

l'affaiblissement des politiques sociales de protection de l'enfance pour les populations qu'elles couvrent (moindre vaccination des enfants, accès aux soins prénatals dégradés). Les rapports de l'OCDE comme celui de l'Unicef soutiennent que les politiques ciblées autour de la naissance et de la petite enfance (congé parental, soutien aux modes de garde) ont généralement

été épargnées et que leur maintien, voire leur renforcement, est un facteur déterminant dans la prévention de la pauvreté et de ses conséquences sociales, familiales et sanitaires. Le rapport de l'Unicef recommande « *le maintien de solides filets de sécurité sociale pour protéger les enfants et à faire du bien-être des enfants une priorité absolue* ». ...

Santé et territoire : métropolisation du territoire et relégation des quartiers

Les géographes et les sociologues ont, chacun avec leurs outils, montré comment le monde contemporain, dont la France, était engagé dans un mouvement continu de séparation spatiale des groupes sociaux. Alors que les groupes dominants recherchent privatisation et sécurisation, ceux dont les ressources sont les plus faibles sont en quelque sorte assignés à résidence dans les quartiers les moins désirables. Une dynamique d'entre-soi se dessine à tous les niveaux de la stratification sociale [64]. Les quartiers populaires, s'ils sont loin d'être les seuls à être touchés par ce mouvement général de fracture territoriale, paient cependant au prix fort la note du séparatisme social. En effet les populations vivant dans ces quartiers sont victimes non seulement des effets de leur classement social (que ce soit en niveau de revenu ou en niveau de diplôme, le fait d'appartenir à une catégorie sociale constitue un déterminisme massif qui se traduit par un gradient social de santé comme d'éducation), mais elles sont, de plus, affectées par le fait de vivre avec des populations qui leur ressemblent. Autrement dit, à l'effet de position sociale se surajoute un effet de contexte, lui-même lié à la composition de la population avec laquelle chacun est socialisé. Comment comprendre le sens et les mécanismes de cet effet ?

La ségrégation sociospatiale

Ces dernières années, la référence à des situations de ghettoïsation, puis la qualification de certains de ces quartiers comme « ghettos » – terme que personne n'aurait employé en France avant les années 1990 – s'imposent, même si elles restent vivement discutées. Le qualificatif caractérise des situations de regroupement spatial de populations reléguées, produisant en retour un mode spécifique d'organisation sociale, une sorte de contre-monde ou de contre-société [55]. Ainsi, le Premier ministre de la République peut-il en janvier 2015 prononcer les mots d'« *apartheid territorial, social, ethnique* » à propos des quartiers prioritaires (ex-ZUS [zones urbaines sensibles]). La ségrégation spatiale fait alors du territoire, plus encore que du statut socio-écono-

mique, un nouvel indicateur de la stratification sociale. Pour le dire autrement, le lieu de résidence compterait aujourd'hui au moins autant, en termes de classement social, que l'occupation professionnelle.

Si ce mouvement de séparation spatiale s'est accentué avec la crise de 2008 et les politiques d'austérité, il relève d'un processus contemporain au plus long cours, datant d'une trentaine d'années au moins. Pourtant, les analyses, aussi bien en santé publique qu'en sociologie, peinent à considérer dans sa pleine mesure cette dimension spatiale. D'un côté, on admet désormais les inégalités spatiales de santé, mais c'est en les référant au caractère inégalitaire de l'accès aux soins ou aux ressources, dont la traduction en langage commun est celle des « déserts médicaux ». De l'autre, on note la plus grande « *réticence des sociologues français à l'égard des dimensions spatiales des phénomènes sociaux* » [11], comme si la tradition durkheimienne d'une République « *une et indivisible* » empêchait de penser les lieux comme des espaces de production différenciée de civilités, d'éducation et de santé. En effet, de même que les travaux sur les inégalités sociales de santé ont tardé à émerger, l'analyse des effets de la ségrégation sociospatiale sur la santé trouve difficilement sa place en France. De nombreux travaux américains s'attachent cependant depuis plusieurs décennies aux *neighborhood effects of health*.

Si la séparation des quartiers français n'est pas du même ordre que celle qui prévaut dans les villes américaines, l'hypothèse que la spécialisation sociale croissante des quartiers trouve une traduction en niveaux et en formes de santé, non réductible à la seule offre de soins ou à la seule distance aux soins, mérite d'être posée. La question des « effets de quartier » sur la santé apparaîtra dès lors comme un objet en tant que tel et non pas seulement comme la résultante de déterminants.

Pour envisager cette question, nous nous pencherons d'abord sur les problèmes que pose ce type d'étude et envisagerons ensuite les éléments de connaissances disponibles aujourd'hui, avant de conclure par quelques propositions programmatiques.

Guilhem Birouste
Laurent Visier
Geneviève Zoïa
Université
de Montpellier,
UMR 5112

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.



Les effets du quartier sur la santé : problèmes et méthodes

La question de la possibilité et de la validité du transfert des notions issues du champ des sciences humaines et sociales vers celui de l'épidémiologie, et vice-versa, n'est pas nouvelle. Non qu'il faille cloisonner les disciplines et leurs savoirs, mais le passage d'un concept d'un champ disciplinaire à un autre s'accompagne nécessairement d'une transformation et d'un appauvrissement. C'est ce que décrit Didier Fassin [34] concernant la notion de capital social : en passant dans le champ de l'épidémiologie, cette dernière a tendance à être transcrite sous la forme d'un élément quantifiable et normatif. Par ailleurs, selon les études, elle comporte un flou quant à son contenu et son échelle d'application, parfois efficiente au niveau des relations interindividuelles et parfois agissant à un niveau macroscopique. Ainsi, la réponse de l'épidémiologie à la question des effets de contexte consiste souvent à isoler une variable afin d'identifier et de mesurer son effet spécifique sur la santé. Il s'agit dans cette perspective de distinguer les populations exposées à un phénomène de celles qui ne le sont pas, et de rechercher s'il existerait d'autres variables interférant avec cette exposition. Il serait donc nécessaire de savoir si les populations exposées et non-exposées sont comparables.

Pourtant, du fait d'une intrication dans la vie sociale, l'isolement des effets de voisinage des autres variables par des modèles de régression est tout bonnement impossible dans les études d'observation. La validité des analyses statistiques est en effet restreinte lorsque les éléments étudiés sont fortement liés entre eux : on peut préconiser de recourir à des essais expérimentaux en population ou aux méthodes des théories sociales, comme l'anthropologie, qui travaillent en immersion au sein de communautés [69]. C'est d'ailleurs une critique régulièrement énoncée par les sciences humaines et sociales vis-à-vis de l'épidémiologie sociale et de la méthode statistique en général, qui est celle de séparer et de rendre indépendants, sous la forme de déterminants, des éléments qui ne le sont pas, autrement dit, d'étudier des caractéristiques sociales « toutes choses égales par ailleurs », alors que précisément les choses ne sont nullement égales par ailleurs. En cela, il existe un déficit de compréhension des phénomènes observés, au profit d'une recherche de prédiction statistique. Si l'épidémiologie identifie des facteurs de risque pour la santé, elle peine à donner une explication des mécanismes qui sont à l'œuvre, le passage de l'un à l'autre se faisant à travers ce que l'on peut qualifier de « boîte noire ».

En ce qui concerne les effets de quartier, il est manifeste que la question est plus aiguë encore : pour rendre compte d'une réalité sociale, il ne s'agit pas seulement de considérer les attributs des individus qui composent une population, mais aussi la façon dont les attributs des uns potentialisent les effets sur les attributs des autres. Ainsi, il est essentiel de comprendre qu'il ne suffit

pas de distinguer variables de composition et variables contextuelles, mais qu'il s'agit d'analyser comment on passe de l'une à l'autre, comment la composition se transforme en élément de contexte. Sous cet angle, le tout apparaît comme plus important que la somme des parties, et une démarche à partir de régressions statistiques semble dès lors inopérante [25].

Qu'est-ce qu'un quartier ?

L'exploration des effets de contexte par l'épidémiologie conduit à différentes difficultés méthodologiques, du fait notamment de la quantification des données. Il s'agit en premier lieu d'identifier les variables permettant de caractériser socialement la zone géographique étudiée. Initialement, et c'est le cas de la majorité des études connues, les résultats proviennent de l'analyse secondaire de données collectées à l'occasion d'autres enquêtes, sans rapport direct avec la recherche d'un effet de quartier en santé, telles les données socio-économiques des divers recensements [27]. C'est par exemple le cas dans les rapports de l'Onzus (Observatoire national des zones urbaines sensibles), ce qui conduit à parler d'un « effet ZUS », rapports qui utilisaient la dernière enquête décennale de santé de l'Insee, menée à l'échelle de la population française dans son ensemble sans distinguer *a priori* le quartier d'habitation. La principale limitation de ces mesures réside donc dans leur approximation : elles ne sont que des variables intermédiaires frustes, utilisées à défaut de mieux, dans la recherche de la caractérisation sociale des quartiers. Si elles permettent d'objectiver un lien entre santé et voisinage, elles décrivent mal la nature de ce lien. Les imprécisions de mesure conduisent inévitablement à une estimation rudimentaire des chaînes de causalité du voisinage sur la santé et ne permettent ni d'identifier des caractéristiques sociales ayant un rôle spécifique, ni les processus par lesquels celles-ci pourraient jouer sur la santé. Par ailleurs, ces variables de contexte sont construites le plus souvent à partir de données socio-économiques individuelles, ce qui rend ensuite difficile, lors d'analyses en régression, de les isoler de ces dernières.

Il existe donc une nécessité de développer des outils spécifiques pour caractériser socialement les quartiers, ce qui a d'ores et déjà débuté avec, par exemple, l'utilisation de systèmes d'information géographique (SIG) ou d'observateurs évaluant les conditions de voisinage. Le premier outil, qui s'est développé et démocratisé avec l'informatique, consiste à mettre en relation, au sein d'un référentiel spatial, différentes bases de données, dans une double volonté d'amélioration des connaissances et de support à l'action. Il s'agit donc d'une nouvelle forme de cartographie qui permet notamment de mesurer la densité et l'accès à différents types de ressources (activité physique, alimentation...). Les systèmes d'information géographique se rapprochent donc des idées d'aménagement du territoire, d'urbanisme ou d'analyse de réseau. Cette orientation vers les res-

sources ou vers certains comportements pouvant être cartographiés apporte des éléments utiles et nouveaux, mais elle ne permet cependant pas de documenter l'ensemble des caractéristiques sociales d'un territoire, d'où le développement du second outil. Il s'agit cette fois de confier la mesure de phénomènes sociaux à des acteurs humains, offrant une palette beaucoup plus large en termes de descriptions des quartiers. Dans ce cadre, une première possibilité consiste à demander aux participants d'une enquête portant sur leur santé de remplir un questionnaire évaluant diverses caractéristiques de leur quartier. Il est alors possible d'établir directement un lien entre ces déclarations et la santé de l'individu, mais on peut également agréger les réponses des habitants d'un quartier afin de mieux caractériser celui-ci. Une seconde possibilité consiste à confier la tâche de l'évaluation des caractéristiques du voisinage à un observateur extérieur, dans le but d'objectiver la mesure. En effet, comme pour les données déclaratives en santé, les réponses indiquées par les habitants varient en fonction des conditions et des habitudes de vie de chacun. Par exemple, dans une même zone géographique, une personne pratiquant un exercice physique régulier tendra à davantage connaître et déclarer les ressources permettant cette pratique que quelqu'un de plus sédentaire. De même, les personnes dépressives risquent de sous-déclarer le réseau de relation et de cohésion sociale de leur quartier. On voit par ailleurs, à l'occasion de ce dernier exemple, qu'un observateur extérieur ne sera pas en capacité d'évaluer certaines caractéristiques du voisinage qui nécessitent de vivre sur place avec les habitants. C'est en particulier vrai pour tout ce qui touche aux relations sociales et à la vie en communauté.

Social et ethnicité

Un problème plus spécifiquement français tient à l'opportunité, d'une part, et à la possibilité, d'autre part, de caractériser les lieux de vie par une dimension ethnoculturelle. Si, là encore, cette question est relativement apaisée aux États-Unis – où les expressions de *black neighborhood* ou *African-American neighborhood* sont courantes et où la question de la ségrégation raciale semble même inextricable de celle des effets de contexte sur la santé [68, 74] –, elle reste hautement conflictuelle en France. Le constat que certains des quartiers prioritaires sont habités en grande majorité par des populations immigrées et issues de l'immigration est même difficile à caractériser par des mots, sauf dans une dimension strictement dépréciative. De ce fait, l'appréhension de la composition ethnique des quartiers apparaît comme un point quasiment tabou dans la littérature scientifique française.

Échelle et durée

Il n'est pas seulement nécessaire d'identifier les variables de contexte influençant la santé, il faut également définir plus précisément à quelle échelle elles agissent et donc

dessiner les contours de ces quartiers. Comme pour la caractérisation sociale des quartiers, les premiers outils utilisés ont été ceux existant préalablement à la recherche d'effets de voisinage. Et comme précédemment, ces zones géographiques, le plus souvent administratives, sont des intermédiaires approximatifs pour rendre compte de ce que les habitants considèrent comme « leur » quartier ou « leur » voisinage. Cependant, ces délimitations administratives ne sont pas non plus sans fondement et sont régulièrement corrélées avec des données socio-économiques ou de ségrégation urbaine. Le fait est que le débat reste ouvert quant à déterminer les échelles pertinentes pour étudier les effets de contexte sur la santé. Chaque individu évolue dans une plus ou moins grande pluralité de lieux dans sa vie quotidienne, en plus des ruptures importantes que constituent les changements de résidence. Il serait ainsi opportun d'étudier, pour chacun, l'exposition quasi simultanée à de multiples contextes. Cette question de l'échelle géographique de mesure n'est d'ailleurs pas propre à la recherche des effets de contexte sur la santé, mais se retrouve globalement dans l'étude des effets de quartier.

Temps et exposition

Plus spécifique aux études en santé est la question du rapport au temps. L'exposition à un facteur de risque induit rarement des effets immédiats sur la santé et il faut parfois plusieurs années de cumul dans le temps pour que les conséquences d'une exposition apparaissent. Prendre en compte ces phénomènes nécessite bien sûr d'utiliser différentes méthodes telles des études prospectives ou des cohortes, et pas seulement des études transversales. Là encore, il n'existe pas d'échelle de temps unanimement pertinente, mais une variabilité de processus qui nécessitent chacun différentes perspectives temporelles. Cette question n'est d'ailleurs pas non plus spécifique aux effets de contexte, puisque le débat existe aussi pour les inégalités sociales de santé à travers le courant des *lifecourse approaches*, mais elle pose de lourds problèmes méthodologiques. Cela implique en effet de suivre les mobilités spatiales des individus, les quartiers successifs de résidence et donc de caractériser socialement chacun de ces lieux, ce qui est rarement possible. De fait, il est clair que la question du « ghetto » posée en introduction prend toute sa portée : dire ghetto signifie non seulement une concentration de populations comportant certaines caractéristiques identiques, mais également une importante stabilité résidentielle des populations qui se traduit en pratique s'organisant en traits culturels.

La santé des quartiers : modèle anglo-saxon et spécificité française ?

Des inégalités sociales de santé à l'effet de quartier

Compte tenu des points méthodologiques, politiques et épistémologiques abordés ci-dessus, que peut apporter



la recherche en sciences humaines et sociales sur les effets de voisinage sur la santé ? Peut-on résumer ces mécanismes complexes d'expositions aux environnements de quartier et leur lien avec la santé ? En France, les travaux sont désormais nombreux sur les inégalités de santé, montrant les multiples facettes du lien entre inégalités sociales et état de santé. Ces enquêtes s'inscrivent dans un paradigme sociologique classique qui tend à expliquer les inégalités de santé sur deux versants : d'une part du côté de l'inégalité dans l'accès aux soins, dans le type et les modalités de soins proposés, il a été établi par exemple que la durée des consultations varie en fonction du milieu social des patients et de leur couverture sociale, et que la fréquence et la qualité des relations malade-médecin croissent quand diminue la distance sociale entre eux ; d'autre part du côté des décalages culturels, et notamment du rapport au corps, que déterminent les identités sociales. La culture acquise dans le milieu d'origine va ainsi guider les opinions, perceptions, déterminer des goûts, un langage, un rapport au savoir, au corps et donc des pratiques différenciées (alimentation, exercice, alcool, tabac...). De plus, la perception des sensations morbides est fonction de la variété des catégories de perception du corps, de la nature du vocabulaire, de l'aptitude à manipuler les taxinomies symptomatiques savantes. Il reste que ces approches traitent des inégalités à partir des caractéristiques sociales individuelles.

L'espace de la santé : une variable anglo-saxonne

Une des premières revues de littérature s'intéressant aux effets des conditions socio-économiques du voisinage sur la santé date des années 2000 et reprend les études de la fin du ^{xx} siècle sur le sujet, menées aux États-Unis [80]. Ces travaux montrent comment le lieu d'habitat agit sur la santé, comme on avait montré depuis les années 1960 que le territoire agissait sur un autre bien public : l'éducation. Au-delà des interrogations méthodologiques sur la pertinence des définitions et mesures de la notion de voisinage, du choix des caractéristiques sociales retenues et des questionnements autour du contrôle par les variables individuelles, cette revue livre toutefois un certain nombre de résultats. Ces derniers montrent la pluralité des effets du contexte socio-économique sur la santé. Les conséquences s'observent tant sur la mortalité que sur la morbidité – notamment le poids des enfants à la naissance ou des maladies chroniques telles que les incapacités fonctionnelles ou les pathologies cardiaques et respiratoires – ou sur les comportements en santé, en particulier la consommation de tabac, d'alcool et le type d'alimentation. Cette revue critique ouvre ainsi le champ à de nombreux autres travaux sur le sujet, considérant qu'il reste de nombreux points à éclaircir sur chacun de ces éléments.

Des travaux plus récents confirment ce lien global entre état de santé et voisinage, que ce soit du point de vue de la santé perçue, de la mortalité globale ou des pathologies cardiovasculaires et de leurs facteurs

de risque (consommation de tabac, surpoids, etc.). Une méta-analyse de 2012 met également en évidence que la mortalité est influencée par différents effets de contexte, que ce soit le niveau socio-économique, de cohésion sociale ou de densité de population du quartier, et ce indépendamment du niveau socio-économique individuel [65]. L'influence de l'environnement sur le cancer se retrouve, par exemple, à toutes les étapes de cette maladie [39]. D'abord dans la distribution des facteurs de risque de cancer en fonction des groupes ethniques et de leur voisinage, ce qui se traduit par une incidence plus forte des cancers dans certains quartiers. Ensuite, dans le stade de la maladie au moment du diagnostic, les Hispaniques habitant dans un quartier ségrégué auront par exemple une plus forte probabilité que leur cancer soit découvert à un stade avancé. Il existe même une différence dans les traitements prodigués, avec de plus fréquents écarts aux recommandations officielles chez les femmes porteuses d'un cancer du sein vivant dans des quartiers pauvres ou racialement ségrégués. Pour ce qui est de la vie avec la maladie, la plupart des travaux montrent un lien entre l'environnement et le niveau de qualité de vie et sa progression. Enfin, il en est de même pour ce qui est du taux de survie, où l'on retrouve le même désavantage pour les Hispaniques vivant dans des ghettos.

Comme pour les inégalités sociales de santé dans leur ensemble, les facteurs de risque de morbidité ne sont pas épargnés, notamment les comportements en lien avec la santé. Ont ainsi été particulièrement étudiées les habitudes alimentaires, la consommation de tabac et d'alcool, ainsi que l'activité physique. Il en ressort une association forte entre tabagisme et résidence en quartier précaire. Il en est de même pour l'exercice d'une activité physique, plus fréquente dans les environnements plus favorisés.

À ces analyses s'articulent d'autres études portant sur les effets de voisinage sur la santé et visant à mesurer quelles variables sont en jeu, et non plus à mettre seulement en parallèle un état de santé avec des variables sociales préexistantes [27]. Sont ainsi testées des variables comme le bâti, la cohésion sociale ou la délinquance. De plus en plus fréquemment, les effets du voisinage sur la santé sont scindés en deux grands ensembles que sont l'environnement social et l'environnement physique. Ana V. Diez Roux et Christina Mair [28] décrivent ainsi schématiquement le processus à l'œuvre, à travers plusieurs mécanismes interdépendants. En premier lieu, la ségrégation résidentielle et les inégalités de ressources locales se renforcent l'une et l'autre, puisque la ségrégation peut aboutir à créer des inégalités spatiales de ressources, qui peuvent à leur tour renforcer une forme de ghettoïsation. En lien avec ces éléments, les caractéristiques physiques et sociales de l'environnement agissent également l'une sur l'autre. Ainsi, la qualité des espaces publics – qui font partie de l'aspect architectural de l'espace – peut affecter la nature des interactions sociales dans le voisinage, et

à son tour aura des conséquences sur la possibilité pour les habitants de promouvoir une amélioration de ces espaces publics. Enfin, les comportements et les éléments liés au stress sont les facteurs, au niveau individuel, qui vont agir sur la santé des personnes.

Interactions multiples et approche globale

Plus récemment, c'est la recherche du lien entre les différentes causalités qui est exploré. En effet, si les inégalités socio-économiques et la ségrégation sont incontestablement des dimensions clés de l'expérience globale des habitants des quartiers, la recherche anglo-saxonne s'efforce de mieux comprendre comment cette expérience est imbriquée avec les caractéristiques de l'environnement physique. Sur le plan des modalités méthodologiques, cela se traduit par exemple par une « *observation sociale systématique* » [90]. Il s'agit alors de penser, de façon plus globale et transversale, une théorie de la pauvreté éclairant les formes selon lesquelles le territoire est un cadre de socialisation produit par de multiples relations, qui affecte conduites et caractéristiques sanitaires.

Dans cette perspective, des chercheurs adoptent un schéma longitudinal et expérimental qui permet d'améliorer le niveau d'analyse et la qualité de l'existence de tels liens [9]. De ce point de vue, il devient très clair qu'il ne suffit pas de raisonner en termes d'accès : que les professionnels de santé (pharmaciens, médecins généralistes, infirmières, etc.) soient présents dans les quartiers défavorisés n'implique pas que les soins s'y exercent de la même manière.

Le quartier pourrait même être pensé, sur le mode de la « justice environnementale », comme un « environnement toxique » à la fois sur le plan des conditions environnementales (saleté, délabrement, conditions de vie, aménagement urbain) et des pratiques (modes alimentaires, fonctionnement des soins, valeurs de référence). Ainsi, les enquêtes tendent à restituer des visions, des sons, des sensations environnementales d'un contexte de vie. Ces analyses portant sur une échelle communautaire, peuvent produire des mesures des caractéristiques du quartier, en utilisant l'évaluation collective de plusieurs habitants, à partir d'indicateurs portant sur des habitudes routinisées d'activité, par opposition à une stratégie de construction d'indicateurs de quartier basée sur les rapports additionnés des seules individus à leur quartier [21].

Des enquêtes ont traité en ce sens des effets spécifiques générationnels, quelques études ayant examiné particulièrement le lien entre les caractéristiques du quartier, l'origine ethnique [6] et la mortalité : les disparités ethniques varient en fonction des caractéristiques du quartier, mais également en fonction des histoires de vie. Ainsi, pour comprendre les effets complexes de l'exposition d'un individu aux environnements de quartier, des travaux ont commencé à considérer les effets durables du contexte communautaire en analysant des histoires résidentielles. Les caractéristiques

environnementales, en particulier la concentration des désavantages et de la ségrégation, expliquent en partie la persistance des disparités ethniques, alors même que les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des individus sont contrôlées.

L'entité ZUS comme catégorie française d'analyse pertinente ?

La comparaison de l'état de santé des individus selon leur quartier d'habitation n'est pas nouvelle en France. Déjà, au milieu du XIX^e siècle, Louis René Villermé mettait en évidence la variation des taux de mortalité dans les différents arrondissements de Paris, même s'il s'agissait alors de faire un lien entre pauvreté et santé et non pas de s'intéresser aux effets propres d'un territoire et de ses voisinages. De même, le développement de l'épidémiologie, puis de l'épidémiologie sociale, au cours de la seconde moitié du XX^e siècle ont conduit à poser la question de l'influence du quartier sur l'état de santé de ses habitants en soulignant l'idée que les caractéristiques individuelles sont insuffisantes pour comprendre les conduites en matière de santé. Toutefois l'épidémiologie sociale, probablement guidée par une logique d'action clinique des professionnels de santé, s'est orientée vers le fait d'isoler de plus en plus finement les caractéristiques des individus. Ainsi, elle estime les facteurs de risque sur la santé à partir d'enquêtes statistiques portant sur tel ou tel autre aspect de risque.

Plus récemment, le territoire a commencé en France à être pensé comme un élément de compréhension de l'état de santé de ses habitants [20] alors qu'aux États-Unis les chercheurs font le point sur les nombreuses enquêtes réalisées depuis vingt ans sur la question [9]. Ainsi, on peut montrer comment des lieux publics dégradés ont une influence délétère sur la santé mentale ou comment un territoire peut favoriser la pratique d'activités physiques. Différents types de causalité peuvent être mis en évidence de façon autonome, comme des effets de composition liés à l'identité des habitants (âge, culture et identités, catégorie sociale, vulnérabilités...) ou à des effets d'exposition physique (conditions matérielles de délabrement, environnement, insalubrité, pollution, nuisances sonores...).

Les travaux sur les zones urbaines sensibles (ZUS) marquent une étape dans la recherche française. Zones géographiques souvent assimilables à des quartiers et dont la composition démographique est par définition constituée d'habitants socialement défavorisés au regard du reste de la population française, elles sont davantage touchées par le chômage, plus fréquemment habitées par des personnes sans diplôme et avec des revenus peu importants. À partir de l'enquête décennale « Santé » 2002-2003, réalisée par l'Insee, le rapport 2006 de l'Onzus présente ainsi une comparaison de l'état de santé et du recours aux soins des habitants des ZUS, avec celui des habitants des mêmes agglomérations ne vivant pas dans ces quartiers [73]. Sans surprise, divers



indicateurs de santé sont défavorables pour les habitants des ZUS et, plus encore, l'impact global du quartier est relevé : « [...] à *caractéristiques socio-économiques individuelles identiques, plus les personnes vivent dans un quartier où le niveau social et économique est faible, plus la probabilité qu'elles se déclarent en mauvaise santé est élevée* » [3]. Cet effet influence le recours aux soins : à niveau de revenu équivalent, les personnes qui vivent en ZUS consultent moins fréquemment des spécialistes. De même, si toutes les personnes sans emploi ont une plus grande probabilité de se faire hospitaliser, ce risque est trois fois plus important pour les habitants d'une ZUS [73]. Ainsi, il apparaît finalement ici aussi un « effet ZUS » sur l'état de santé de ses habitants qui dépasse la simple addition des effets des catégories sociales les plus usitées.

Investiguer la santé dans les quartiers populaires français

On voit comment un type d'environnement peut créer des situations d'inégalités collectives qui viennent renforcer les inégalités individuelles. Ce n'est donc pas

seulement l'état de santé qui est davantage dégradé pour les habitants des quartiers défavorisés, mais tout un ensemble d'attitudes et de conduites qui se renforcent mutuellement. Autrement dit, c'est loin d'être la somme de déterminants individuels, aussi nombreux soient-ils, qui suffit à rendre compte d'un état de santé et/ou d'un rapport à la santé, mais bien une dimension collective nécessitant une approche adaptée à celle-ci. En ce sens, travailler l'effet du quartier sur la santé invite à multiplier les approches en épidémiologie sociale et en sciences humaines et sociales afin de cerner au plus près la dimension communautaire et culturelle (au sens de pratiques partagées et induites par la cohabitation dans une même unité de lieu). Cette démarche incite également à considérer que cette culture ne se limite pas nécessairement aux habitants des quartiers, mais qu'elle implique également l'activité des professionnels : de même que la sociologie de l'éducation a montré que les quartiers induisent une façon spécifique de faire la classe, il n'est pas de raison de penser que l'activité médicale, de soin ou de santé au sens le plus large ne soit pas touchée par cet effet quartier. ...

Crise économique et conditions de travail

Thomas Coutrot
Chef du département
Conditions de travail
et santé à la Dares,
ministère du Travail et
de l'Emploi

La crise financière commencée aux États-Unis en 2007-2008 a provoqué une récession mondiale : en France, après une chute de 3 % du PIB en 2009, la croissance est restée faible au cours des années suivantes. Le chômage est passé de 7,5 % en 2008 à 10,5 % en 2014, avant de reculer d'un point en 2015-2016.

Ce choc a aussi affecté les conditions de travail des salariés en emploi. Le sentiment d'insécurité est renforcé par la crise, contribuant à une dégradation du vécu du travail par les salariés. Deux grandes enquêtes statistiques complémentaires ont permis d'observer ces changements : l'enquête « Santé et itinéraire professionnel » (SIP), menée par la Dares (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) et la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), les services d'études des ministères chargés du travail et de la santé, et l'enquête « Conditions de travail » (Dares).

Des risques psychosociaux en hausse entre 2006 et 2010

L'enquête SIP a été réalisée en deux vagues, 2006 et 2010, auprès de 14 000 individus de la population générale. En comparant les déclarations des salariés interrogés à la fois en 2006 et 2010, on observe une stabilité des pénibilités physiques mais une augmentation

générale de l'exposition aux risques psychosociaux¹. Ainsi les proportions d'individus déclarant « travailler sous pression », « avoir très peu de liberté pour décider comment faire leur travail » ou « avoir de mauvaises relations avec leurs collègues » augmentent chacune de plus de 5 points de pourcentage entre 2006 et 2010 [37]. L'augmentation la plus spectaculaire concerne le risque de ne pas avoir un « travail reconnu à sa juste valeur » : 74 % l'expriment en 2010 contre 59 % en 2006.

La dégradation apparaît plus forte dans les entreprises où le salarié indique qu'il y a eu un plan de licenciements sur la période. Même en l'absence de licenciements, beaucoup d'entreprises ont réduit leur recours aux contrats temporaires (CDD et intérim), ce qui a induit des réorganisations du travail pour les salariés permanents. En outre, les politiques de modération salariale ont pu affaiblir le sentiment de reconnaissance du travail. En revanche, les salariés qui ont connu une mobilité professionnelle (mutation ou changement d'employeur) entre 2006 et 2010 voient en moyenne leurs conditions de travail s'améliorer : ils ont souvent réussi à s'extraire de situations délétères.

1. Seule la crainte pour son emploi n'augmente pas : cet apparent paradoxe s'explique par un effet de sélection, les salariés qui craignent pour leur emploi en 2006 ayant une probabilité plus élevée d'être au chômage ou de ne pas avoir été retrouvés par l'enquête en 2010.

Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 50.