensemble de leur vie, 26,5 % ont eu au moins un accident du travail, 18,4 % un accident sur la voie publique et 16,9 % ont été victime d'agression.

Globalement, les expériences de la maladie (pour soi-même ou ses proches) diffèrent selon les profils démographiques. Les hommes se distinguent par une plus grande fréquence d'accidents du travail que les femmes (38,4 % vs 17,2 %, $p<10^{-4}$). Les femmes quant à elles déclarent plus souvent de graves problèmes de santé avant 18 ans (12,3 % vs 7,6 %, $p=0,08$), ainsi que des tentatives de suicide non seulement avant 18 ans (3,7 % vs 0 %, $p<0,01$) mais aussi après (4,9 % vs 1,6 %, $p=0,04$). Elles déclarent davantage également avoir (ou avoir eu) un conjoint confronté à une maladie grave (7,9 % vs 2,3 %, $p=0,01$) et/ou à des problèmes d'alcool ou de toxicomanie (11,1 % vs 1,4 %, $p<10^{-3}$). Les femmes expriment donc une proximité à la maladie plus importante que les hommes – ce qui laisse envisager une proximité plus grande au système médical, en particulier si l'on ajoute à ces expériences celles des maternités et des grossesses. Cette expérience déclarée de la maladie est par ailleurs moins fréquente chez les étrangers que chez les Français. Ces derniers déclarent en effet 2 fois plus souvent de graves problèmes de santé (12,0 % vs 6,0 %, $p=0,04$), et plus souvent aussi des problèmes d'alcoolisme ou des tentatives de suicide dans la famille.

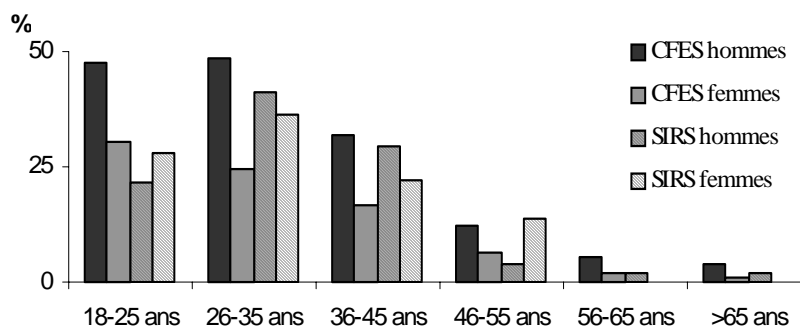
II. Comportements liés à l'alcool et aux drogues illégales

Plusieurs comportements liés à la santé étaient interrogés dans notre enquête, en particulier la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales. Concernant l'alcoolisme, on a utilisé

le questionnaire « CAGE »⁵⁹ qui dépiste le risque de dépendance à l'alcool en fonction de 4 questions concernant l'opinion de la personne et de son entourage sur sa consommation d'alcool. Selon cette définition, sur l'ensemble des enquêtés, le risque de dépendance est plus élevé chez les hommes (OR=5,4, $p<10^{-2}$), chez les moins de 25 ans (OR vs plus de 55 ans = 5,4, $p=0,13$ mais les effectifs sont faibles) et chez les 35-54 ans (OR vs plus de 55 ans = 3,7, $p=0,01$). La proportion d'hommes à risque de dépendance est comparable – mais un peu supérieure – à celle de buveurs dépendants estimée en population masculine générale (13,3 % selon le Baromètre santé). Chez les femmes en revanche, elle est plus faible dans notre population que la proportion de femmes dépendantes à l'alcool dans la France entière. Les plus jeunes (moins de 25 ans) de la population étudiée semblent être dans une situation spécifique vis-à-vis de l'alcool : les buveurs y sont moins fréquents mais, quand ils boivent, ils le font de façon plus excessive : ils ont alors 3 fois plus souvent ressenti le besoin de diminuer leur consommation ($p=0,01$) et 2,5 fois plus souvent ressenti de la culpabilité à trop boire ($p=0,05$) que leurs aînés.

Concernant la consommation de cannabis, seule « l'expérimentation » était interrogée. Près de 14 % des personnes interrogées ont déclaré avoir fumé dans leur vie au moins 3 fois du cannabis (à titre de comparaison, 21% des personnes interrogées sur la France entière déclarent avoir fumé au moins 1 fois du cannabis, d'après le Baromètre santé). Cette expérimentation du cannabis est plus fréquente parmi les hommes que les femmes (19 % vs 10 %, $p<10^{-2}$) et parmi les français que les étrangers (16 % vs 9 %, $p=0,03$). La distribution par âge et sexe est comparable avec celle observée en population générale, même si les fréquences sont globalement plus faibles chez les hommes et plus fortes chez les femmes de notre échantillon (mais les effectifs sont faibles au-delà de 45 ans...).

FIGURE 3. FREQUENCE D'EXPERIMENTATION DU CANNABIS PAR SEXE ET AGE DANS L'ENQUETE SIRS ET LE BAROMETRE SANTE



Sources : enquête SIRS 5 ZUS 2001 et Baromètre Santé 2000

D'autre part, 4,5 % des enquêtés rapportent avoir consommé d'autres drogues illégales que le cannabis, par injection, fumée, voie orale ou nasale : respectivement 7 % des hommes et 2 % des femmes ($p<10^{-2}$). Les jeunes sont les plus fréquentés : 8 % des 18-24 ans, 4 % des 25-34 ans, 4 % des 35-54 ans et 1 % des plus de 55 ans. Globalement, ces fréquences sont presque 2 fois plus élevées que celles relevées en population générale par le CFES.

⁵⁹ Buchsbaum D.G., Buchanan R.G., Centor R.M. et al, "Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios", Ann Intern Med, 115 (10), 1991, p. 774-777.

III. Santé ressentie

L'état de santé perçu était recueilli à l'aide de plusieurs échelles validées et décomposé en santé globale, santé physique et santé mentale.

La santé physique perçue est significativement moins bonne chez les femmes et décroît avec l'âge. Après ajustement sur le sexe, l'âge et le nombre de maladies chroniques déclarées, deux résultats paraissent intéressants. D'une part, les personnes n'ayant jamais travaillé ou en cours de formation déclarent 3,8 fois plus souvent une bonne condition physique que celles ayant toujours eu un emploi stable (les autres trajectoires d'emploi regroupent des effectifs trop faibles pour qu'une analyse pertinente ait pu être réalisée). D'autre part, on observe une association positive, significative et dont la force est régulièrement croissante, avec le niveau de revenu : les personnes vivant dans un ménage dont les revenus dépassent 1067 € par unité de consommation déclarent 4 fois plus souvent en bonne condition physique que les membres des ménages sous le seuil de pauvreté.

Concernant la santé mentale, 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, $p < 0,01$). Au total, plus d'une personne sur cinq (22,8 %) présente un ensemble de symptômes compatible avec un diagnostic clinique de dépression (établis à partir des 9 questions du « Mini International Neuropsychiatric Interview »⁶⁰). On peut citer un autre indicateur de santé mentale : quand on leur pose la question « Avez-vous été, au cours des deux dernières semaines, fortement touché par des problèmes émotionnels au point de vous sentir anxieux, déprimé, irritable, abattu ou triste ? », 14 % des enquêtés répondent par l'affirmative – les femmes plus fréquemment que les hommes (17,5 % vs 9,1 %, $p < 0,01$). Après ajustement sur le sexe, l'âge, la nationalité et le nombre de maladies chroniques déclarées, deux groupes de caractéristiques apparaissent statistiquement corrélées à cet indicateur de santé mentale. D'une part, il existe une forte corrélation – statistiquement significative – avec d'autres caractéristiques psychologiques ou perceptions de santé : une faible estime de soi, un faible sens de la cohérence (le *sense of coherence* des anglo-saxons), un plus grand soucis porté à sa santé que la plupart des gens. D'autre part, les personnes répondent de 2 à 3 fois plus souvent par l'affirmative à la question citée plus haut quand elles déclarent par ailleurs se sentir isolée, avoir connu des ruptures sociales dans l'enfance, des violences intrafamiliales (actuelles ou passées), et/ou des expériences de racisme ou de discrimination dans la vie professionnelle.

Concernant la santé globale, nous retrouvons dans notre échantillon des résultats mis en évidence par différentes études d'épidémiologie sociale anglo-saxonnes⁶¹. Par exemple, l'estime de soi apparaît très fortement lié à des variables de santé – en particulier un antécédent de tentative de suicide et l'état de santé global perçu au jour de l'enquête. Les personnes déclarant un mauvais ou très mauvais état de santé ont, ainsi, 6 fois plus souvent une très faible estime d'elles-mêmes que celles se déclarant en très bonne santé.

⁶⁰ Lecrubier Y., D. Sheehan, et al. "The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI", *Eur Psychiatry*, n°12, 1997, p. 224-231. Pour l'application en France du MINI, voir en particulier : Le Pape A., Lecomte T., "Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997." *Questions d'économie de la santé*, n°21, 1999, 6 p.

⁶¹ Berkman L.F., Kawachi I. (eds), *Social epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000.

TABLEAU 4. FREQUENCE D'UNE TRES FAIBLE ESTIME DE SOI EN FONCTION DE L'ETAT DE SANTE
RESSENTI *

		estime de soi très faible
état de santé ressenti (question OMS)	Très bon	4,9 %
	Bon	8,7 %
	Moyen	24,4 %
	Mauvais ou très mauvais	31,3 %

* tendance statistiquement significative au seuil de 0,001
Source : enquête SIRS 5 ZUS 2001

De même, après ajustement sur le sexe, l'âge et le nombre de maladies chroniques déclarées, la santé perçue est significativement associée à la au nombre d'aides potentielles⁶² (avec une association de type « dose-réponse ») et à la qualité des relations sociales (avec le père, la mère, les enfants de l'enquêté, ainsi que ses voisins et, dans le milieu professionnel, ses collègues et ses supérieurs).

TABLEAU 5. CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIEES A LA DECLARATION D'UN ETAT DE
SANTE GLOBALE PERÇU INFERIEUR A TRES BON
(APRES AJUSTEMENT SUR LE SEXE, L'AGE, LE NOMBRE DE MALADIES CHRONIQUES)

		Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	
Nombre d'aides reçues	3 ou plus	<i>référence</i>	-	-
	2	1,95	1,12	3,39
	1	2,34	1,29	4,24
	aucune	12,18	2,98	49,75
Qualité des relations	bonnes	<i>référence</i>	-	-
	mauvaises	1,97	1,04	3,72

Source : enquête SIRS 5 ZUS 2001

Les différentes caractéristiques sociales et psychologiques interrogées dans l'enquête nous ont permis d'essayer de discriminer, en analyse multivariée, laquelle ou lesquelles restaient – toutes choses égales par ailleurs et compte tenu de leurs importantes corrélations – statistiquement associées à la santé perçue. En première analyse, le soutien social (mesuré par le nombre d'aides reçues) et le nombre de difficultés dans la jeunesse sont toutes deux fortement et significativement associées à la santé perçue tandis que ni les caractéristiques psychologiques (estime de soi, sens de la cohérence, efficacité personnelle), ni les ruptures sociales à l'âge adulte, ni le sentiment d'isolement, ni la socialisation des personnes ne sont (alors) plus retenus par les modèles de régression logistique. La faiblesse de l'effectif total de la population enquêtée ne permet pas d'éliminer un défaut de puissance et la stabilité du modèle obtenu est assez faible. Ce type de résultats est néanmoins intéressant : il montre d'une part l'importance du soutien social et des ruptures connues au cours de l'enfance ; il souligne d'autre part l'intérêt qu'il y aurait à étudier, dans une population plus large, cette « compétition » de déterminants psychosociaux de la santé ressentie.

⁶² Le nombre d'aides reçues est la somme des différentes sphères de socialisation (cellule familiale, autres membres de la famille, amis, voisins, collègues de travail) citées comme potentiellement susceptibles d'aider la personne dans 5 situations de la vie courante : trouver du travail, trouver un logement, aider financièrement, apporter un soutien moral, apporter un soutien matériel. Voir : S. Cohen, L. G. Underwood, B. H. Gottlieb (eds), *Social support measurement and intervention*, New York, Oxford University Press, 2000.

IV. Impact des conditions de vie sur la santé

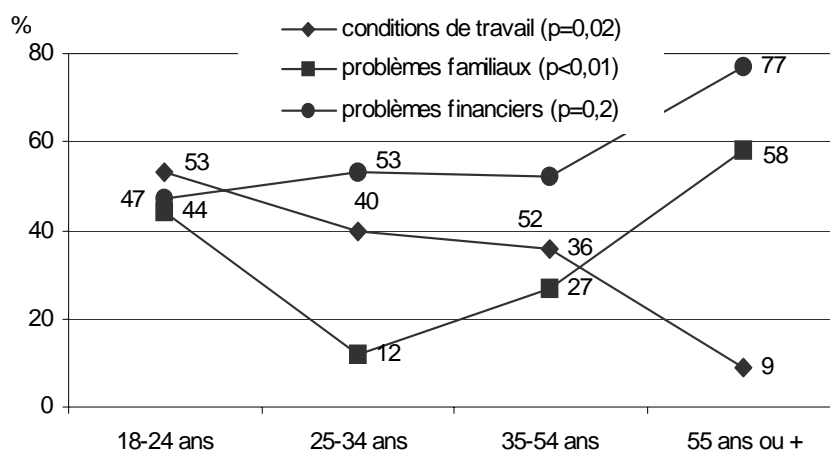
L'un des objectifs de notre recherche est d'analyser les liens entre la santé et l'intégration ou les ruptures sociales. Parallèlement aux corrélations qui peuvent être établies d'après les données recueillies, il est intéressant d'étudier les liens que les enquêtés font eux-mêmes entre ces différentes dimensions de leur vie. Ces liens subjectifs ont été interrogés dans les deux sens : l'impact ressenti des conditions de vie sur la santé et, inversement, l'impact ressenti des événements de santé sur les conditions de vie.

Plus d'un quart (23,7 %) des personnes interrogées déclarent que leurs conditions de vie nuisent à leur santé physique, psychologique ou à leur moral – et cette proportion est identique, quels que soient le sexe, la nationalité ou la classe d'âge. Les raisons évoquées sont : les problèmes économiques ou financiers (54,8 %), les conditions de logement (42,9 %), les difficultés à trouver un emploi (38,6 %), les conditions de travail (36,7 %), les problèmes familiaux (32,1 %), ce qui se passe dans leur quartier (28,7 %), leur alimentation (22,7 %).

Chez les plus jeunes (18-24 ans), un tel impact est déclaré significativement plus souvent par les étrangers (37,7 %) et les français issus de l'immigration (23,3 %) que par les français nés de parents français (16,1 %, $p=0,04$). Il est moins fréquemment déclaré par les étudiants (11,6 %) que les autres (29,7 %, $p=0,01$), et plus fréquemment par les chômeurs (48,1 %) et ceux vivant en dehors du foyer parental (33,6 %, contre 14,9 % de ceux vivant chez leurs parents, $p=0,01$). Quand ils déclarent un tel impact, les plus jeunes (18-24 ans) expriment un cumul spécifique de difficultés péjoratives pour leur santé relatives aux conditions de travail (ou à l'absence d'emploi), à la sphère familiale, aux problèmes financiers : chacun de ces 3 motifs est cité par près de la moitié des personnes.

Les plus âgés (≥ 55 ans), eux, estiment davantage que ce sont des difficultés familiales et financières qui portent atteinte à leur état de santé. Comparées à la population générale, il se pourrait que les personnes les plus âgées de notre population d'étude ne soient ni déchargées de responsabilités familiales, ni bénéficiaires de revenus suffisants pour y faire face. Dans cette tranche d'âges, un impact des conditions de vie sur la santé est, en effet, moins souvent rapporté par les actifs (7,9 %) que par les inactifs et chômeurs non indemnisés (54,9 %), ou les retraités et les chômeurs indemnisés (27,9 %, la différence n'est pas significative mais les effectifs sont faibles). Sur ce dernier point, le sens de l'association n'est sans doute pas univoque : une partie – inconnue – des inactifs a pu en effet abandonner son activité pour raison de santé.

FIGURE 4. CONDITIONS DE VIE EVOQUEES POUR LEUR IMPACT PEJORATIF SUR LA SANTE PAR AGE



Source : enquête SIRS 5 ZUS 2001

Sur l'ensemble de la population étudiée, la perception d'un impact péjoratif des conditions de vie sur la « santé physique, psychologique ou le moral » dépend de variables de santé : elle croît significativement avec le nombre de maladies chroniques déclarées, mais aussi avec une expérience vécue de la maladie telle que la personne « a cru en mourir ». Elle est également liée à des variables d'intégration sociale. Ainsi, après ajustement sur ces deux caractéristiques - ainsi que sur l'âge, le sexe et la nationalité -, le sentiment que les conditions de vie nuisent à la santé physique, psychologique ou au moral est près de 3 fois plus élevé chez les chômeurs que chez les personnes ayant un emploi stable. Cet impact est aussi significativement plus souvent déclaré par les personnes qui ont migré (surtout les migrants internationaux). D'autres caractéristiques sont associées à des fréquences doubles ou triples d'un tel sentiment (par rapport aux catégories de référence) : le sentiment d'isolement (avec un effet « dose-réponse » croissant avec ce sentiment) ; l'expérience de ruptures sociales dans la jeunesse ; le fait d'avoir été victime de discrimination ou de racisme dans la vie professionnelle ; l'insatisfaction vis-à-vis du quartier de résidence.

TABLEAU 6. CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIEES AU SENTIMENT QUE SES
CONDITIONS DE VIE NUISENT A SA SANTE PHYSIQUE OU MENTALE
(APRES AJUSTEMENT SUR LE SEXE, L'AGE, LA NATIONALITE)

		OR	IC 95%	
Nombre de maladies chroniques	par unité	1,35	1,13	1,60
Situation professionnelle	CDI	<i>ref</i>	-	-
	CDD	0,59	0,22	1,55
	Chômeur	2,90	1,37	6,15
	Etudiant	0,60	0,20	1,82
	Autre	1,09	0,50	2,38
Couverture maladie	SS à 70%	<i>ref</i>	-	-
	AMG ou CMU	2,88	1,22	6,80
	Assurance complémentaire	0,70	0,38	1,31
	SS à 100%	1,18	0,33	4,15
	Aucune	1,31	0,36	4,82
Migration	Migration internationale	<i>ref</i>	-	-
	Migration nationale	0,33	0,13	0,81
	Pas de migration	0,57	0,29	1,12
Isolement	Se sent souvent seul	<i>ref</i>	-	-
	Intermédiaire	0,55	0,26	1,14
	Se sent bien entouré	0,32	0,14	0,70
Rupture sociale dans la jeunesse	Non	<i>ref</i>	-	-
	Oui	2,25	1,27	3,98
Racisme ou discrimination dans la vie professionnelle	Non	<i>ref</i>	-	-
	Oui	2,00	1,13	3,52
Satisfait par le quartier	Oui	<i>ref</i>	-	-
	Non	2,56	1,54	4,35
« Il m'est arrivé d'être tellement malade que j'ai cru en mourir »	Assez ou tout à fait vrai	<i>ref</i>	-	-
	Plutôt faux	0,29	0,12	0,69
	Tout à fait faux	0,58	0,32	1,06

Source : enquête SIRS 5 ZUS 2001

Si les conditions de vie nuisent parfois à la santé, inversement, des troubles de santé peuvent avoir un impact négatif sur les conditions de vie. Ainsi, 14,3 % des personnes déclarent qu'au cours de leur vie, des problèmes de santé, des accidents corporels ou des maladies ont entraîné des ruptures sociales majeures (sans différence notable selon le sexe, l'âge et la nationalité). Les répercussions les plus fréquemment citées sont les interruptions ou réorientations professionnelles, qui ont concerné 7,5 % des personnes interrogées. De tels problèmes de santé ont aussi entraîné de graves problèmes d'argent chez 6,0% des personnes interrogées. En ce qui concerne les ruptures sociales, 3,5 % des enquêtés ont été, pour ces raisons de santé, séparés de leurs parents avant l'âge de 18 ans (pendant au moins six mois) et 1,4 % considèrent qu'elles ont conduit à une rupture avec leur conjoint ou partenaire de vie.

V. Recours aux soins

Parmi les individus qui ont rapporté avoir un état de santé « assez mauvais » ou « mauvais » au cours des 2 dernières semaines, 78,2 % n'en ont pas parlé à un médecin. Les raisons de non-consultation les plus fréquemment évoquées sont les suivantes : 56 % des individus déclarent ne pas en avoir le temps et avoir d'autres soucis, 41% estiment que le problème de santé n'est pas grave et passera tout seul, et 20 % disent se soigner tout seul.

Des recours aux soins pour dépression différents selon l'âge et la nationalité

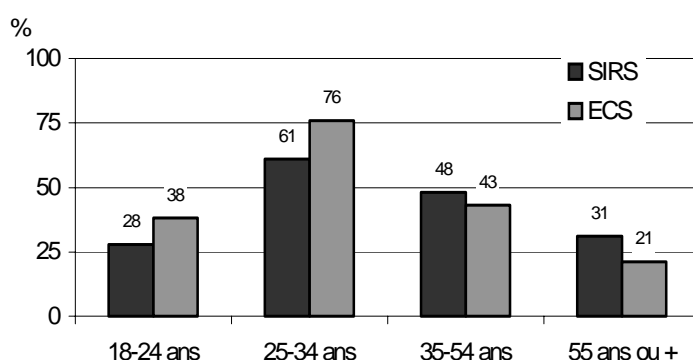
Nous avons déjà signalé que 22,8 % des enquêtés déclarent un ensemble de symptômes compatible avec un diagnostic clinique de dépression (*Mini-Diag* positif). Les étrangers sont plus souvent concernés que les français (29,1 % vs 20,2 %, $p=0,02$), sans différence significative selon le sexe ni l'âge. 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 %, $p=0,02$).

Mais toutes les personnes concernées par ce diagnostic de dépression ne consultent pas pour les problèmes évoqués. On constate 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 : ainsi, parmi les individus qui ont un *Mini-Diag* positif, seulement 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 dans d'autres structures de soins (hôpital, centre de santé, association, etc.). Les raisons de n'avoir pas parlé de ce genre de symptômes à un médecin sont diverses et différentes selon le profil des individus. Par exemple, 71,6 % des français déclarent que « ce n'est pas grave et cela passera tout seul », contre seulement 26,3 % des étrangers ($p<0,01$). Au total, les étrangers expriment des troubles émotionnels et/ou une souffrance psychique plus fréquemment que les français ; ces troubles apparaissent en outre plus sévères et s'accompagnent plus fréquemment d'un besoin de soins exprimé – mais, dans les faits, ne se traduit pas par une prise en charge plus fréquente.

Un recours au dépistage VIH plus faible chez les moins de 35 ans

Le recours à certains soins de prévention était spécifiquement interrogé, notamment le dépistage du VIH et, pour les femmes, la mammographie. Sur l'ensemble des enquêtés, 43,5 % déclarent avoir effectué un test de dépistage VIH au moins une fois dans leur vie. Ce test est fait à la demande de l'enquêté dans 44,7 % des cas, plus souvent chez les femmes que chez les hommes (respectivement 54 % vs 38 %, $p=0,02$).

FIGURE 5. FREQUENCE DE RECOURS AU TEST DE DEPISTAGE VIH PAR CLASSE D'AGE
DANS LES ENQUETES SIRS ET ECS



Sources : enquêtes SIRS 5 ZUS 2001 et ECS 1998

En comparant nos données avec celles de l'étude réalisée par Ensemble Contre le Sida en 1998, auprès d'un panel téléphonique représentatif de la population générale⁶³, on constate que les personnes âgées de moins de 35 ans interrogées dans les cinq ZUS déclarent moins souvent avoir déjà effectué un tel test de dépistage.

La moitié des femmes sont suivies par un gynécologue

Un peu plus de la moitié (57,4 %) des femmes de notre échantillon sont suivies régulièrement par un gynécologue. Les françaises le sont plus fréquemment que les étrangères (61,7 % vs 46,8 %, $p=0,02$). Les femmes les plus jeunes et les plus âgées sont le moins suivies : seuls 37,3 % des femmes de 18-25 ans et 43,9 % des 55-74 ans bénéficient d'un tel suivi, contre 70,7 % des 25-34 ans et 68,8 % des 35-55 ans ($p<10^{-2}$).

Par ailleurs, 35,5 % des femmes ont déjà eu une mammographie – sans différence significative par nationalité. Cet examen de prévention concerne principalement les enquêtées de plus de 40 ans, ce qui est en accord avec les recommandations nationales concernant le dépistage du cancer du sein. Néanmoins, dans cette population cible, près d'un quart des enquêtées de 40 à 70 ans n'y ont pas eu recours. Il faut donc noter, dans les quartiers étudiés, un déficit de prévention sur ce point (déficit encore plus élevé que sur l'ensemble du territoire français où, d'après le Baromètre santé 2000, 26 % des femmes de 40-49 ans et 9,5 % des 50-69 ans n'ont jamais réalisé de mammographie). Les arguments les plus fréquemment évoqués par les enquêtées pour expliquer qu'elles n'ont pas effectué cet examen (que ce soit tout au cours de leur vie ou au cours des 3 dernières années) sont, par ordre décroissant, que le médecin ne leur a pas proposé (36,8 %), qu'elles n'en ont pas ressenti le besoin et sont en bonne santé (35,5 %), le manque de temps ou d'autres soucis (23,3 %), que l'examen ne sert à rien (14,6 %), qu'elles n'aiment pas cet examen (6,0 %), qu'elles considèrent qu'il ne les concernent pas (5,9 %), le manque d'argent (5,3 %), et l'ignorance de l'endroit où cet examen se pratique (3,3 %). Il est important de noter que les femmes âgées de plus de 40 ans, qui constituent pourtant la population cible de cet examen de dépistage, considèrent près de 3 fois plus souvent que les autres qu'elles n'ont pas le temps ou d'autres soucis ($p=0,02$).

⁶³ Ensemble Contre le Sida, "Sida, l'opinion des français", *La lettre d'ECS*, n°12, 1998, p. 4-6.

Le renoncement aux soins : au-delà des raisons financières

La question du renoncement aux soins pour raisons financières 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 psychosociales 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, « PASS » hospitalières, dispensaires associatifs, etc.), une proportion importante de la population (autour de 15 %) renoncent 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. Notre hypothèse 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 défavorisée comme celle des cinq ZUS étudiées.

Dans notre population d'étude, 14,7 % des individus ont déjà renoncé à des soins pour des raisons financières, c'est-à-dire une fréquence comparable à celle observée en population générale. Les femmes étrangères sont le sous-groupe de population ayant le plus renoncé aux soins pour raisons financières : 21 % contre 10 % des hommes étrangers et 14 % des hommes ou femmes françaises.

Après ajustement sur l'âge, le sexe, la nationalité, la taille du ménage, le niveau de revenus, la déclaration de maladies chroniques, la couverture maladie et le niveau d'emploi (toutes caractéristiques connues, en population générale, pour être associées à un tel renoncement), le renoncement aux soins pour raisons financières est statistiquement associé, dans notre population d'étude, à la trajectoire financière au cours de la vie entière des individus, à l'existence de ruptures durant l'enfance (avec une relation de type « dose - effet » entre le nombre de ruptures et le risque de renoncement), ainsi qu'à une faible estime de soi et à deux « perceptions de santé » (un soucis porté à sa santé plus élevé que la plupart des gens et une faible acceptation de la maladie). Les forces d'association sont importantes (avec des risques estimés, en analyse multivariée, de 2 à 10 fois supérieurs), toujours statistiquement significatives et retrouvées de façon très stable. Ce type de résultats, extrêmement important, valide notre hypothèse de départ : à savoir l'intérêt d'étudier – en lien avec des indicateurs de santé tels que la santé ressentie, les comportements de santé, ou les recours aux soins – non seulement les caractéristiques socio-économiques « classiques » des personnes mais aussi leurs conditions de vie, leurs liens sociaux, leurs attentes et représentations de la santé. Ainsi, pour les habitants des ZUS étudiées, la perception de renoncement aux soins pour raisons financières est liée à des dimensions qui dépassent la stricte situation socio-économique des personnes.

Conclusions et perspectives

Les résultats exposés dans cette synthèse montrent que notre population d'étude, représentative de cinq Zones Urbaines Sensibles de l'Ile-de-France, présente à la fois des caractéristiques communes à l'ensemble des territoires de la Politique de la ville et reflète parallèlement la diversité qu'il existe d'une part entre les différentes ZUS et d'autre part au sein des ZUS elles-mêmes. **Que ce soit en termes d'insertion et de stabilité sur le marché du travail, de revenus, de logement, etc., les résidents des quartiers étudiés rencontrent davantage de difficultés que l'ensemble de la population francilienne.**

D'une manière générale, nos analyses confirment que, si l'on souhaite décrire et comprendre les processus de cumuls des difficultés liées aux conditions de vie, aux trajectoires biographiques et aux ruptures sociales, de même que leurs impacts sur la santé, il convient d'étudier un ensemble de caractéristiques individuelles plus vaste et détaillé que les seuls indicateurs socio-économiques habituellement utilisés dans les études en population générale. Parmi ces caractéristiques, l'étude de variables subjectives telle que la perception des enquêtés sur leur situation et leur cadre de vie, ou encore de variables psychosociales reflétant l'estime de soi, le sentiment d'être victime de discrimination, etc. permettent d'enrichir aussi ces analyses.

L'analyse des 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. **L'enquête a permis de constater qu'un nombre important de personnes ont connu, parfois dès l'enfance, une fragilisation des liens de filiation, d'intégration et de citoyenneté.** Près d'un quart des enquêtés par exemple ne vivaient pas, à l'âge de 10 ans, avec leurs deux parents. De nombreux personnes également rencontrent, ou ont rencontré, une fragilisation du *lien d'intégration* et du *lien de citoyenneté*. C'est parfois le cas dès la scolarisation – élément pourtant capital de la construction de soi puis de l'insertion à l'âge adulte. Ainsi, plus de 10 % ne se sentaient pas bien intégrés à l'école primaire, et 48 % n'ont pas fait les études qu'ils auraient souhaité mener. A l'âge adulte, les difficultés sur le marché du travail sont souvent intériorisées et se traduisent par un sentiment de précarité. Les problèmes dans la famille de procréation également ne sont pas rares – notamment des problèmes de violences qui ont concerné par le passé ou concernent encore 14 % de ceux qui ont déjà vécu en couple. Autre indicateur d'une rupture ou fragilisation du lien d'intégration : le sentiment d'isolement. Au total, 22 % des enquêtés déclarent n'avoir personne à qui se confier, et 10 % ne peuvent compter sur personne pour être aidés. En analyse univariée comme en modélisation logistique, certaines ruptures sociales augmentent le risque statistique d'être confronté à des difficultés à l'âge adulte. Nos analyses montrent également que **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 sociales vécues à l'âge adulte.** Elle est par ailleurs d'autant plus dégradée que les personnes déclarent se sentir isolées, qu'elles bénéficient d'un faible soutien social, et que l'opinion qu'elles portent sur leur quartier de résidence est négative. En cohérence avec plusieurs recherches menées sur ce point dans différents sous-groupes de population, elle apparaît aussi liée à la santé ressentie.

Parallèlement, en effet, **ces résultats démontrent l'intérêt, pour la recherche en santé, de prendre en compte ces dimensions sociales jusqu'ici peu abordées dans les études**

épidémiologiques et de santé publique françaises, la santé étant étudiée ici essentiellement du point de vue des attitudes, des ressentis, des comportements liés à la santé et du recours aux soins. Nous avons ainsi montré que dans notre population d'étude, certaines dimensions de la santé ressentie, physique et psychologique, sont significativement liées au fait d'avoir vécu des ruptures sociales, au rapport que les individus entretiennent avec leur quartier, au degré de satisfaction vis-à-vis de son parcours scolaire notamment, l'estime de soi... ou encore la priorité accordée à sa santé. Les personnes interrogées font d'ailleurs elles-mêmes un lien entre les ruptures sociales qu'elles connaissent et leur santé. Ainsi, 14 % déclarent qu'au cours de leur vie, des problèmes de santé ont entraîné des ruptures sociales majeures (interruption ou réorientation professionnelle, éloignement ou séparation d'avec ses parents ou son conjoint, etc.). Inversement, 24 % estiment que leurs conditions de vie nuisent à leur santé physique, psychologique ou à leur moral et cette perception croît significativement non seulement avec le nombre de maladies chroniques déclarées, mais aussi avec des situations passées ou présentes de ruptures sociales, avec le sentiment d'isolement ou encore l'expérience de discrimination au travail. Par ailleurs, le renoncement aux soins pour raisons financières (qui concerne 15 % de la population enquêtée) est non seulement associé à des caractéristiques socio-économiques classiques telles que l'âge, le sexe, le niveau de revenus, le nombre de maladies chroniques déclarées et la couverture maladie, comme l'ont déjà montré d'autres enquêtes nationales, mais aussi – et cela n'a en revanche jamais été étudié en population générale – à certaines conditions de vie, situations d'intégration sociale et représentations de la santé.

Ces analyses doivent encore être poursuivies et complétées. Mais d'ores et déjà – et même si notre échantillon n'autorisait pas des analyses multivariées approfondies ni des comparaisons entre contextes sociaux et urbains différents – cette enquête préliminaire montre qu'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. A partir de ces résultats, nos perspectives de recherche concernent la réalisation d'une enquête finale, conduite sur un échantillon à la fois plus nombreux, plus diversifié, et représentatif de la population d'Ile-de-France, dont les objectifs sont :

- d'étudier et de comparer les spécificités des quartiers en difficulté (en quoi ce qui a été observé ici se reproduit, ou non, dans d'autres ZUS d'Ile-de-France ?) ;
- d'étudier, également, ces conditions de vie, ruptures sociales, attitudes et comportements de santé (et leurs interactions) sur le continuum social complet représenté par la population francilienne dans son ensemble ;
- d'étudier, enfin, de façon plus approfondie – par une version du questionnaire révisée à l'issue de cette enquête préliminaire – des éléments peu pris en compte ici mais qui apparaissent complémentaires aux dimensions étudiées de la santé, des inégalités et des ruptures sociales – en particulier les relations avec les professionnels de santé, les institutions publiques, le capital social des personnes ou encore leurs conditions de travail.

Bibliographie

- Andrieux V, Herviant J. 2001. Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999. *Ile-de-France à la page*, n°205
- Appay B, Thebaud-Mony A, eds. 1997. *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris, IRESCO-CNRS
- Archambault P. 2001. *Le devenir des enfants de familles dissociées. Approche sociodémographique à partir des enquêtes sur la jeunesse en France*. Thèse pour le Doctorat de Sciences Sociales, ss la dir. de M. Bozon, Université Paris-V
- Auvray L, Dumesnil S, Le Fur P. 2001. . *Santé, soins et protection sociale en 2000*. Paris, Credes
- Berkman LF, Kawachi I, eds. 2000. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press
- Bouchayer F, ed. 1994. *Trajectoires sociales et inégalités, recherches sur les conditions de vie*. Paris, Eres
- Bravo J. et al. 1999. *Rapport présidé par Jacques Bravo pour l'évaluation de la politique de la ville en Ile-de-France*. Paris, Préfecture d'Ile-de-France et Conseil Régional d'Ile-de-France
- Bruchon-Schweitzer M, Quintard B. 2001. *Personnalités et maladies : stress, coping et ajustement*. Paris, Dunod
- Buchsbaum DG, Buchanan RG, Centor RM et al. 1991. Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios. *Ann Intern Med*, 115 (10), p. 774-777
- Castel R. 1991. De l'indigence à l'exclusion : la 'désaffiliation'. *In* : Donzelot J, ed. *Face à l'exclusion, le modèle français*. Paris, Esprit, p.137-168
- Chaix B, Chauvin P. 2002. L'apport des méthodes d'analyse multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 50, p. 489-499
- Chaix B, Chauvin P. 2003. Tobacco and alcohol consumption, sedentary lifestyle and overweightness in France: a multilevel analysis of individual and area-level determinants. *Eur J Epidemiol*, p. 18: 531-538
- Chauvin P. 1998. Précarisation sociale et état de santé : le renouvellement d'un paradigme épidémiologique. *In*: Lebas J, Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine Sciences, p. 59-74
- Chauvin P. 2002. Santé et inégalités sociales : de nouvelles approches épidémiologiques. *In*: I. Parizot, P. Chauvin, S. Paugam, J.M. Firdion, eds. *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités : mondialisation, santé, exclusion et rupture sociale*. Paris, Flammarion, p. 52-62
- Chauvin P, Parizot I, Menahem G, Guiguet M, Pech N, Lebas J. 1999. *Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins. Rapport au Fonds d'intervention en santé publique et à l'Inserm*. Paris, Institut de l'Humanitaire
- Chauvin P, the EUROPROMED working group, eds. 2002. *Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*. Amsterdam, IOS Press
- Choffel P. 1996. Les conditions de vie dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. *In* D. Pumain, F. Godard (coord), *Données urbaines*. Paris, Anthropos, p. 123-133
- Choffel P, Le Toqueux JL. 1997. Une approche statistique des quartiers de la politique de la ville. *In* Collectif, *Ces quartiers dont on parle*. Editions de l'Aube, p. 11-36
- Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, eds. 2000. *Social support measurement and intervention*. New York : Oxford University Press
- Collectif. 1997. *Ces quartiers dont on parle*. Editions de l'Aube
- Collomb P, Guérin-Pace F. 1998. *Les Français et l'environnement*. Paris, INED-PUF

- Comité Français d'Education pour la Santé. 2001. *Baromètre santé 2000*. Vanves, CFES
- Ensemble Contre le Sida. Sida. 1998. L'opinion des français. *La lettre d'ECS*, n°12, p. 4-6
- Fédération Nationale des Observatoires Nationaux de la Santé. 2001. *La santé observée dans les régions de France*. Paris, Fnors
- Gochman DS, ed. 1987. *Handbook of health behavior research, Vol I: personal and social determinants*. New York, Plenum Press
- Goldberger MF, Choffel P, Le Toqueux JL. 1998. Les zones urbaines sensibles. *INSEE Première*, n°573
- Halbwachs M. 2002. *Les causes du suicide*. Paris, PUF (1^{ère} parution 1930)
- Haut Comité de la Santé Publique. 1998. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris, Ed. ENSP
- Haut Comité de la Santé Publique. 2002. *La santé en France 2002*. Paris, : La Documentation Française
- Héran F. 1988. Un monde sélectif : les associations. *Economie et Statistique*, n°208, p. 17-32
- Héran F. 1997. Les intermittences du vote. Un bilan de la participation de 1995 à 1997. *INSEE Première*, n°546
- Herzlich C. 1969. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris, Editions de l'EHESS
- Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. 2001. *Précarisation, risqué et santé*. Paris, Editions Inserm
- Karasek RA, Theorell T. 1990. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York, BasicBooks
- Kendall-Tackett KA, Eckenrode J. 1996. The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse & Neglect*, 20, p. 161-169
- Lagarenne C, Legendre N. 2000. Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux. *Economie et Statistique*, n°335, p. 3-25
- Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, eds. 2000. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte
- Lecrubier Y, Sheehan D, et al. 1997. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*, n°12, p. 224-231
- Le Pape A, Lecomte T. 1999. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997. *Questions d'économie de la santé*, n°21
- Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. 2000. In: Berkman LF, Kawachi I (eds), *Social epidemiology*, New York, Oxford University Press, p. 13-35
- Marmot M, Wilkinson RG, eds. 2001. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press
- Martens A, Vervaeke M, coord. 1993. *La polarisation sociale de l'urbain*. Paris, Anthropos
- Najman JM. 1994. Class inequalities in health and lifestyle. In Waddell C, Petersen AR (eds), *Just health: inequalities in illness, care and prevention*. Melbourne, Churchill Livingstone, p. 27-46
- Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. 2002. *Les travaux 2001-2002*. Paris, La Documentation Française
- Paquot T, Lussault M, Body-Gendrot S, dir. 2000. *La ville et l'urbain. L'état des savoirs*. Paris, La Découverte
- Parizot I, Chauvin P, Paugam S, Firdion JM, eds. 2002. *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités : mondialisation, santé, exclusion et rupture sociale*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences

- Parizot I. 2003. *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris, Presses Universitaires de France
- Paugam S (ed). 1996. *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris, La Découverte
- Paugam S. 1998. Les formes contemporaines de la pauvreté et de l'exclusion. Le point de vue sociologique. *Genèses*; 31, p. 160-182
- Paugam S. 2000. *Le salarié de la précarité*. Paris, PUF
- Paugam S. 2002. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF (nouvelle édition)
- Paugam S, Cléménçon M. 2002. *Détresse et ruptures sociales. Enquête auprès des populations s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion*. Paris : FNARS, coll. "Recueils et Documents", n°17
- Paugam S, Zoyem JP, Charbonnel JM. 1993. *Précarité et risque d'exclusion en France*. Paris, La Documentation française, "Documents du CERC" n°109
- Rosenstock I, 1966. Why People Use Health Services, *Millbank Memorial Fund Quarterly* ; XLIV, p. 54-127
- Rosenberg M. 1965. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, Princeton University Press
- Schnapper D. 1981. *L'épreuve du chômage*. Paris, Gallimard
- Siegrist J. 1996. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, p. 27-41
- Tanter A., Toubon JC. 1999. Mixité sociale et politiques de peuplement : genèse de l'ethnisation des opérations de réhabilitation, *Sociétés Contemporaines*, n°33-34, p. 59-86
- Townsend P, Davidson N, Black D, Whitehead M, eds. 1992. *Inequalities in health, the Black report*. London, Penguin Books
- Townsend P. 1993. *The international analysis of poverty*. New York, Harvester / Wheatsheaf
- Turk DC, Kerns RD, eds. 1985. *Health, illness, and families: a life-span perspective*. New York, Wiley
- Vogt TM, Mullooly JP, Ernst D, Pope C, Hollis JF. 1992. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *J Clin Epidemiol* 45, p. 659-666