

Comment objectiver et construire de la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté?

Pierre Chauvin

► **To cite this version:**

Pierre Chauvin. Comment objectiver et construire de la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté?. Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, Délégation interministérielle à la Ville, pp.40-50, 2007, Repères. <inserm-00415993>

HAL Id: inserm-00415993

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00415993>

Submitted on 11 Sep 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Comment objectiver et construire la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté ?

**Pierre Chauvin,
médecin épidémiologiste, Inserm U 707**

Concernant un nombre croissant de personnes, la précarité soulève aujourd'hui des enjeux essentiels en France. La réémergence régulière de cette problématique dans le champ de la décision politique et de l'action publique (y compris dans l'actualité la plus récente, quand il s'est agi de débattre récemment des enjeux et des conséquences de la construction européenne) s'est accompagnée de la construction d'un nouveau paradigme par les chercheurs en sciences sociales depuis les années 90¹³. Ces derniers envisagent ces situations de précarisation comme des trajectoires de vie, des processus individuels et biographiques, éventuellement transitoires et réversibles, faits d'accumulation de facteurs d'exclusion et de ruptures, susceptibles de plonger une personne dans une situation de pauvreté effective. En considérant les situations en amont de la marginalité et de l'exclusion effectives, cette définition remplace des références telles que catégories, frontières ou fractures sociales par la représentation d'un continuum social dans lequel doit être mieux prise en compte une grande diversité de vulnérabilités sociales. Concernant une part très importante de notre société, minant les espoirs d'ascension sociale des groupes sociaux les plus défavorisés et fragilisant (dangereusement) une proportion croissante de la classe moyenne, la précarité économique, professionnelle, familiale, etc. - celle des conditions de vie en général - constitue un enjeu essentiel, aussi bien social et politique que professionnel, pour tous les intervenants confrontés à ces situations et aux personnes qui en souffrent.

L'impact de ces processus de précarité sur la santé des individus peut être évalué en terme de besoins et d'états de santé, d'accès aux soins et d'utilisation du système de soins. Depuis au moins 10 ans, cet

¹³ Lebas J, Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

impact a d'abord fait l'objet - grâce à la multiplication des initiatives privées et publiques, associatives et hospitalières, « *citoyennes* » ou caritatives, en direction des personnes démunies - d'une accumulation de témoignages, d'observations, de connaissances concernant la santé des exclus et des personnes reconnues comme telles. Sans domicile, sans papiers, sans emploi, sans ressources ont fait, par la suite, l'objet de nombreuses études systématiques, y compris de la part d'institutions académiques¹⁴. Dans le même temps se sont accumulées les descriptions d'inégalités sociales de santé - essentiellement en terme de mortalité¹⁵ et de consommation de soins - qui ne cessent de s'aggraver de façon relative entre les groupes sociaux (ceux-ci étant essentiellement décrits par les classiques « *catégories socioprofessionnelles* »). Malgré les généralisations sémantiques largement partagées par les médias, les politiques et les professionnels de l'action sociale et de la santé eux-mêmes, il est important de souligner que, lorsqu'on parle d'exclus, de précaires, de pauvres, de défavorisés, on ne parle pas de la même chose, ni des mêmes personnes, ni des mêmes situations et processus sociaux. Pour autant, en ce qui concerne la recherche en santé publique comme, peut-être aussi, la décision politique, il apparaît aujourd'hui nécessaire d'intégrer résolument (sans pour autant les confondre) deux approches souvent distinguées : celle des « *interrelations santé - précarité* » et celle des « *inégalités sociales de santé* ». En effet, les études sur l'état de santé des personnes en situation précaire posent la question « *des raisons pour lesquelles les plus précaires peuvent mettre en conflit la valeur santé avec d'autres valeurs* »¹⁶. Dans le même temps, la persistance des inégalités de santé amène à s'interroger sur ce qui, dans la vie des personnes, du point de vue de leurs conditions de vie sociales, familiales, professionnelles, de leur environnement social, de leur histoire passée, etc., influence leur situation de santé - et ce, dans quelle mesure et dans quel sens ? Dès lors, il apparaît bien que la question posée, plus généralement, est bien celle des « *déterminants sociaux* » de la santé.

Un nombre important de personnes en France - et en particulier dans les quartiers identifiés par la Politique de la Ville¹⁷ - connaît des difficultés dans plusieurs domaines à la fois. Le chômage et la précarité de l'emploi sont des facteurs majeurs, depuis longtemps étudiés, de précarité et de vulnérabilité sociale et sanitaire mais les conditions de vie au sens plus général (logement, violences, discrimination, etc.) ou

¹⁴ Amosse T, Doussin A, Firdion JM, Marpsat M, Rochereau T. *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire*. Enquête INED, Paris et petite couronne, 1998. Paris : Credes, Biblio n°1355, 2001, 85

¹⁵ Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, eds. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000.

¹⁶ Berthod-Wurmser M. *Postface : quelles orientations pour la recherche ?* In: Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. *Précarisation, risque et santé*. Paris : Editions Inserm, 2001, p. 467-472.

¹⁷ *Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2004*. Paris : Editions de la DIV, novembre 2004.

encore les défauts d'intégration sociale (par exemple, la perte du réseau social lié à l'entreprise ou au corps de métier que l'on abandonne, la fragilité des réseaux d'aide privée, y compris familiale, ou encore la participation incertaine à toute forme de vie sociale institutionnalisée) en constituent d'autres, au moins aussi péjoratifs. D'une manière générale, les difficultés rencontrées sur le plan social et sanitaire sont d'autant plus problématiques que les formes traditionnelles de sociabilité et d'entraide s'affaiblissent¹⁸.

Comme dans l'ensemble des grandes métropoles européennes, les inégalités entre territoires se creusent dans les grandes agglomérations urbaines françaises. Des phénomènes de relégation et de polarisation sociales y renforcent le processus de disqualification des populations les plus démunies. Le quartier de résidence constitue souvent un marqueur social : l'appartenance à un quartier défavorisé est susceptible de constituer un handicap supplémentaire pour l'insertion comme pour la santé des individus, en raison non seulement d'un environnement dégradé, mais aussi d'une intériorisation de l'image négative du quartier, de l'éloignement des pôles d'emploi et des services, ou encore d'effets de désignation stigmatisants. Dans le domaine de la santé mentale en particulier, certains cadres théoriques renvoient - depuis la description des effets d'individualisation de la vie urbaine il y a un siècle¹⁹ - à une théorie de la désorganisation sociale²⁰ selon laquelle la dégradation de l'environnement socioéconomique s'accompagnerait d'un processus de décomposition des règles et des institutions sociales locales, générateur d'anxiété sociale, de stress et de psychopathologies, notamment la dépression. Le stress associé à ces situations ou à d'autres (les conditions de travail notamment) compte d'ailleurs parmi les médiateurs biologiques les plus vraisemblables dans l'explication des effets des inégalités sociales sur la santé. Sans forcément se référer explicitement à cette théorie de la désorganisation sociale, de nombreux autres travaux quantitatifs et qualitatifs s'attachant à rendre compte des liens entre la dégradation de l'espace résidentiel et la santé mentale des habitants s'accordent généralement sur l'idée que la relation subjective liant l'individu à son environnement local, physique et social serait l'un des mécanismes par lequel le contexte agirait sur le bien être émotionnel²¹.

Dès lors, des études de différents quartiers (et, dans une approche

¹⁸ Parizot I, Chauvin P, Firdion JM, Paugam S. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones urbaines sensibles d'Ile-de-France. In : Collectif. Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004. Paris : La Documentation française, 2004, pp. 367-414.

¹⁹ Simmel G. Métropoles et mentalité (1903). In : Grafmeyer Y, Joseph I, eds. L'école de Chicago, Naissance de l'écologie urbaine. Paris : Aubier, 1990.

²⁰ Ross CE, Mirowsky J. Disorder and decay: the concept and measurement of perceived neighborhood disorder. *Urban Affairs Review* 1999; 34: 412-432.

²¹ Péchoux S. Perceptions de l'espace résidentiel et santé mentale. Images des lieux et images de soi dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville du 20ème arrondissement de Paris. In : Chauvin P, Parizot I. Santé, soins, situations sociales. Paris : Vuibert / Editions Inserm, 2005 (à paraître).

comparative qui nous apparaît absolument indispensable, pas seulement de quartiers défavorisés ou labellisés comme tels !) devraient permettre de mieux rendre compte de l'influence de ces types d'environnement sur la vie et la santé des personnes qui y résident²². Il s'agit là d'un enjeu de connaissance assez peu développé dans la recherche en santé publique en France (il suffit pour s'en convaincre de comparer le nombre extrêmement faible de structures et de chercheurs qui travaillent en Ile-de-France sur ces questions avec ce qui s'observe dans d'autres mégapoles européennes ou Nord-américaines). Cet enjeu semble échapper aussi, assez étrangement, à nombre de responsables politiques pour qui ce temps d'enquête et de diagnostic des situations - mais aussi, véritablement, de recherche moins directement « utile » mais indispensable à la compréhension des processus sanitaires et sociaux à l'œuvre - est encore trop souvent jugé superflu (et, toujours, trop coûteux !). Pourtant, si la réforme des politiques publiques passe par une décentralisation accrue et une gouvernance améliorée, « elles devraient d'abord reposer sur des bases, des « réalités », territoriales et fonctionner de fait sur des régulations horizontales »²³.

Les déterminants sociaux de la santé

L'existence d'un lien entre la situation socio-économique des individus et leur santé est aujourd'hui admise par tous. De nombreuses études en témoignent, et ce depuis de nombreuses décennies^{24,25,26}. En outre, malgré un progrès biomédical et technologique continu au cours des cinquante dernières années, les inégalités de santé entre groupes sociaux perdurent et se sont aggravées depuis les années 1990^{27,28}. A partir de ce constat communément admis par la communauté scientifique, l'enjeu pour la recherche est d'expliquer et de progresser dans

²² Diez Roux AV. *Investigating neighborhood and area effects on health*. *Am J Public Health* 2001; 91: 1783-89.

Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. *Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?* *Soc Sci Med* 2002; 55: 125-139.

²³ Damon J. *Politiques de la ville et questions sociales en France*. In : 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, pp ; 135-141

²⁴ Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. *Why are some people healthy and others not?* New York: A. de Gruyter, 1994.

²⁵ Macintyre S. *The Black report and beyond: what are the issues?* *Soc Sci Med* 1997; 44: 723-45.

²⁶ Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

²⁷ Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe*. *Lancet* 1997; 349: 1655-9.

²⁸ Kmietowicz Z. *Gap between classes in life expectancy is widening*. *BMJ* 2003; 327: 58.

la compréhension de ces inégalités sociales de santé.

Les indicateurs sociaux disponibles dans la littérature internationale comme en France, (catégorie socioprofessionnelle, classe de revenus, niveau d'éducation, etc.), et à partir desquels les chercheurs s'efforcent de rendre compte des inégalités sociales de santé, ne décrivent que de façon approximative la position socio-économique des personnes. L'usage exclusif de ces indicateurs « classiques » ne permet pas de rendre compte de manière satisfaisante des différences de mortalité, de morbidité, de comportements de santé ou de consommation de soins. Il conduit, notamment, à laisser dans l'ombre les modes de vie actuels dans les sociétés post-industrielles (régimes alimentaires, types de loisirs, habitudes de vacances, possession de certains biens de consommation, accès aux moyens de communication, etc.) et il néglige également des dimensions telles que les modes d'insertion familiale, sociale et citoyenne des individus, dont on a déjà souligné l'importance mais qui sont susceptibles, pour les plus jeunes en particulier, de répondre à de nouveaux modes de sociabilité. Enfin, la diversité croissante des situations et des parcours socio-économiques rencontrée au sein de chaque catégorie socioprofessionnelle, la difficulté de décrire et de classer dans ces catégories les inactifs (en particulier les chômeurs, les retraités, les femmes au foyer ou les jeunes adultes jusqu'à un âge de plus en plus avancé, ce qui fait beaucoup de monde !) les rendent rapidement inopérantes quand il s'agit d'apporter des explications fines aux inégalités observées. Au bout du compte, ces catégories classiquement employées exposent au risque - pour les chercheurs, comme d'ailleurs pour les décideurs de nos politiques sociales - de passer à côté de personnes vulnérables mais « invisibles » dans chaque catégorie parce que précisément aux frontières et aux seuils de ces catégories²⁹.

La nécessité de saisir et d'étudier d'autres dimensions est reconnue par un nombre croissant de chercheurs qui soulignent l'intérêt de raisonner à partir de nouveaux déterminants sociaux³⁰. En 2002, le Haut Comité de la Santé Publique soulignait d'ailleurs dans son rapport sur la santé en France : « *la limite des approches (actuelles) est de rester essentiellement descriptives. Elles nous renseignent assez peu, au niveau individuel, sur les causes qui conduisent les personnes à ces situations sanitaires péjoratives et, au niveau collectif, sur les nouvelles formes de vulnérabilité et de précarité sociale et sanitaire* ». Par ailleurs, le fait que - au cours du demi siècle écoulé - les inégalités sociales de santé ne se soient pas réduites malgré une augmenta-

²⁹ A l'inverse, le risque peut être aussi de surestimer le caractère péjoratif de certaines situations. Etudier, par exemple, les ruptures familiales sans prendre en compte le bénéfice des recompositions familiales ultérieures, ou considérer systématiquement les contrats à durée déterminée comme des formes de travail subies constituent des préjugés qui décrivent plus un modèle social implicite qu'elles ne permettent de rendre compte des difficultés sociales vécues.

³⁰ Kasl SV, Jones BA. Social epidemiology : towards a better understanding of the field. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1094-97.

tion continue, quantitative et qualitative, de l'offre de soins curatifs et de la part des dépenses publiques affectées à la santé³¹ pose aussi question. On sait que l'objectif d'équité poursuivi par les systèmes de santé européens n'est pas entièrement atteint³², y compris dans les pays où une assurance santé systématique - comme, en France, la Couverture maladie universelle - permet théoriquement l'accès de tous aux soins (ou, plus exactement, de réduire considérablement les obstacles financiers d'accès aux soins³³) et où la part des budgets publics consacrés aux soins est considérable. Si on peut faire l'hypothèse que les situations de non recours aux soins concourent à détériorer la santé des personnes vulnérables, il s'agit, en vérité, d'un constat qui n'est clairement démontré que chez les personnes en grande difficulté sociale (les « exclus » dont nous parlions plus haut). Dans le reste de la population, et en particulier dans les quartiers de la Politique de la Ville, tout au long du continuum social de la précarité auquel nous faisons référence, l'association est loin d'être démontrée : dans quelle mesure et à quel point une moindre consommation de soins y est-elle observée ? pour quelles raisons précises ? et, surtout, avec quel impact sur la santé des habitants ?

Depuis cinquante ans, notre système de soins s'est construit sur un modèle biomédical curatif, où l'accessibilité aux soins y reste le fruit de « la rencontre entre une offre de soins (curatifs) abondante et une demande solvabilisée par une protection de type assurantielle »³⁴. Cette accessibilité, aléatoire et d'ordre consumériste, se révèle inadaptée à la prise en charge des populations précarisées. Dans des enquêtes que nous avons réalisées dans des Zones urbaines sensibles franciliennes et des quartiers de la Politique de la Ville à Paris³⁵, un quart des habitants n'ont, par exemple, pas de médecin régulier (contre moins de 10 % de la population générale en France) et cette proportion atteint près de 40 % chez les chômeurs. Ces enquêtes montrent, en réalité, qu'aucune des hypothèses implicites de ce modèle consumériste de soins ne sont vérifiées statistiquement : en fonction de leurs conditions de vie, de leurs expériences antérieures (personnelles ou familiales) de la maladie, de leurs insertions sociales, les individus interrogés ne portent pas la même attention à leur santé, ne possèdent pas le même niveau de connaissance et d'information (sur les maladies, les comportements à risque, l'organisation du système de

³¹ Navarro V, Shi L. *The political context of social inequalities and health*. In: Navarro V, ed. *The political economy of social inequalities*. Amityville: Baywood Publishing Company, 2002, pp. 403-418.

³² Dean H. *Welfare rights and social policy*. Harlow: Pearson Education Limited, 2002.

³³ Chauvin P, ed. *Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*. Amsterdam: IOS Press, 2003.

³⁴ Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France, rapport général*. Paris : La Documentation Française, 1994, p. 69-72.

³⁵ Parizot I, Bazin F, Renahy E, Chauvin P. *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers défavorisés d'Ile de France. Rapport pour la Délégation Interministérielle à la Ville*. Paris : Inserm U444, décembre 2004, 110 p.

soins) pour prendre en charge leur santé, n'utilisent pas l'offre de soins de la même façon et n'ont pas les mêmes relations avec les professionnels de santé. Par exemple, nous avons montré, dans des quartiers du 20^{ème} arrondissement de Paris, que les personnes ayant un faible support social, celles les plus isolées, étaient aussi celles qui avaient le moins consulté au cours de l'année écoulée (à âge, sexe, couverture maladie et état de santé comparables), y compris parmi les personnes âgées et les personnes prises en charge à 100 %.

Méfions nous pour autant des fausses évidences ! l'impact sanitaire des ces obstacles d'accès aux soins constitue, en terme de recherche, une question extrêmement difficile à étudier sérieusement, en particulier parce qu'elle sous tend la difficulté de mesurer l'utilité (sanitaire et sociale) du soin médical. Le constat d'un moindre recours aux soins, ou d'un recours retardé, ou d'un recours différent (à l'hôpital plutôt qu'en médecine libérale par exemple) ne suffit pas à apporter la démonstration des causes et des effets de ces inégalités de recours aux soins ; pas plus que la surconsommation médicale (supposée) de certaines sous population ne les maintient d'ailleurs en bonne santé ! Finalement, les inégalités de santé et de recours aux soins ne seraient pas tant liées par une relation directe de cause à effet que résultantes de déterminants communs (en particulier des représentations de la santé, de la maladie et de la médecine) qui, eux-mêmes, ne seraient pas répartis de manière similaire selon les groupes sociaux³⁶.

Programmes de santé publique et pratiques de soins

La tuberculose est l'exemple même des maladies pour lesquelles des stratégies thérapeutiques, nouvelles et spécifiques, ont été développées et évaluées. Reconnue comme une maladie de la pauvreté, de l'extrême précarité des conditions de vie et d'hébergement³⁷, mais aussi comme un fléau social ayant justifié la mise en place de programmes de lutte et de contrôle (bien avant que toute thérapeutique efficace soit d'ailleurs disponible), sa résurgence dans certains pays industrialisés, au milieu des années 80, n'a été possible que parce que, peu à peu, ces programmes avaient été démantelés. Les réponses à cette résurgence ont combiné des programmes de santé publique et des approches de soins renouvelées, comme la recherche active des contacts, l'administration contrôlée des traitements (directly observed

³⁶ Parler de « représentations de santé » différentes selon les groupes sociaux renvoie immédiatement à des différences culturelles en fonction des origines géographiques des personnes. Nos enquêtes montrent que la diversité de ces représentations est au moins aussi grande parmi les français qu'entre les groupes de différentes nationalités. D'autres auteurs ont montré que ces représentations se construisent au regard de normes individuelles et collectives de sources multiples (par exemple autant familiales que « culturelles ») et qui, sont, de plus, constamment reconstruites au gré des expériences vécues, des identités sociales et des trajectoires biographiques des personnes.

³⁷ Fineberg HV, Wilson ME. Social vulnerability and death by infection. *N Engl J Med* 1996; 334: 859-860.

therapy), le suivi infirmier des cas (nurse case management), etc. Ces approches médicales prenant en compte l'environnement social et les conditions de vie du patient, conjuguées à une volonté politique traduite en stratégies de santé publique clairement définies et financées sur le long terme, sont seules susceptibles de permettre de contrôler durablement, si ce n'est d'éradiquer, la maladie dans nos pays.

Mais, comme l'écrivait l'American College of Physicians (ACP) il a presque 10 ans déjà³⁸, « *les problèmes de santé des quartiers urbains défavorisés les plus souvent soulignés [à tort ou à raison] - violence, toxicomanie, infection à VIH, tuberculose (on pourrait citer, aussi, le saturnisme infantile) - ne résument pas toute la situation sanitaire. Les patients souffrants de maladies chroniques (prises en charge, en ambulatoire, par des soins de santé primaire) représentent aussi un enjeu considérable pour nos systèmes de soins* ». Des auteurs Nord-américains ont montré que les taux d'hospitalisations évitables (c'est-à-dire pour des complications qui ne devraient pas survenir chez des malades chroniques bien suivis) étaient significativement plus élevés dans les quartiers les plus pauvres de New York³⁹ ; ce qui justifiaient, à leurs yeux, la mise en place, dans ces quartiers, d'une politique de santé spécifique associant des incitations à l'installation de médecins généralistes, un soutien financier à des réseaux de soins coordonnés, le développement de programmes d'éducation pour la santé et de prévention, de consultations sans rendez-vous à horaires allongés dans les centres de soins, de services de proximité ambulatoires, de services d'information des populations à l'utilisation de l'offre de soins, de programmes de disease management pour certaines maladies chroniques, etc. Certes, les disparités territoriales urbaines restent heureusement moins accentuées en France (et, de fait, les disparités des taux d'hospitalisations évitables beaucoup moins fortes dans l'agglomération parisienne qu'à New York⁴⁰) et les quartiers de la Politique de la Ville ne ressemblent en rien aux ghettos des inner cities Nord américaines. Pour autant, aucune des recommandations précédentes concernant le développement de politiques de santé locales n'y sembleraient superflues quand on observe, comme dans les quartiers que nous avons enquêtés dans Paris intra-muros, que la moitié des habitants déclare que leurs conditions de vie nuisent à leur santé (majoritairement des problèmes financiers ou les conditions de logement chez les 25-59 ans, majoritairement l'isolement ou les conditions de vie dans le quartier au-delà de 60 ans), que près d'un tiers des personnes interrogées ont des symptômes de dépression, que 10 % consomment régulièrement des psychotropes et que 40 % des per-

³⁸ American College of Physicians. *Inner-city health care*. *Ann Intern Med* 1997; 127: 485-490.

³⁹ Billings J, Anderson GM, Newman LS. *Recent findings on preventable hospitalizations*. *Health Aff* 1996; Fall: 239-249.

⁴⁰ Gusmano MK, Rodwin VG, Weisz D. *Avoidable hospitalizations among older persons in London, New York and Paris*. *J Urban Health* 2005; 82: ii26.

sonnes ont des problèmes de surpoids (l'obésité y est 4 fois plus fréquente dans les ménages pauvres), pour ne citer que quelques chiffres.

Par rapport à l'enquête réalisée en 2001 dans des Zones urbaines sensibles de banlieue parisienne, nous notons que les effets de ségrégation sociale apparaissent moins forts et les conditions de vie, de logement, d'accès aux dispositifs publics, d'intégration au tissu urbain plus favorables dans ces deux quartiers de Paris intra muros. En revanche, les impacts ressentis et les associations statistiques estimées entre situations sociales, santé et recours aux soins y étaient au moins aussi importantes chez leurs habitants. Les situations de discrimination liée au quartier de résidence sont certes minoritaires, bien que très variables d'une ZUS à l'autre. Pourtant, ajoutées aux autres motifs de discrimination (y compris dans la fréquentation des services publics) et à un manque de confiance très aigu (partout observé et qui nous semble extrêmement inquiétant) dans les institutions politiques représentatives nationales et locales, elles concourent à un sentiment de mise à l'écart et d'exclusion subjective des personnes les plus vulnérables. Ce sentiment est renforcé par une méconnaissance assez répandue des dispositifs assistanciers et, surtout, sanitaires. Concernant la santé et les soins, cette méconnaissance apparaît renforcée par un certain déficit d'informations délivrées au sein des familles comme au sein des dispositifs assistanciers existants. Ces différentes enquêtes concluent à des attentes et des besoins de santé extrêmement importants chez les habitants de ces quartiers. Les questions de santé mentale et de bien-être psychologique y sont particulièrement problématiques, en lien avec les situations de ruptures sociales fréquemment relatées. Ainsi, en dehors de situations sociales et sanitaires exceptionnelles et éventuellement critiques et urgentes, nous concluons de façon générale que la réponse à apporter à la plupart des situations observées ne passait pas tant par la multiplication de dispositifs de soins que par une meilleure coordination des structures sanitaires et sociales et un réel effort d'information, de promotion et d'éducation pour la santé dans ces quartiers.

Environnement social, contexte résidentiel et santé

Traditionnellement, la plupart des études en épidémiologie sociale se sont intéressées aux déterminants de la santé mesurés au niveau individuel, en opposition avec l'utilisation, scientifiquement souvent erronée, de données agrégées. Plus récemment, le souci de replacer l'individu dans son contexte s'est fait jour dans la discipline, à mesure que cette perspective réductionniste (héritée des sciences exactes) était à son tour vivement critiquée. Dès lors, de nombreux auteurs plaident pour la conjonction d'une perspective « *compréhensive* » héritée des sciences sociales et de méthodes statistiques usitées en épidémiologie. De fait, l'existence d'effets du contexte sur la santé des individus et leur accès aux soins fait l'objet d'une reconnaissance

croissante en santé publique 10 et l'objet de recherches de plus en plus nombreuses sur les effets de ce que les Américains appellent le « *built environment* »⁴¹.

Comme on vient de l'évoquer, quand il s'agit d'étudier les effets de l'environnement social, certains auteurs se contentent encore trop souvent de croiser des données agrégées aux niveaux de zones géographiques plus ou moins fines : quartiers, zones urbaines, départements, régions, pays, etc.⁴². De telles approches écologiques sont éminemment critiquables par leur faible pouvoir explicatif : rien ne garantit que les écarts ainsi « *cartographiés* » se traduisent en terme de risque individuel chez les résidents (l'effet estimé au niveau agrégé peut, par exemple, être uniquement le fait d'une poignée d'individus aux caractéristiques très spécifiques). Au pire, on peut même conclure à tort à une relation de cause à effet inverse de celle qui existe au niveau individuel : c'est, précisément, ce qu'on appelle l'« *erreur écologique* ». Ces analyses écologiques font courir le risque de laisser de côté un ou plusieurs facteurs de confusion, et d'être même dans l'incapacité méthodologique de les détecter. Enfin, elles ne permettent pas non plus de distinguer les effets de composition des effets proprement contextuels : par exemple, des quartiers concentrent-ils des chômeurs qui ont, individuellement, un risque de surmortalité (effet de composition) et/ou l'environnement de ces quartiers où se concentrent les chômeurs est-il, en outre, péjoratif pour leur santé (effet proprement contextuel) ? De telles représentations cartographiques sont éminemment séduisantes mais la simple comparaison visuelle de cartes géographiques de facteurs d'exposition (ou de caractéristiques sociales) et de phénomène de santé ne permet pas, en réalité, d'avancer réellement dans la connaissance des mécanismes sociaux et contextuels à l'œuvre. Elle ne permet, dans le meilleur des cas, que de générer des hypothèses qu'il s'agit alors d'étudier nécessairement à partir de données individuelles couplées à des données contextuelles, à l'aide de méthodes statistiques particulières. Ces dernières (modèles multiniveaux, modèles géostatistiques, etc.) restent relativement ardues à mettre en œuvre et à vulgariser pour des non spécialistes ; elles nous semblent néanmoins indispensables si on veut étudier statistiquement la dimension territoriale des phénomènes de santé, y compris à des échelles aussi fines que celles des quartiers de la Politique de la Ville. Ce type d'analyse a connu un développement considérable au cours des dix dernières années, et est aujourd'hui considéré comme l'une des principales voies à suivre pour avancer dans la compréhension des disparités sociales de santé. L'analyse contextuelle est pourtant loin d'avoir connu en France le

⁴¹ Frumkin H, Frank LD, Jackson R, eds. *Urban sprawl and public health : designing, planning and building for healthy communities*. Washington, DC: Island Press, 2004, 288 p.

⁴² Chauvin P. *Environnement social et santé : avancées et perspectives dans l'étude des effets du contexte sur la santé*. In : Chauvin P, Parizot I. *Santé, soins, situations sociales*. (op. cité)

⁴³ Chaix B, Chauvin P. *L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature*. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002; 50: 489-499.

développement qu'elle a connu dans d'autres pays⁴³. Une première explication tient au manque de données individuelles disponibles à une échelle géographique suffisamment fine. Une seconde tient sans doute à un rapprochement encore insuffisant de différentes disciplines telles que l'épidémiologie, la sociologie et les sciences politiques autour de la question des déterminants sociaux de la santé.

Conclusion

La diversité et la fréquence croissantes des processus et des trajectoires de précarisation nécessitent, pour les appréhender, de centrer l'observation des chercheurs et l'action des politiques et des professionnels sur l'individu, tout en prenant en compte son environnement social et le rapport qui le lie, ou non, avec son territoire. Elles nécessitent aussi, singulièrement dans le champ de la santé (comme dans celui de l'action sociale), d'adapter en regard l'offre de services au sens le plus large, et pas seulement de soins curatifs. Le constat fait, il y a 15 ans, par des auteurs Canadiens vaut toujours dans notre pays : « *il existe un écart grandissant entre la compréhension des déterminants de la santé et la priorité que les politiques de santé accordent à l'appareil de soins* »⁴⁴. Si on peut espérer que se décline dans l'avenir de façon plus décentralisée et mieux adaptée aux publics précaires l'organisation des soins curatifs (grâce, en particulier, à la création d'agences régionales de santé et à la nouvelle génération des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins), à une échelle encore plus locale, des programmes spécifiques d'information, de promotion et d'éducation pour la santé, des réseaux de ville, des dispositifs de soins «à bas seuil», etc. sont nécessaires. Dans cette perspective, des méthodologies comme celles développées par les Ateliers Santé Ville constituent à la fois un niveau pertinent d'analyse, de proposition et d'action (au plus près des quartiers et des habitants en difficulté) et des dispositifs où devraient être mieux valorisés les résultats des recherches en cours.

⁴⁴ Evans RG, Stoddart GL. *Producing health, consuming health care. Soc Sci Med* 1990; 31: 1347-1363.