

Inserm



Institut national
de la santé et de la recherche médicale

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

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

Santé, inégalités et ruptures sociales

Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de
la Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement de Paris

Isabelle Parizot, Sylvain Péchoux, Fabienne Bazin, Pierre Chauvin



Rapport pour la Mission Ville de la Préfecture de Paris

Septembre 2004

Ce rapport s'appuie sur une enquête réalisée avec le soutien de la Mission Ville de la Préfecture de Paris.

Cette enquête n'aurait pu être réalisée sans le soutien constant de Marie-Annick Darmaillac et Carmen Fuertes (Préfecture de Paris) et de Catherine Richard (Délégation Interministérielle à la Ville).

Les auteurs remercient Emeline Bailly et Sandra Lemaitre de l'Equipe de développement local de Belleville-Amandiers, et Marc Faugères et Nadine Moreau de l'Equipe de développement local de Saint-Blaise.

Le recueil des données a été réalisé en octobre et novembre 2003 par l'Institut Synovate, sous la direction de Christelle Munck. L'échantillon de logements a été constitué par l'Atelier parisien d'urbanisme.

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

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

Tables des matières

INTRODUCTION	6
LES QUARTIERS ETUDIES	9
I. Définition du périmètre d'étude	9
1- Le 20 ^{ème} arrondissement : une mosaïque discontinue de périmètres d'action publique	9
2- Le périmètre de l'enquête « Santé Inégalités Ruptures Sociales » 2003	10
II. Présentation des quartiers étudiés	11
1- Le quartier Belleville - Amandiers	11
2- Le quartier Saint Blaise - Porte de Montreuil	16
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	19
LA FORMATION ET LA SPHERE PROFESSIONNELLE	24
I. La formation scolaire	24
1- Niveau d'étude et diplôme	24
2- Difficultés pour lire et écrire en Français	27
II. La situation au regard de l'emploi	29
1- Le statut professionnel	29
2- Les personnes au chômage	30
3- La population ayant un emploi	33
4- La précarité de l'emploi	36
5- La satisfaction à l'égard de son travail	38
6- Récapitulatif de la vie professionnelle	41
RESSOURCES FINANCIERES	42
I. Aisance et pauvreté des populations	42
II. Qui sont les ménages pauvres ?	44
III. Situation financière des ménages au sein des différents quartiers	46
IV. Sphère professionnelle et pauvreté	50
V. La pauvreté subjective	51
LOGEMENT	55
ENFANCE ET JEUNESSE	65
VIE DE COUPLE ET DE FAMILLE	70
I. Situation maritale et qualité des relations de couple	70
II. Configurations familiales	74
SOUTIEN SOCIAL	78
I. Le support social	78
1- Le soutien potentiel	78
2- L'aide effectivement reçue	80
3- L'aide prodiguée à autrui et le « cercle vertueux » du don	81
4- Précarité et soutien social	83
II. Les ménages d'une personne	85
III. Le sentiment de solitude	86
IV. Soutien social, sentiment de solitude et recours aux soins	87

VIE DE QUARTIER	91
I. Les perceptions du quartier de résidence	91
II. Les relations de voisinage	99
LIEN DE CITOYENNETE ET RAPPORT AUX INSTITUTIONS	109
I. La situation des étrangers au regard de la loi	109
II. La confiance dans les institutions	109
III. Les discriminations	110
IV. Le rapport aux institutions et à la sphère politique	113
V. La participation associative	116
VI. Le lien avec les institutions locales	119
LIENS RESSENTIS ENTRE CONDITIONS DE VIE ET SANTE	123
I. Perception d'une influence des conditions de vie sur la santé	123
II. Perception d'un impact des problèmes de santé sur les conditions de vie	125
ETATS DE SANTE	127
I. Etats de santé ressentis	127
II. Handicaps et incapacités	129
III. Maladies chroniques ou graves	130
BIEN-ETRE ET SANTE MENTALE	134
I- Dépression et troubles dépressifs	134
II- Recours médicaux liés à des problèmes dépressifs	141
III- Consommation de tranquillisants, somnifères et anti-dépresseurs	142
III- Tentatives de suicides	143
COMPORTEMENTS ET HABITUDES DE VIE	146
I- Consommation d'alcool	146
II- Consommation de tabac	146
III- Consommation de drogues illégales	149
IV- Quelques habitudes de vie	150
V- Les problèmes de poids	151
REPRESENTATIONS, ATTITUDES ET RAPPORT A LA SANTE ET A LA MEDECINE	154
I. Représentations liées à la santé	154
II. Représentations liées à la médecine	156
III. Jugements portés sur le déroulement des consultations médicales	157
IV. Moyens d'information sur la santé et les centres de soins	160
COUVERTURE DU RISQUE MALADIE	163
RECOURS AUX SOINS	165
I. Consultations au cours des 12 derniers mois	165
II. Recours aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique au cours des 12 derniers mois	166
III. Renoncement aux soins pour raisons financières	168

SUIVI MEDICAL	170
I- Avoir ou non un médecin régulier	170
II- Lieu de consultation du médecin régulier	175
SANTE DENTAIRE ET RECOURS AUX SOINS DE DENTISTES	178
SANTE ET RECOURS AUX SOINS OPHTALMOLOGIQUES	181
SANTE DES FEMMES	184
I- Le suivi gynécologique	184
II- Le bénéfice d'examens préventifs	185
La mammographie	185
Le frottis du col	187
III- L'utilisation de la contraception	188
IV- Maternité et interruptions volontaires de grossesse	190
ANNEXE 1. METHODOLOGIE	193
ANNEXE 2. LISTE DES STRUCTURES MENTIONNEES	198
Liste des structures citées à la question : « <i>En cas de problèmes (santé, difficultés sociales, problèmes familiaux ou personnels), y a-t-il un lieu où vous pourriez vous adresser dans le quartier ?</i> » Et si oui, « <i>de quelles structures s'agit-il ?</i> »	198

Introduction

L'objectif de cette enquête était d'évaluer les besoins de santé et les recours aux soins des habitants de quartiers relevant de la Politique de la ville dans le 20^{ème} arrondissement de Paris. Il s'agissait notamment d'étudier les relations entre la santé et le bien-être, les inégalités et les ruptures sociales des individus¹.

En effet, les inégalités socio-économiques inscrites dans le territoire de la capitale se traduisent par des problèmes de santé et de ruptures sociales (notamment dans les quartiers les moins favorisés tels ceux étudiés), dont certains ne sont pas – ou mal – repérés par les dispositifs et politiques publics, mais qui risquent pourtant de conduire à une dégradation tant de la sécurité sanitaire collective que de la cohésion sociale des populations.

Un nombre important de personnes connaît en effet des difficultés dans plusieurs domaines à la fois : l'emploi bien entendu (le chômage et la précarité de l'emploi étant des facteurs majeurs, depuis longtemps étudiés, de précarité et de vulnérabilité sociale et sanitaire), mais aussi les conditions de vie au sens plus général (logement, insécurité, etc.), l'intégration sociale (par exemple, la perte du réseau social lié à l'entreprise ou au corps de métier que l'on abandonne, la fragilité des réseaux d'aide privée – y compris familiale – ou encore la participation incertaine à toute forme de vie sociale institutionnalisée) et la santé (la morbidité physique et mentale, ou encore les conditions et modalités de recours aux soins).

A Paris, comme dans l'ensemble des grandes métropoles européennes, les inégalités entre territoires se creusent : des phénomènes de relégation entraînent des effets de polarisation sociale et renforcent le processus de disqualification sociale des populations les plus démunies². Dès lors, il convient d'évaluer la manière dont les habitants vivent leur appartenance à un quartier comme ceux de Belleville ou de Saint-Blaise, emblématiques des quartiers en transition de la capitale.³ Cette appartenance peut en effet constituer un handicap supplémentaire pour l'insertion et la santé des individus – en raison par exemple d'un environnement partiellement dégradé ou encore d'effets de désignation (*labelling*) stigmatisants – ou au contraire un atout si, par exemple, le quartier est source d'identifications positives (valorisées) et si des solidarités interindividuelles y sont préservées ou l'offre de services socio-médicaux adaptée.

En effet, d'une manière générale, les difficultés rencontrées sur le plan social et sur le plan sanitaire sont d'autant plus problématiques que les formes traditionnelles de sociabilité et d'entraide s'affaiblissent. Lorsque les liens sociaux se distendent, le risque s'accroît d'être

¹ Cette enquête s'inscrit en synergie avec un programme de recherche pluridisciplinaire intitulé « Santé, Inégalités et Ruptures Sociales », dirigé par Pierre Chauvin, Serge Paugam et Jean-Marie Firdion et coordonné à l'Inserm U444 par Isabelle Parizot.

² Parizot I, Chauvin P, Paugam S, Firdion JM, eds. *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités : mondialisation, santé, exclusion et rupture sociale*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2002, 142 p.

³ Simon P. La société partagée. Relations interethniques et interclasses dans un quartier en rénovation. Belleville, Paris 20^{ème}. *Cahiers Internationaux de Sociologie* 1995 ; 48 : 161-190.

confronté à un enchaînement d'adversités (par exemple en matière de logement) et de ruptures sociales qui se renforcent mutuellement. Ces processus s'opposent à l'intégration au système social : ils se traduisent concrètement par l'absence de réciprocité dans les rapports sociaux, par une remise en question de la complémentarité des individus et, enfin, par une disqualification sociale au sens du refoulement des personnes défavorisées à la marge de la société où elles ont une forte probabilité de se sentir inutiles. Nous distinguons trois grands types de liens sociaux susceptibles de faire l'objet de ruptures : le *lien de filiation*, qui correspond au lien de l'individu avec la « famille d'orientation », c'est-à-dire celle 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.⁴

L'un des objectifs de cette évaluation était précisément d'analyser comment des ruptures affectant ces liens sociaux sont susceptibles de s'enchaîner et de s'inscrire dans un processus de cumuls de difficultés sociales, économiques et sanitaires ; et d'évaluer conjointement les stratégies d'adaptation et les facteurs de résistance, aussi bien individuels que collectifs (au niveau des personnes, des ménages, des regroupements associatifs par exemple), parallèlement aux politiques publiques.

Pour cela, il a semblé essentiel de tenir compte de la dimension subjective des phénomènes étudiés ; c'est-à-dire de recueillir les situations « objectives » mais aussi d'évaluer la manière dont elles sont vécues par les individus. Par exemple, vivre dans un quartier donné ou avoir quitté l'école en cours de secondaire ne signifient pas la même chose pour tous les individus. En d'autres termes, les conséquences de ces situations dépendent des expériences vécues.

En ce qui concerne la santé, des travaux de recherche ont montré, depuis plusieurs décennies, un effet spécifique des inégalités socio-économiques sur la mortalité et la morbidité. Dans cette perspective, l'objectif de cette recherche était de décrire la relation entre les inégalités, les ruptures sociales et la santé, étudiée sous l'angle de la santé ressentie et de la qualité de vie, des comportements relatifs à la santé et des recours aux soins⁵. Il renvoie au constat du Haut Comité de la Santé Publique dans son récent rapport : « 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 »⁶. De ce point de vue, cette recherche rejoint tout à fait les préoccupations de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale qui souligne, de son côté, l'importance des supports sociaux et des facteurs psychosociaux dans la gestion des problèmes de santé.⁷

Dans cette perspective, nous avons réalisé à l'automne 2003 une enquête auprès d'un millier de personnes résidant dans les quartiers relevant de la Politique de la ville dans le 20^{ème} arrondissement de Paris. Ce rapport en présente les principaux résultats.

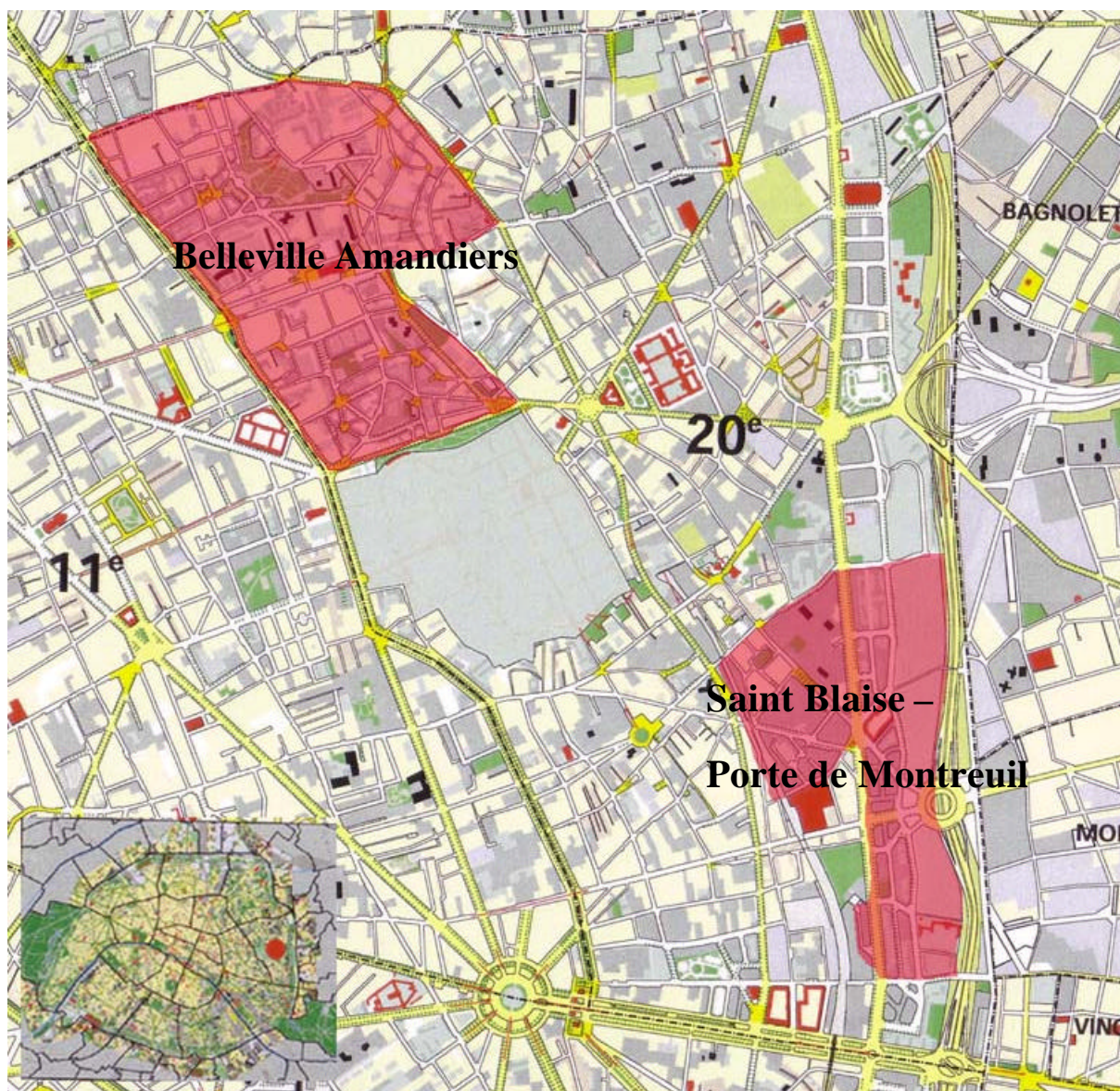
⁴ Paugam S, Cléménçon M. *Détresse et ruptures sociales*. Paris, FNARS (coll. recueils et documents), n°17, avril 2002.

⁵ Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. *Précarisation, risques et santé*. Paris, Ed. Inserm, 2001, 474 p.

⁶ Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France 2002*. Paris, La Documentation Française, 2002.

⁷ Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, *Les travaux 2001-2002*, Paris, La Documentation Française, 2002. p. 66-68.

CARTE DES QUARTIERS ETUDIES



D'après données APUR

Les quartiers étudiés

I. Définition du périmètre d'étude

La demande initiale faite par la Mission Ville de la Préfecture de Paris à l'Equipe de recherche «Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins » de l'Inserm (Unité 444, Paris) portait sur la réalisation d'une enquête sur la santé et le recours aux soins des habitants des quartiers Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement de Paris. Il s'agissait de produire un diagnostic de la situation en matière de santé et de recours au soin dans ces quartiers, à même d'alimenter le travail initié pour la mise en place d'ateliers Santé-Ville.

Le choix définitif du périmètre d'étude est issu d'un travail préliminaire de l'équipe de recherche en lien avec les Equipes de Développement Local (EDL) du 20^{ème} arrondissement. Il résulte d'un arbitrage argumenté entre, d'un côté, une demande explicite concernant un périmètre précis (les quartiers repérés par le dispositif de la Politique de la ville) et, de l'autre, des contraintes liées à la méthodologie d'échantillonnage (disponibilité des données à des échelles fines, pertinence des micro découpages administratifs et géographiques, etc.).

1- Le 20^{ème} arrondissement : une mosaïque discontinue de périmètres d'action publique

Etant données ses caractéristiques physiques et socio-économiques (état du bâti, taux de chômage, proportion de ménages rencontrant des difficultés économiques et sociales, etc.), le 20^{ème} arrondissement de Paris fait l'objet - depuis le milieu des années 90 et, en particulier, la création des Zones Urbaines Sensibles - de plusieurs mesures d'intervention publique qui délimitent chacune des périmètres spécifiques d'action. Sans entrer dans le détail des différentes procédures, de leurs objectifs et de leur enchaînement historique⁸, on peut présenter rapidement les périmètres principaux d'intervention de la Politique de la ville sur l'arrondissement, visibles sur la carte synthétique présentée page 12.

1996 : Les Zones Urbaines Sensibles

Le décret du 28 Décembre 1996 consécutif à la Loi initiant le Pacte de Relance pour la Ville du 14 Novembre 1996 avait repéré 9 sites classés en Zone Urbaine Sensible (ZUS) à Paris, dont deux dans le 20^{ème} arrondissement : le Bas Belleville et la cité HBM Ménilmontant.

⁸ Pour plus de détails, voir par exemple le n°784 de la revue « Problèmes Politiques et Sociaux », qui traite précisément ces questions : Damon J. *La Politique de la ville*. Paris, La Documentation Française, Problèmes Politiques et Sociaux, n°784, mai 1997.

2000 : Les quartiers prioritaires de la politique de la Ville⁹

Au nombre de cinq sur l'ensemble du 20^{ème} arrondissement, les quartiers prioritaires de la politique de la Ville correspondent à une extension des ZUS de 1996 (ZUS de Belleville étendue au quartier Belleville- Amandiers) et à la création de 4 nouveaux périmètres pour la période 2000-2006 (Saint Blaise, La Tour du Pin, Félix Terrier et Fougères).

2002 : Les Grands Projets de Renouvellement Urbain (GRPU)¹⁰

Le 20^{ème} arrondissement compte 4 sites de Grand Projet de Renouvellement Urbain sur lesquels sont élaborés des projets de territoire :

- Le quartier Saint Blaise, également inscrit dans un périmètre Politique de la ville,
- La Porte des Lilas, à cheval sur le 19^{ème} et le 20^{ème} arrondissement, intégrant le quartier Fougères
- La Porte de Vincennes à cheval sur le 12^{ème} et le 20^{ème} arrondissement
- La Porte de Montreuil intégrant le groupe d'habitation Patrice de la Tour du Pin et les ensembles de logements Félix Terrier, Davout et Square d'Amiens

De manière peut-être plus marquée que pour les autres arrondissements parisiens, les différents périmètres d'action définis par les pouvoirs publics dans le 20^{ème} arrondissement ne se superposent pas exactement. De surcroît, du fait de la multi-localisation des problèmes structurels, économiques et sociaux, ces périmètres sont répartis dans l'arrondissement sans continuité (cf. carte page 19).

Les contraintes inhérentes à l'enquête tant au niveau de l'échantillonnage (1000 ménages) que de la comparabilité et l'intelligibilité des résultats (« poids » des différentes zones d'étude, prise en compte des contextes micro-locaux), ont invité l'équipe de recherche à opérer certains choix quant à la définition définitive du périmètre d'étude.

2- Le périmètre de l'enquête « Santé Inégalités Ruptures Sociales » 2003

La commande initiale concernait les cinq «quartiers »¹¹ du 20^{ème} arrondissement repérés par le dispositif de la Politique de la ville : Belleville-Amandiers, Saint-Blaise, Félix Terrier, la Tour du Pin, et Fougères. Excepté pour le grand quartier Belleville-Amandiers, se posait la double question de la discontinuité des périmètres et de la taille des quartiers en terme de population. Afin que l'échantillonnage conserve une pertinence, nous avons décidé de regrouper les différents quartiers de l'Est de l'arrondissement. Le problème de la discontinuité physique entre les quartiers Saint-Blaise, Félix Terrier et la cité de la Tour du Pin a trouvé une solution satisfaisante par le choix d'un périmètre d'étude englobant ces trois quartiers. Ce périmètre, intégrant en plus des quartiers précités, les ensembles d'habitation du quartier de la

⁹ Le contrat de ville signé en 2000 entre la Ville, l'Etat et la Région prolonge et amplifie l'action engagée dans le cadre de la Politique de la ville en élargissant dans certains cas les périmètres des ZUS et en créant dans quelques arrondissements de nouveaux périmètres d'intervention.

¹⁰ Dans la dynamique du contrat de ville 2000-2006, la Ville de Paris a engagé un programme de Grands Projets de Renouvellement Urbain qui a donné lieu à un avenant du contrat de ville signé le 20 Mars 2002.

¹¹ Au sens où l'entend la Politique de la ville.

Porte de Montreuil à l'Est du boulevard des Maréchaux, dépasse il est vrai les délimitations strictes du dispositif Politique de la ville, mais conserve une pertinence au niveau de l'analyse puisqu'il est inclus dans le périmètre GPRU de la Porte de Montreuil. L'étude des données socio-économiques concernant cette portion bâtie supplémentaire et l'analyse du diagnostic de territoire concernant le périmètre du GPRU¹² ne fournit pas d'éléments rédhibitoires vis-à-vis du rapprochement envisagé et permet même de conclure à une certaine continuité des problématiques socio-économiques. L'ensemble ainsi créé sera dénommé dans ce rapport « Saint Blaise – Porte de Montreuil ».

Par contre, l'équipe de recherche - en concertation avec l'EDL concernée - a fait le choix de ne pas inclure le quartier «Fougères », dans le périmètre d'étude étant donné sa petite taille (2950 habitants), sa localisation géographique sans continuité avec les autres quartiers de l'arrondissement et son rattachement au « GRPU Porte des Lilas ».

Le périmètre final de l'étude comprend donc deux ensembles géographiques que l'on nommera « quartiers » : Belleville – Amandiers et Saint Blaise - Porte de Montreuil.

II. Présentation des quartiers étudiés

1- Le quartier Belleville - Amandiers

Le quartier Belleville - Amandiers correspond à la partie Nord Ouest du 20^{ème} arrondissement. Limité au Nord et à l'Ouest par deux « frontières » d'arrondissement assez nettes avec le 19^{ème} arrondissement et le 11^{ème} arrondissement (rue de Belleville, boulevard de Belleville – boulevard de Ménilmontant), sa partie sud bute contre le mur d'enceinte du cimetière du Père Lachaise. La délimitation à l'Est du quartier est plus « complexe » : elle emprunte successivement la rue des Pyrénées, la rue de Ménilmontant et la rue de la Bidassoa.

Le quartier Politique de la ville Belleville - Amandiers est composé de 5 sous-quartiers aux particularités assez marquées : Bas Belleville, Ménilmontant, Amandiers, Piat Faucheur Envierges et Mare Cascade. Pour une revue approfondie de ces particularités, on renverra le lecteur aux analyses détaillées réalisées par l'EDL de Belleville – Amandiers, à partir notamment du recensement de 1999¹³ – analyses dont s'inspire très largement la présentation ci-dessous.

Un quartier hétérogène sur le plan du bâti, disposant d'un important parc social

Le quartier Politique de la ville Belleville - Amandiers, à l'image d'ailleurs du 20^{ème} arrondissement, est marqué par son fort caractère résidentiel. La dominante « habitat » du quartier est parmi les plus soutenues de la capitale avec, globalement sur la zone, plus de 4 habitants pour un emploi¹⁴. L'habitat y est très hétérogène avec la coexistence de quartiers d'habitat ancien ayant conservé des caractéristiques villageoises (Bas Belleville, Mare

¹² GPRU Porte de Montreuil, Projet de Territoire, Septembre 2003.

¹³ *Les caractéristiques statistiques du territoire Politique de la ville Belleville – Amandiers, une approche d'ensemble, une approche par quartier*, EDL Belleville – Amandiers, Novembre 2001. *Analyse du recensement général de la population de 1999 dans le secteur Politique de la ville Belleville – Amandiers*, EDL Belleville – Amandiers, 2001.

¹⁴ Sources : Enquête Régionale Emploi 1998, Sirene 2001.

Cascades) et des zones de grands ensembles monofonctionnels (Amandiers, Ménilmontant, Piat Faucheur). Malgré les diverses opérations de réhabilitation, la zone conserve des parcelles d'habitat ancien (62% des constructions datent d'avant la seconde guerre mondiale) marquées par des situations d'inconfort et de sur-occupation des logements. On compte ainsi 8,5% de logements manquant d'équipements sanitaires, ce qui est très proche des moyennes de l'agglomération (8,4%) mais les écarts sont importants au sein des quartiers puisque 11% des logements sont considérés comme sous-équipés dans le Bas-Belleville, contre 5,5% aux Amandiers.

Dans le cadre d'une étude menée en 2001, l'APUR a recensé 120 immeubles en mauvais état, situés principalement dans le quartier du Bas-Belleville. Comparativement à la moyenne parisienne, la densité d'occupation des logements est importante avec des logements plus petits (2,4 pièces par logement contre 2,5 pour l'ensemble de Paris) et surtout plus peuplés (2,1 personnes par logement contre 1,9). Les situations de surpeuplement sont nombreuses, notamment à Belleville et à Ménilmontant où 6,5% des habitants habitent des logements comptant moins d'une pièce pour deux personnes.

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

Le parc social n'est pas le seul type de logement à accueillir des ménages fragilisés. Ainsi, la zone compte près de 17 hôtels meublés, quatre foyers de travailleurs et deux centres d'hébergement qui logent un total de 1151 personnes. Avec 2,2% de la population logée, la part des foyers de travailleurs dans l'hébergement est, à Belleville - Amandiers, très supérieure à la moyenne parisienne (0,7%).

Un quartier de classes moyennes marquées par la précarité

Avec 37 275 habitants en 1999, la zone a connu une croissance de sa population de plus de 11% au cours de la période intercensitaire 1990-1999¹⁵. Comparativement à l'ensemble de Paris et même au reste du 20^{ème} arrondissement, la population est jeune : 23,5% des habitants du quartier ont moins de 20 ans (18,3% à Paris) et 15% ont plus de 60 ans (20% à Paris).

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

¹⁵ Dans l'ancien secteur « Développement Social Urbain » (DSU).

L'étude comparée des trois recensements de 1982, 1990 et 1999 montre une chute continue de la proportion des ouvriers dans ce quartier, qui passe de plus de 23% de la population active en 1982 à 18% en 1990 (avec une différence entre sous-quartiers, Belleville conservant un profil très ouvrier), puis 12% en 1999. La proportion d'ouvriers dans le quartier a donc été divisée par deux en moins de 20 ans.

L'étude du taux de chômage, de la proportion de bénéficiaires des minima sociaux et du taux d'échec scolaire sur le secteur fait dire aux équipes de développement local qu'un habitant sur cinq sur la zone rencontrerait des difficultés socio-économiques. En 1999, le taux de chômage sur le quartier s'élevait à 17,3%, ce qui était supérieur à la moyenne parisienne (12%), notamment en ce qui concerne le chômage de longue durée (8,5% vs 6,0%).

Les bénéficiaires des minima sociaux, représentant 28% de la population du quartier, s'avèrent très regroupés dans certains groupes immobiliers du parc social (Menilmontant, Piat Faucheur, Bisson-Tourtille Pali Kao).

Une vocation d'accueil qui remonte loin dans l'histoire

Si le 20^{ème} arrondissement dans son ensemble est connu pour sa fonction d'accueil de populations immigrées, avec 25,6% d'étrangers, le quartier Belleville – Amandiers constitue sur ce point un territoire particulier. Sans s'attarder sur l'histoire de l'immigration au sein de ce quartier¹⁶, on peut noter que les principales communautés présentes aujourd'hui sont originaires du Maghreb, d'Afrique Noire et d'Asie (Chine principalement).

Au delà de l'identité positive, un cadre de vie qui se dégrade

A la fois assez bien doté en équipements divers (cf. infra), disposant d'un maillage associatif important dans des domaines variés, et dynamisé tant culturellement qu'économiquement par la présence de communautés étrangères, Belleville - Amandiers apparaît comme un quartier dynamique qui attire une population variée, notamment disposant de hauts niveaux de capital culturel et de capital économique. Malgré ce dynamisme, le quartier évolue peu à peu vers une fonction essentiellement résidentielle qui s'accompagne de la fragilisation croissante du tissu économique et commercial, essentiellement cantonné aux franges du secteur (rue de Belleville, rue des Pyrénées) et à la rue de Ménilmontant qui perd cependant peu à peu de son attractivité. Certains quartiers comme la ZAC des Amandiers ou le square du nouveau Belleville sont d'ailleurs totalement monofonctionnels, à l'image des grands ensembles de banlieues résidentielles.

Du fait notamment d'un certain déficit d'aménagement des espaces publics, de la présence d'une délinquance ancienne et territorialisée et du marquage social spécifique de certains secteurs, l'attractivité du quartier est relativement faible comme en témoigne la faiblesse des valeurs immobilières. Les gestionnaires du parc social notent par ailleurs une paupérisation croissante du parc, les ménages les plus aisés quittant le quartier (en proportion croissante) étant remplacés par des ménages rencontrant de plus grandes difficultés sociales.

¹⁶ On se reportera utilement sur ce point à la thèse de Patrick Simon : Simon P. *La société partagée, relations interethniques et interclasses dans un quartier en rénovation, Belleville Paris 20^{ème}*. Paris, EHESS, 1994, 557p.

Diversité de la dotation en équipements publics

Le quartier Belleville - Amandiers est diversement doté en équipements publics mais ne semble pas particulièrement défavorisé sur ce plan comparativement au reste de Paris. Si les équipements sportifs sont quasiment inexistants, les équipements destinés à la petite enfance y sont aussi bien répartis que sur le reste de l'arrondissement. Le quartier est également bien doté en équipements scolaires, d'enseignement primaire comme secondaire. Vis à vis de la santé, la zone *stricto sensu* ne compte pas d'hôpitaux mais se trouve à proximité de l'hôpital Tenon et de l'hôpital Saint-Louis. On relève également l'existence d'un nombre relativement important de structures intervenant dans le champ médical (dispensaires, centre médicaux, etc.).

Un quartier bien inséré dans le tissu urbain parisien

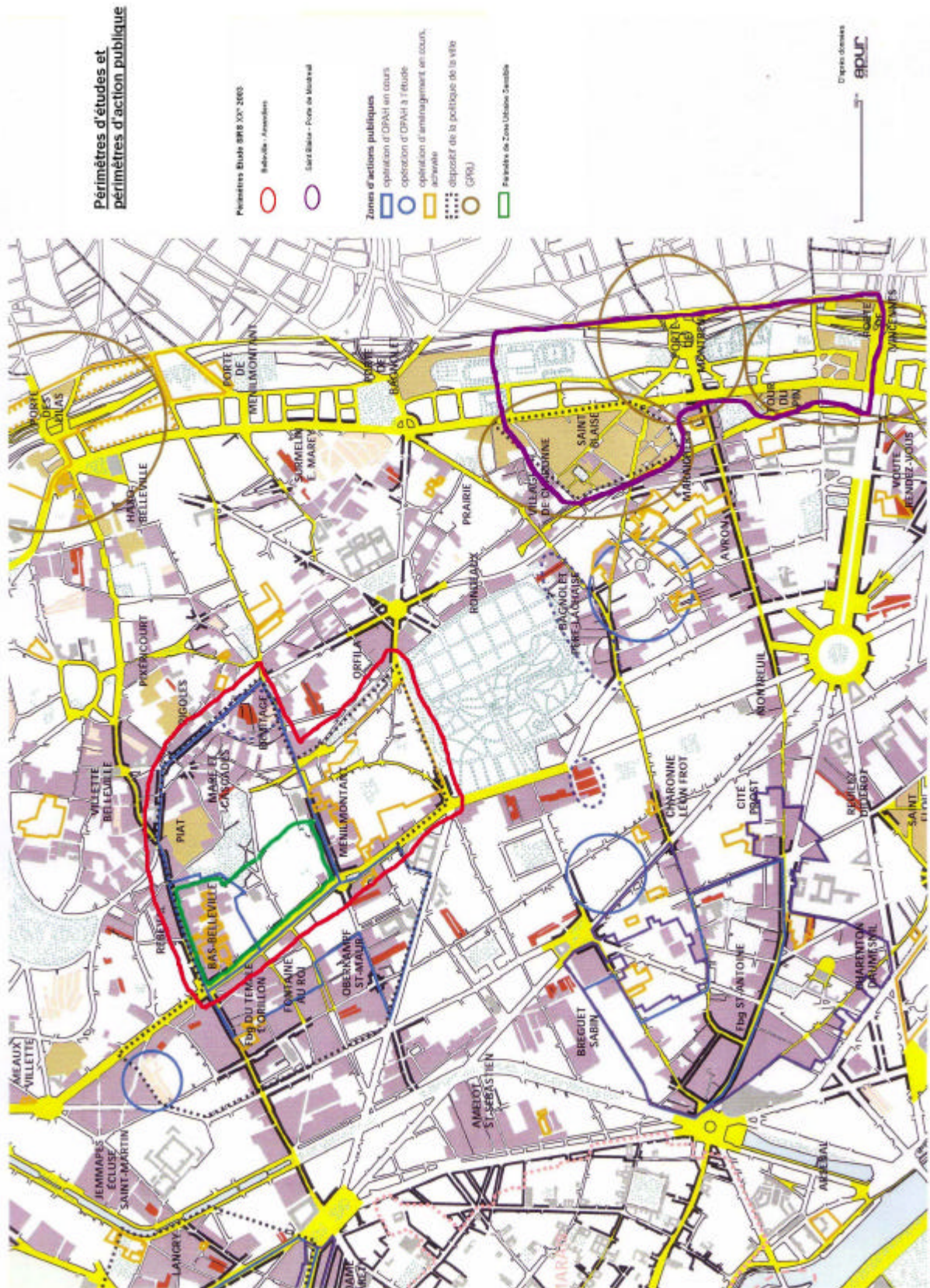
Une des caractéristiques du quartier Belleville - Amandiers est sa relative centralité au sein de l'agglomération parisienne. Proche du cœur de ville, assez bien desservi par les transports en commun et non isolé par des voies de circulation importantes, le quartier, tout en conservant une identité affirmée, développe un grand nombre de connexions avec les arrondissements alentours (11^{ème}, 10^{ème}, 19^{ème}) et avec le reste de la capitale. Ces connexions sont liées à la fois à l'activité commerciale avec des centres actifs «continus» comme la rue de Belleville en prolongement de la rue du Faubourg du Temple, à la vocation touristique des lieux (Belleville, Père Lachaise, etc.) et à l'implantation des différentes communautés (la communauté asiatique notamment) qui contribuent à «lier» différentes parties du territoire entre elles.

Intervention de l'Etat sur le Territoire

L'intervention de l'Etat sur le territoire étudié est ancienne. En effet, avant la définition en 2000 du quartier prioritaire de la politique de la Ville Belleville - Amandiers, la zone a été l'objet d'un certain nombre de mesures d'intervention, via notamment la création de la ZAC des Amandiers, puis la création en 1996 de la ZUS de Belleville. La carte ci-après présente les différents zonages des dispositifs d'intervention et ceux de l'enquête SIRS 2003.

Plus récemment, certaines portions du quartier ont fait l'objet de mesure d'amélioration de l'habitat, notamment sur le secteur du Bas Belleville et autour de la rue de Ménilmontant.

ZONAGES D'INTERVENTION PUBLIQUE SUR LE 20EME ARRONDISSEMENT



D'après données APUR

2- Le quartier Saint Blaise - Porte de Montreuil

Pour la présentation du quartier Saint Blaise - Porte de Montreuil, nous nous appuyons principalement sur deux documents : le diagnostic social urbain du quartier Saint Blaise et des cités Félix Terrier, La Tour du Pin et Fougères, réalisé par ACT Consultants dans le cadre du Contrat de Ville en avril 2002, et le diagnostic intégré au Grand Projet de Renouvellement Urbain de la Porte de Montreuil, datant de septembre 2003.

Localisation / cadre urbain

Le second quartier étudié, situé dans la partie Est du 20^{ème} arrondissement, est lui aussi composé par un ensemble de sous-quartiers que sont : Saint Blaise, Félix Terrier, La Tour du Pin, Porte de Montreuil. Le périmètre étudié englobe trois quartiers Politique de la ville (Saint Blaise, la Tour du Pin, Félix Terrier) mais les dépasse pour intégrer le long quartier de la Porte de Montreuil et couvrir ainsi l'intégralité du périmètre du GPRU. La situation est ici différente que pour Belleville - Amandiers. En effet, comme la plupart des quartiers périphériques de la capitale, Saint Blaise – Porte de Montreuil est limité sur son flanc extérieur par le périphérique, qui n'est pas couvert à cet endroit et qui isole le quartier des communes limitrophes de Paris. Hormis la petite ceinture qui marque la limite Ouest du quartier Saint Blaise, les autres délimitations de notre second périmètre d'étude sont moins évidentes : rue de Lagny au Sud, Boulevard Davout jusqu'à la place Marie Miribel et rue Vitruve prolongée par la rue Serpollet au Nord. La cité de la Tour du Pin, au sud ouest de la zone, forme une excroissance caractéristique du périmètre.

Un quartier d'habitat social composé d'ensembles immobiliers aux situations très diverses

L'une des caractéristiques principales du quartier Saint Blaise – Porte de Montreuil réside dans la place très importante qu'occupe l'habitat social et la faible proportion de surfaces destinées à l'activité. La part de logement social atteint près de 90% sur le sous-quartier Politique de la ville de Saint Blaise. Sur le périmètre du GPRU, les logements sociaux représentent plus de 50% des logements et, mis à part quelques grands établissements comme le Centre des impôts, l'hôtel industriel et le collège E. Reisz, la quasi totalité des bâtiments sont des immeubles de logement.

La taille des logements est en revanche très contrastée suivant les différents îlots du quartier. En effet, si le sous-quartier Saint Blaise dispose de plusieurs parcs conséquents de grands logements qui lui confèrent une composition globalement équilibrée (même si leur conception ne va pas sans poser d'autres problèmes), d'autres secteurs comme Félix Terrier ou les ensembles HBM situés à l'Est de la zone sont caractérisés par un fort pourcentage de logements de petite taille. Ces logements anciens manquent aussi de confort alors qu'il accueillent, du fait des montants relativement bas des loyers, un nombre croissant de familles à revenus modestes mais aussi des personnes âgées, isolées ou des familles monoparentales.

La zone ne compte *a priori* aucun hôtel meublé ni foyer de travailleurs ou de migrants.

Une population présentant des caractéristiques propres au logement social : PCS¹⁷ modestes et familles à faibles revenus

Les données disponibles à l'échelle du quartier concernent principalement les locataires du logement social qui sont, on l'a vu, très majoritaires.

Sur le périmètre du GPRU, la structure par âge de la population est marquée par une proportion élevée de personnes âgées de plus de 60 ans (22% contre 20% à Paris) et de jeunes de moins de 20 ans (23% vs 18%). Ces chiffres sont un peu différents sur le sous-quartier Saint Blaise qui compte près de 25% de moins de 20 ans. Ceci s'explique par la structure et la vocation du parc social avec une « spécialisation » de certains îlots du quartier de la Porte de Montreuil, dans le logement des personnes âgées.

De la même manière, la population du quartier conjugue deux extrêmes : un pourcentage important de personnes seules dans certains îlots (30% de personnes seules par exemple à la Tour du Pin), tandis que d'autres secteurs concentrent des familles nombreuses et des problèmes de surpeuplement des logements – l'une des principales explications étant que les enfants quittent tardivement le domicile parental. La part des étrangers sur les trois quartiers Politique de la ville s'élevait à 25% environ en 1999.

Autre caractéristique des quartiers prioritaires de la Politique de la ville, le pourcentage de familles monoparentales est particulièrement élevé sur Saint Blaise – Porte de Montreuil. L'OPAC, un des deux principaux bailleurs sociaux du quartier, en dénombre 24,1% sur son patrimoine contre 19,4% pour l'ensemble de son parc parisien. Certains îlots du sous-quartier Saint Blaise - Porte de Montreuil comptent plus de 50% de familles monoparentales.

Sur le plan socioéconomique, le quartier est caractérisé par la domination des catégories socioprofessionnelles modestes et des familles à faibles revenus. Les employés et les ouvriers représentaient 45% des actifs en 1999, avec des spécialisations différentes selon les îlots. Le taux de chômage sur le quartier s'élève à environ 18%, mais certains îlots dépassent cependant cette moyenne, comme par exemple celui de Félix Terrier où l'on comptait 23% de chômeurs. De surcroît, la part des emplois précaires est relativement importante : elle atteint 14% du total des actifs dans certains secteurs (15,7% dans le 20^{ème} arrondissement, 13,6% à Paris).

L'OPAC recense parmi ses locataires 56% de ménages bénéficiant d'une aide au logement et 50% qui n'ont pas de revenus imposables. Le diagnostic de territoire effectué sur le périmètre du GPRU fait état d'une paupérisation du quartier, passé en l'espace de quelques années d'une situation de quartier populaire (qu'il a toujours été) à celui de quartier pauvre.

La comparaison des données des deux recensements de 1990 et 1999 laisse cependant entrevoir une évolution récente des PCS avec un accroissement de la proportion des cadres et des professions intellectuelles, ainsi que des étudiants. Globalement sur le périmètre du GPRU, le diagnostic de territoire définit ainsi le profil social du quartier : la population est composée d'une majorité d'inactifs (enfants et retraités) ; la population active, quant à elle, se distingue par de faibles revenus, ainsi qu'un taux de chômage élevé.

¹⁷ Professions et catégories socioprofessionnelles, anciennement CSP

Un tissu associatif insuffisamment développé

La faiblesse du tissu associatif et de l'encadrement en général est un autre élément important du diagnostic mené par la Direction de l'urbanisme de la Ville de Paris. Seules quelques associations proposent des structures de proximité sur le quartier Porte de Montreuil. Ce constat n'est pas très différent à Saint Blaise même si plusieurs associations et une régie de quartier tentent de proposer des activités aux habitants. Saint Blaise dispose par ailleurs d'une bibliothèque municipale, mais celle-ci accueille à elle seule toutes les écoles du quartier.

Des équipements publics pas toujours adaptés

L'offre en équipements publics sur le quartier est en revanche relativement importante, notamment en ce qui concerne les infrastructures sportives, présentes en nombre de part et d'autre de la Porte de Montreuil. Elles ne sont cependant pas toujours adaptées aux souhaits et besoins de la population et la présence de complexes sportifs en accès libre fait par exemple cruellement défaut.

Le sous-quartier Saint Blaise est, lui, considéré insuffisamment équipé par les auteurs du diagnostic social urbain d'avril 2002, ces derniers allant même jusqu'à considérer la localisation des équipements « sans cohérence et sans lisibilité : la plupart joue un rôle d'équipement de proximité sans couvrir tous les besoins culturels, éducatifs et sociaux ».

Sur le plan de l'accès aux soins, le quartier est marqué par la relative proximité des hôpitaux Tenon et Croix Saint Simon.

Un quartier morcelé aux obstacles physiques nombreux

Comparativement au quartier Belleville - Amandiers, le quartier Saint Blaise – Porte de Montreuil se trouve plus excentré. Bordé par le périphérique qui limite les échanges à l'Est, le quartier est tout à la fois enclavé et peu traversé (Saint Blaise) et morcelé par de grands axes de circulation qui créent de véritables barrières physiques (Porte de Montreuil). La vie urbaine dans le quartier est donc par endroits largement dominée par l'emprise de l'automobile qui ne facilite pas la création d'une identité d'ensemble appropriable par les habitants.

La relative confusion entre espace public et espace privé, propre à Saint Blaise et à la Cité de la Tour du Pin, est entretenue par l'indétermination du statut de zones de passage, de cours ou de cœurs d'îlots. Ceci accentue par effet d'enfermement le sentiment d'insécurité et permet que se développe une délinquance localisée.

L'intervention de l'Etat sur le territoire

L'intervention de l'Etat sur le territoire de Saint Blaise – Porte de Montreuil est plus récente qu'à Belleville – Amandiers. En effet, les zonages des quartiers prioritaires datent de 2000 et le périmètre du GPRU Porte de Montreuil a été définitivement fixé en 2002. Pour une présentation cartographique on se référera à la carte présentée en page 19.

Caractéristiques démographiques de la population étudiée

Après une présentation générale des territoires de l'étude, ce chapitre présente l'échantillon des 889 personnes enquêtées durant l'automne 2003 sur les deux quartiers Belleville - Amandiers et Saint Blaise - Porte de Montreuil. Des comparaisons avec les données du Recensement concernant les quartiers inscrits à la Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement, l'arrondissement dans son ensemble, l'agglomération parisienne ou encore la France entière, nous ont permis d'une part d'estimer la représentativité de notre échantillon et, d'autre part, d'éclairer la situation relative de la population étudiée. Des comparaisons ont été également faites avec certaines données recueillies lors d'une enquête précédente menée en 2001 dans cinq Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France.¹⁸

Un enquête sur deux a moins de 40 ans

Par choix méthodologique, notre échantillon est composé de personnes âgées de 18 ans ou plus. Les femmes y sont majoritaires (56,1% contre 43,9% d'hommes) et l'âge moyen est relativement bas (41,1 ans, écart type : 16,7 ans). Les personnes de moins de 40 ans représentent plus de la moitié de notre échantillon (53,7%) contre 44% de la population parisienne correspondante¹⁹. Inversement, les personnes âgées de 60 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses dans les quartiers étudiés qu'au niveau parisien (14,8% vs 24,0%)²⁰.

On retrouve là une tendance commune à de nombreux territoires de la Politique de la ville, en particulier en Ile de France, constitués dans leur majorité d'une population plus jeune que celle des territoires environnants. Si la répartition par sexe ne diffère pas significativement suivant les quartiers, l'âge des enquêtés est significativement plus faible à Belleville - Amandiers qu'à Saint Blaise - Porte de Montreuil dont près de la moitié de la population ayant répondu à l'enquête a entre 40 et 59 ans.

¹⁸ Parizot I, Chauvin P, Firdion JM, Paugam S. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France. In : coll. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*. Paris, La Documentation Française, 2003, p. 367-412.

¹⁹ La correspondance n'est pas totale puisque les données du recensement à notre disposition ne permettent de travailler que sur la classe 20-39 ans (18-39 ans pour le cas de notre échantillon).

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

REPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE SUIVANT LES QUARTIERS (EN %)

	Belleville - Amandiers	St Blaise – Pte de Montreuil	Ensemble	Paris 1999
Sexe (NS)				
Homme	44,9	41,7	43,9	46,9
Femme	55,1	58,3	56,1	53,1
Age ($p < 10^{-3}$)				
20 - 39 ans	55,5	41,1	50,8	44,0
40 - 59 ans	28,7	44,6	34,0	32,0
60 - 74 ans	11,6	9,4	10,9	14,3
75 ans et plus	4,2	4,9	4,4	9,7

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

La classe des 18-19 ans non représentée ici par souci de comparabilité avec les données du recensement correspond à 2,9% de notre échantillon (2,9% à Belleville - Amandiers, 3,0% à Saint Blaise - Porte de Montreuil). La comparaison avec les données du recensement concernant le 20^{ème} arrondissement (34,4% de personnes âgées de 20 à 39 ans, 17,7% de personnes âgées de plus de 60 ans) confirme cette tendance à la surreprésentation des jeunes dans les territoires de l'arrondissement concernés par la politique de la Ville.

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

La nationalité et l'origine géographique sont des variables dont la comparaison avec les données du Recensement de 1999 s'avère délicate. En effet, les exploitations du Recensement fournissent rarement des données détaillées sur les nationalités à une échelle fine. En première analyse, on repère que notre échantillon se compose de 79,4% de Français, proportion très proche de celle constatée dans les quartiers Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement (*stricto sensu*) au dernier Recensement : 80,4% (contre 94,4% en France métropolitaine). Ainsi, la proportion d'étrangers dans les quartiers étudiés (20,6% dans notre échantillon) est très supérieure à la moyenne parisienne (15,2%) et métropolitaine (5,6%) en 1999. Il s'agit là d'un autre point commun à de nombreux quartiers inscrits à la Politique de la ville .

La proportion d'étrangers ne diffère pas significativement entre les deux quartiers étudiés. Concernant le détail des nationalités, la première remarque concerne la quasi absence dans notre échantillon de représentants de la communauté chinoise, et même asiatique de manière générale. Comme cela est exposé dans l'annexe méthodologique, notre dispositif d'enquête semble s'être avéré impuissant à vaincre les résistances de cette communauté. Nous sommes conscients d'avoir perdu ici, comme de nombreuses autres enquêtes, une source importante d'information concernant cette communauté sur laquelle les données manquent. Les établissements scolaires du quartier déclarent d'ailleurs perdre la trace de nombreux jeunes asiatiques au sortir du collège...

Les « communautés » les plus représentées sont celles originaires du Maghreb (8,8%) et d'Afrique Noire (5,7%), qui forment à elles seules près des trois quarts de la population étrangère de notre zone d'étude. La distribution des différentes nationalités n'est pas significativement différente entre les deux quartiers étudiés.

Dans notre échantillon, les étrangers vivent en France depuis plus de 10 ans pour la grande majorité d'entre eux (63,7%). Seuls 5,6% des étrangers ne sont en France que depuis moins d'un an. C'est sur ce point que les quartiers divergent, même si la différence n'est pas statistiquement significative. Les étrangers établis à Saint Blaise – Porte de Montreuil sont 72,4% à être en France depuis plus de 10 ans, alors que cette situation ne concerne que 59,7% des étrangers établis à Belleville – Amandiers. Ce résultat tend à confirmer les vocations différentes des deux quartiers au regard de l'accueil de population étrangère.

La proportion des Français issus de l'immigration est importante puisqu'ils représentent 18,7% des individus interrogés (contre 4,0% en France métropolitaine). On verra tout au long de cette étude l'intérêt qu'il y a à prendre en compte ce critère d'origine géographique et de ne pas se contenter de la nationalité actuelle.

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

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

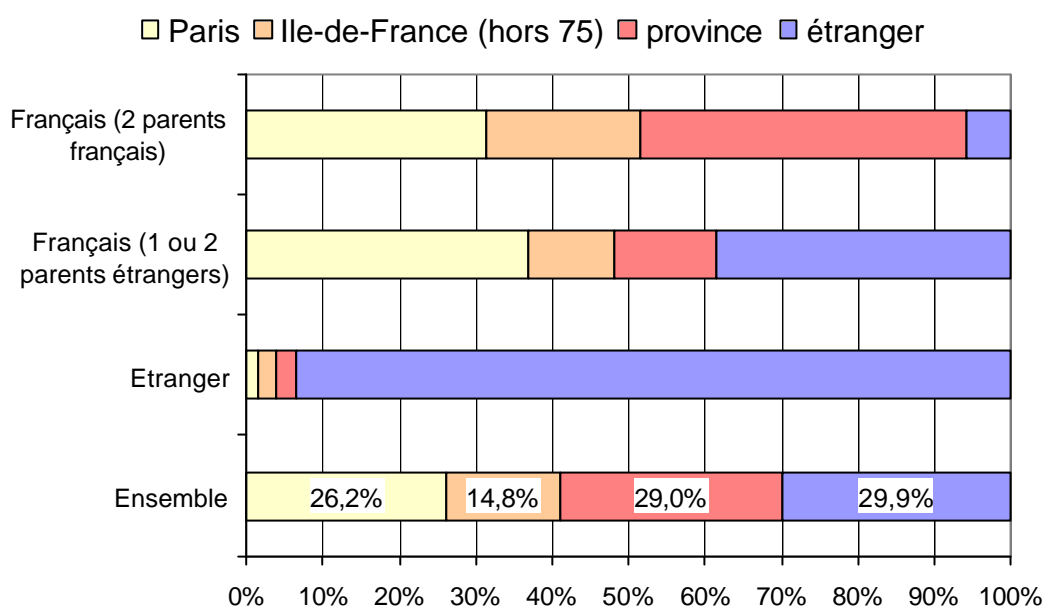
Sources: enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003 ; Recensement 1999.

La distribution suivant la provenance géographique – plus exactement la région où les personnes ont passé la majeure partie de leur enfance jusqu'à 16 ans – donne quelques informations intéressantes, notamment au regard des trajectoires de migration. Ainsi, pour les « Français issus de l'immigration »²¹ habitant aujourd'hui les quartiers de la Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement, un peu plus de la moitié des enquêtés (53,7%) ont passé la majeure partie de leur enfance en France et pour 74,4% d'entre eux, le lieu de vie durant l'enfance est Paris intra muros. Il convient aussi de souligner que 6,6% des étrangers ont passé la majeure partie de leur enfance en France.

²¹ Compris ici comme personne française dont un ou les deux parents sont étrangers.

Enfin, pour l'ensemble des 889 habitants interrogés, la distribution des lieux de vie dans l'enfance peut être résumée dans le schéma ci-dessous.

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



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

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

Notre échantillon se caractérise aussi par de nombreuses situations de familles monoparentales. On observe là encore une des caractéristiques récurrentes des quartiers Politique de la ville, qui rassemblent une proportion importante de ce type de familles, notamment dans le parc social. Dans notre enquête, près de 13% des ménages correspondent à des familles monoparentales, soit la moitié (54,2%) des familles avec enfants, alors que la monoparentalité ne concerne (au Recensement de 1999) que 8% des ménages et 20% des familles avec enfants en France métropolitaine, et que 9% des ménages de l'ensemble des ZUS parisiennes en 1999.

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

La vie de couple, avec ou sans enfants, concerne la majorité de notre population (41,5%) ce qui est là aussi supérieur à la moyenne parisienne. Le rapport couples avec enfants/couples sans enfant est inversé par rapport à Paris, avec un nombre plus élevé de couples avec enfants dans notre population d'enquête.

Le cas des « ménages familiaux » est intéressant (voir en note du tableau suivant la définition d'un ménage familial). Ils sont plus fréquents à Belleville – Amandiers qu'à Saint Blaise – Porte de Montreuil ; ce qui s'explique par le plus fort taux de collocation dans ce premier

quartier, collocation qui concerne principalement les étudiants et les jeunes actifs plus représentés à Belleville – Amandiers (8,6% de la population y est étudiante) qu'à Saint Blaise – Porte de Montreuil (qui ne compte que 5,8% d'étudiants).

SITUATION FAMILIALE SELON LE QUARTIER (EN %)

	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble	Paris 1999 (20-74 ans)
Composition des ménages (p<0,02)				
personne vivant seule	43,1	35,3	40,5	52,4
couple sans enfant	18,9	17,3	18,3	20,0
couple avec enfant	21,5	26,4	23,2	16,3
<i>dont nombre moyen d'enfants dans le ménage</i>	<i>2.0</i>	<i>2.1</i>	<i>2.1</i>	
famille monoparentale	10,6	16,6	12,6	7,3
<i>dont nombre moyen d'enfants dans le ménage</i>	<i>1.8</i>	<i>1.8</i>	<i>1.8</i>	
ménage familial*	1,3	2,4	1,7	4,1
ménage non familial**	4,5	2,0	3,7	

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

* on entend par "ménage familial" les ménages constitués de personnes apparentées mais sans lien de filiation directe (ou, en cas de lien de filiation, lorsque l'enfant est âgé de plus de 30 ans, par exemple une personne de plus de 40 ans vivant avec sa mère âgée).

** on entend par "ménage non familial" les ménages constitués de personnes non apparentées et n'ayant pas une vie de couple au sein de ce ménage (par exemple collocation).

La formation et la sphère professionnelle

I. La formation scolaire

La scolarisation et les diplômes méritent une attention particulière dans notre recherche. Le niveau de qualification, on le sait, est un facteur important de « l'employabilité » des personnes. Elle influence leur insertion sur le marché du travail et, au-delà, leur insertion sociale. La formation s'avère également liée, comme le montrent différentes études, à certaines dimensions de la santé et au recours aux soins²².

Dans cette partie, nous nous intéressons plus particulièrement à la question du niveau scolaire atteint et au diplôme obtenu le plus élevé – qu'il ait été obtenu en formation initiale ou ultérieurement.

1- Niveau d'étude et diplôme

Des niveaux d'études contrastés

Dans l'ensemble, la population enquêtée apparaît contrastée quant au niveau d'étude atteint. En effet, elle compte une proportion relativement importante de personnes qui n'ont jamais été à l'école ou n'ont pas dépassé le niveau de l'école primaire : c'est en effet le cas de 12,8% des enquêtés. Mais elle compte aussi 45,6% de personnes qui ont atteint l'enseignement supérieur.

On peut noter qu'à Saint-Blaise – Porte de Montreuil, le niveau d'étude atteint est moins élevé qu'à Belleville - Amandiers ($p=0,04$), ce dernier quartier comptant davantage de personnes ayant suivi un enseignement supérieur.

²² Par exemple : Auvray L, Doussin A, Le Fur P. *Santé, soins et protection sociale en 2002*. Paris, CreDES, 2003. Kunst AE, Mackenbach JP. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *American Journal of Public Health*, vol 84, 1994: 932-937.

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

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

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

Avoir atteint un certain niveau d'étude ne garantit bien sûr aucunement avoir obtenu un diplôme équivalent. Ainsi, il convient d'étudier parallèlement le niveau de diplôme. Pour cela, nous avons retiré de l'analyse les étudiants encore en cours d'étude (pour qui le niveau de diplôme n'est pas encore définitif).

REPARTITION SELON LE DIPLOME OBTENU

	SIRS 2003			SIRS 2001	Recensement 1999
	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble	5 ZUS franciliennes	Paris
Aucun ou CEP	20,2	22,8	21,1	63,4	23,4
BEPC, CAP, BEP	22,2	27,5	24,0		20,2
Bac pro, technique, général	13,2	13,4	13,3	14,0	14,6
Bac+2	11,2	18,8	13,8	22,5	12,3
Bac+3 ou +	33,1	17,4	27,8		32,9

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

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

Un niveau scolaire plus élevé que dans l'ensemble des ZUS franciliennes

Dans l'ensemble, le niveau de diplôme recensé dans les deux quartiers est assez proche de celui de la population parisienne. Notamment, les proportions de personnes diplômées de l'enseignement supérieur sont proches (41,6% dans les quartiers étudiés, contre 45,2% sur l'ensemble de Paris). Ceci contraste avec ce qui est généralement constaté dans les quartiers relevant de la Politique de la ville.

En effet, d'une manière générale, la population résidant dans des ZUS est globalement moins qualifiée et moins diplômée que sur le reste du territoire – notamment dans les ZUS d'Ile de France où la part des non diplômés atteint 29% en 1999²³ (30,9% dans l'enquête SIRS 2001). De ce point de vue, les quartiers de la Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement se distinguent tout particulièrement.

²³ Andrieux V, Herviant J. Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999. INSEE, *Ile-de-France à la page*, n°250, déc. 2001.

Mais de nombreuses personnes sans aucun diplôme

Cependant, la proportion de personnes non diplômées y est également importante. Ainsi, 14,5% des enquêtés (non compris les étudiants) n'ont obtenu strictement aucun diplôme scolaire ; et 29,6% n'ont aucun diplôme supérieur au niveau du BEPC.

Si l'on exclut de l'analyse les retraités (et, toujours, les étudiants) afin d'étudier la seule population « potentiellement » active, la proportion de personnes non ou très faiblement diplômée diminue alors (les non diplômés se comptant surtout parmi les personnes les plus âgées) mais reste importante : ce sont encore 24,2% des enquêtés qui n'ont aucun diplôme supérieur au niveau du BEPC.

En d'autres termes, la population étudiée dispose globalement de certains atouts, en termes de diplômes, pour l'insertion sur le marché du travail ; mais un quart d'entre elle se trouve en revanche handicapée sur ce point.

REPARTITION SELON LE DIPLOME OBTENU (EN %)

	Belleville - Amandiers	Saint-Blaise	ensemble
Aucun diplôme	14,5%	14,8%	14,6%
Certificat d'études primaires, BE, BEPC	13,1%	18,8%	15,0%
CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau	14,7%	17,0%	15,5%
Bac professionnel, technique ou général	13,3%	13,4%	13,3%
Niveau Bac+2 (DEUG, BTS, IUT)	11,2%	18,8%	13,8%
Bac+3 et au-delà	33,1%	17,3%	27,8%

$p < 10^{-3}$ - parmi les personnes qui ne sont plus étudiantes

Source : SIRS Paris 20^{ème} 2003.

Davantage de diplômés du supérieur à Belleville - Amandiers qu'à Saint-Blaise

Plus encore que pour le niveau d'étude, les quartiers étudiés présentent des différences concernant le niveau de diplôme obtenu. Sur Saint-Blaise en effet, 33,6% de la population ne dispose d'aucun diplôme supérieur au BEPC (contre 27,6% à Belleville - Amandiers) et la proportion de diplômés du supérieur est deux fois plus faible : seuls 17,3% ont un diplôme de niveau au moins égal à Bac+3, contre 33,1% à Belleville - Amandiers (voir tableau ci-dessus). On verra plus loin que cette distribution différentielle des diplômes selon les quartiers suit celle des PCS (Professions et Catégories Sociales, anciennement CSP), globalement plus élevées à Belleville - Amandiers qu'à Saint Blaise - Porte de Montreuil.

Plus d'un tiers des étrangers n'ont aucun diplôme

Le niveau de diplôme (au sein de la population qui a terminé ses études, donc non compris les étudiants) s'avère très dépendant de l'âge et de la nationalité. La proportion de personnes n'ayant obtenu aucun diplôme (ou seulement un certificat d'études primaires) augmente largement avec l'âge : de 2,6% chez les 18-25 ans, ce taux passe à 28,5% chez les 45-59 ans et même 51,5% parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus ($p < 10^{-3}$). Inversement, les titulaires d'un Bac+3 (ou plus) sont de moins en moins nombreux au fur et à mesure que l'âge

augmente : 39,1% chez les 25-34 ans, 28,5% chez les 45-59 ans, et seulement 14,6% parmi les 60 ans ou plus ($p < 10^{-3}$).

Ceci reflète, notamment, la généralisation, au cours du 20^{ème} siècle, de la scolarisation en France et l'élévation progressive du niveau de qualification. Toutefois, on le sait, cette généralisation de la scolarisation n'a pas permis de réduire les inégalités sociales face à l'enseignement. De nombreux travaux en sociologie l'ont montré²⁴. Nous ne mentionnerons ici qu'un aspect : parmi les enquêtés dont le père était (lorsqu'ils avaient 16 ans) cadre supérieur ou ingénieur, plus des trois quarts ont un diplôme de l'enseignement supérieur alors que ce n'est le cas que de 29% de ceux dont le père était manœuvre, ouvrier ou employé.

Dans les quartiers étudiés, les personnes de nationalité étrangère sont plus fréquemment sans diplôme que les Français : 40,8% n'ont obtenu aucun diplôme (ou seulement le Certificat d'études primaires), tandis que cette proportion n'est « que » de 15,8% parmi les Français ($p < 10^{-3}$). Les étrangers sans aucun diplôme sont presque exclusivement des personnes qui ont passé à l'étranger la majorité de leur enfance jusqu'à 16 ans.

Par ailleurs, les étrangers diplômés du supérieur sont proportionnellement deux fois moins nombreux que les Français : 21,2% contre 47,0% ont un diplôme au minimum de niveau Bac+2 ($p < 10^{-3}$).

Nous avons interrogé directement les personnes sur leur niveau de satisfaction concernant leur formation scolaire. Si la majorité se déclare satisfaite, on doit souligner que 22,0% ne sont « plutôt pas satisfaits » et que 8,2% ne sont même « pas du tout satisfaits » de leur formation. Le niveau de satisfaction s'avère très lié à la situation professionnelle. Ce sont les chômeurs qui se déclarent le plus souvent insatisfaits : c'est le cas de 43,1% d'entre eux, contre 36,3% des retraités, 29,5% des autres inactifs et, enfin, seulement 26,4% des personnes qui exercent un emploi ($p = 0,003$).

2- Difficultés pour lire et écrire en Français

En lien avec le niveau scolaire, mais pas uniquement, différentes personnes présentent une mauvaise maîtrise du Français, ce qui peut constituer un handicap non seulement dans le domaine de l'emploi mais plus largement dans de nombreux domaines de la vie sociale.

Plus d'une personne sur dix relate des difficultés pour lire ou écrire en Français

Pour appréhender ces problèmes de maîtrise de la langue, nous avons interrogé les enquêtés sur les éventuelles difficultés qu'ils ressentaient, d'une part à lire et, d'autre part, à écrire le Français. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

²⁴ Voir notamment : Chauvel L. Reproduction de la reproduction scolaire. *Mouvements*, n°5, 1999 : 10-19.
Boudon R. *La logique du social*. Paris, Hachette, 1983 (2^{ème} édition).
Bourdieu P, Passeron JC. *La reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris, Editions de Minuit, 1970.

DIFFICULTES POUR LIRE ET ECRIRE EN FRANÇAIS SELON LA NATIONALITE (EN %)

	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Pas de difficultés
Pour lire en Français			
Français	0,4	2,4	97,2
Etranger	10,4	23,0	66,7
Ensemble	2,4	6,7	90,9
Pour écrire en Français			
Français	1,4	2,3	96,3
Etranger	15,8	26,2	57,9
Ensemble	4,4	7,1	88,4

Source : SIRS Paris 20^{ème} 2003.

Près d'un enquêté sur dix déclare avoir « beaucoup » ou « quelques difficultés » pour lire en Français (respectivement 2,4% et 6,7%). Concernant l'écriture, ces chiffres sont un peu plus importants : 4,4% rapportent « beaucoup » et 7,4% « quelques difficultés » en ce domaine. A titre de comparaison, la même question a été posée dans les 5 ZUS franciliennes que nous avons enquêtées en 2001. Elle avait conduit à des taux de 85,5% et 84,2% de personnes ne déclarant aucune gêne respectivement pour lire et pour écrire en Français.

Des difficultés différentes selon la nationalité, l'âge, la nationalité des parents et le statut professionnel

Nous avons construit un score tenant compte des difficultés ressenties à la fois dans le domaine de la lecture et de l'écriture.

Ces difficultés sont plus fréquemment rencontrées par la population étrangère, mais elles concernent également des personnes de nationalité française. Parmi ces dernières, les personnes ayant un ou deux parents étrangers sont le plus concernées. En effet, si 98,0% des français de parents français n'éprouvent aucune difficulté ni pour lire, ni pour écrire en Français, cette proportion passe à 89,8% des français d'origine étrangère, et à seulement la moitié (55,2%) des étrangers ($p < 10^{-3}$).

DIFFICULTES A LIRE ET A ECRIRE EN FRANÇAIS SELON L'AGE (EN %)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	60 ans ou +	ensemble
aucune difficulté	97,1	87,1	84,0	87,6	84,0	87,7
quelques difficultés	2,9	9,9	13,4	7,3	5,3	8,3
beaucoup de difficultés	0	3,0	2,6	5,2	10,7	4,0
	100	100	100	100	100	100

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

Comme on pouvait s'y attendre, les difficultés de lecture ou d'écriture sont statistiquement liées à la situation professionnelle. Ainsi, les personnes ayant des difficultés dans ces domaines sont d'autant plus nombreuses que la catégorie socioprofessionnelle diminue. Par ailleurs, elles sont proportionnellement plus nombreuses parmi les chômeurs et les inactifs (non retraités) : respectivement 18% et 17%, contre 10% chez les personnes qui occupent un emploi et 9% parmi les retraités.

DIFFICULTES A LIRE ET A ECRIRE EN FRANÇAIS SELON LA SITUATION PROFESSIONNELLE
(EN %)

	actif	chômeur	retraité	autre inactif	ensemble
aucune difficulté	90,1	83,2	89,1	82,0	87,7
quelques difficultés	6,7	12,4	4,7	14,0	8,3
beaucoup de difficultés	3,2	4,4	6,3	4,0	4,0
	100	100	100	100	100

p=0,02 - Source : SIRS Paris 20^{ème} 2003.

Par contre, on n'observe pas de différences significatives concernant les difficultés à lire et à écrire en Français selon le quartier de résidence ni selon le sexe.

II. La situation au regard de l'emploi

1- Le statut professionnel

Sur l'ensemble des quartiers étudiés, 55,7% des enquêtés occupent un emploi, 14,5% sont à la retraite ou en pré-retraite, 12,8% se déclarent au chômage, 7,6% en cours d'étude, 6,9% inactifs au foyer et, enfin, 2,4% se déclarent invalides (qu'ils soient ou non indemnisés pour leur situation d'invalidité). D'une manière générale, la situation au regard de l'emploi est donc plus difficile dans les quartiers étudiés que dans l'ensemble des quartiers franciliens.

SITUATION VIS-A-VIS DE L'EMPLOI SUIVANT LES QUARTIERS (EN%)

	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble	Paris 1999 (15-74 ans)
TOTAL actifs ayant un emploi	57,2	52,5	55,7	46.0
CDI	36,2	41,4	37,9	
CDD	13,3	6,8	11,1	12.4
Emploi aidé, contrat d'apprentissage ou en alternance, CES, emploi jeune...	1,7	0,7	1,3	1.5
Formation rémunérée, programme TRACE...	0,7	0,3	0,6	1.0
A son compte, aide familiale	4,5	3,4	4,2	
Travail non déclaré	0,8	0,0	0,6	
TOTAL chômeurs	10,8	16,9	12,8	6.4
<i>Dont au sein des actifs</i>	15,6	24,4	18,6	12.0
Chômeur indemnisé, inscrit à l'ANPE	5,1	10,2	6,7	
Chômeur non indemnisé, inscrit à l'ANPE	3,9	4,1	3,9	
Chômeur non inscrit à l'ANPE	1,9	2,7	2,1	
TOTAL inactifs	32,0	30,5	31,5	47.0
Etudiant	8,6	5,8	7,6	10.7
Au foyer	6,4	7,8	6,9	32.0
Malade, invalide ou handicapé indemnisé	1,7	3,4	2,2	
Malade, invalide ou handicapé reconnu non indemnisé	0,3	0,0	0,2	
Retraité ou préretraité	15,0	13,6	14,5	15.5

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

Vis-à-vis de l'emploi, la population des quartiers étudiés est donc marquée par un taux de chômage important, supérieur aux moyennes de l'arrondissement, de Paris et de l'ensemble de la Région Ile-de-France.

Les jeunes de moins de 25 ans sont les plus touchés par le chômage (23,8% des actifs âgés de 18 à 24 ans) et par les statuts précaires (35,2%). En d'autres termes, moins de la moitié des actifs de cette classe d'âge peut compter sur un emploi « pérenne » (CDI).

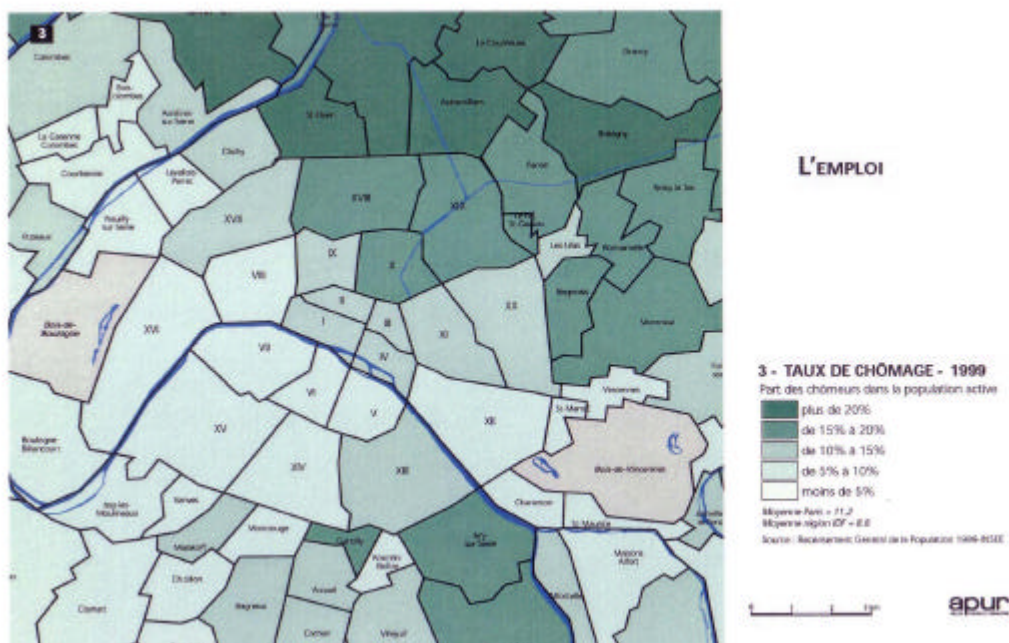
Les étrangers et les Français d'origine étrangère sont particulièrement touchés, et significativement plus souvent que les Français de parents français, par le chômage et la précarité de l'emploi (p=0,05). On compte ainsi 25,8% de chômeurs parmi les actifs étrangers contre 16,1% parmi les Français ayant au moins un parent français.

2-Les personnes au chômage

L'un des points communs à la plupart des quartiers relevant de la Politique de la ville est un fort taux de chômage. Ainsi, au recensement de 1999, la proportion de chômeurs au sein de la

population active dans les ZUS était deux fois plus élevée que sur l'ensemble du territoire national.²⁵ Cette tendance se retrouve également en Ile-de-France où 19,6% des actifs se déclaraient chômeurs dans les ZUS, alors que le taux de chômage s'élevait pour la région francilienne à 11,5%.²⁶

TAUX DE CHOMAGE PAR ARRONDISSEMENT OU COMMUNE (RECENSEMENT 1999)



Un taux de chômage plus important que la moyenne d'Ile-de-France

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

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

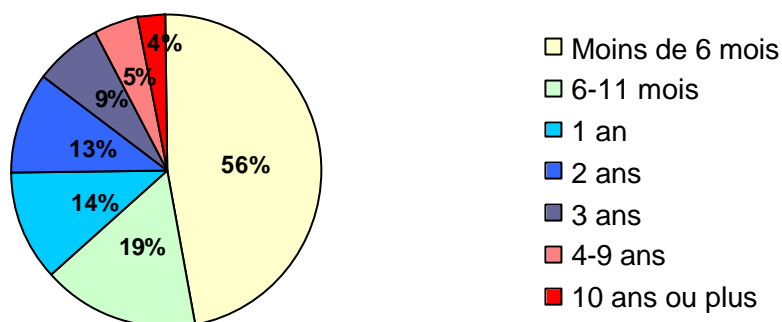
²⁵ Le Toqueux JL, Moreau J. Les zones urbaines sensibles. Forte progression du chômage entre 1990 et 1999. *Insee Première*, n°835, mars 2002, 4 p.

²⁶ Andrieux V, Herviant J. Les zones urbaines sensibles en Ile-de-France en 1999. *Insee Ile-de-France à la page*, n°205, décembre 2001, 6 p.

Un chômage qui s'inscrit dans la durée

Plus d'un tiers (37%) des chômeurs est au chômage depuis moins de 6 mois, 12,0% depuis un mois ou moins, et un quart (25,0%) depuis une durée comprise entre 2 et 5 mois. Mais dans l'ensemble, le chômage tend à s'inscrire dans la durée. Ainsi, 46,1% des personnes au chômage sont dans cette situation depuis plus d'un an, ce qui est légèrement supérieur à ce que l'on observe sur l'ensemble de la France (où 42,7% des chômeurs étaient dans ce cas au premier trimestre 2003²⁷). En moyenne, les personnes sont au chômage depuis environ 1 an et demi.

REPARTITION SELON LA DUREE DE CHOMAGE (EN %)



Dans les quartiers étudiés, 34,8% des chômeurs se trouvent au chômage du fait d'un licenciement : 18,6% à la suite d'un licenciement collectif, d'une restructuration ou fermeture de l'entreprise, et 16,2% à la suite d'un licenciement individuel. Pour 19,9% d'entre eux, le chômage fait suite à une fin de contrat (CDD, emploi occasionnel ou intérim) et 8,3% n'ont jamais travaillé au moins trois mois de suite.

Si l'on considère l'ensemble des actifs (qui travaillent ou sont au chômage), le chômage concerne tout principalement les ouvriers (23,7%), les professions intermédiaires (17,8%) et les employés (17,2%). Le secteur d'activité le plus touché par le chômage (dans la population enquêtée) est celui des banques et assurances où 35,7% des actifs sont sans emploi, juste avant le secteur de l'industrie (28%).

Si l'on considère les caractéristiques des personnes au chômage, il apparaît qu'avant de perdre ou de quitter leur emploi (lorsqu'ils ont déjà eu une activité), la grande majorité (81,4%) des chômeurs travaillaient pour une entreprise comme salarié tandis que 8,1% travaillaient pour une administration (fonction publique, Etat, collectivités territoriales ou entreprise parapublique). Les chômeurs sont principalement d'anciens employés (35,5%) et des professions intermédiaires (30,8%) – deux fois plus environ que les anciens ouvriers (17,6%), les cadres et professions intellectuelles supérieures représentant 14,9% des personnes au chômage. Enfin, les principaux secteurs d'activité dans lesquels travaillaient les chômeurs sont les services, pour 28,1% d'entre eux, ainsi que le secteur du commerce qui employait 13,6% des chômeurs de notre échantillon et le secteur de la santé pour 9,7%.

²⁷ Bigot JF, Goux G. Enquête sur l'emploi du premier trimestre 2003, *Insee Première*, n°909, Juillet 2003

Plus d'un quart des chômeurs ne pense pas retrouver un emploi prochainement

Sur la centaine de personnes qui se déclarent au chômage, 80,6% disent rechercher actuellement un emploi. Mais parmi elles, seulement 72% pensent qu'elles en auront un prochainement. C'est-à-dire que 28% n'ont pas ou peu d'espoir en ce domaine.

Notons que quelques personnes se déclarant au chômage ont une activité professionnelle, que ce soit des petits boulots, en tant que salarié ou comme indépendant : 12% des chômeurs ont en effet une activité de façon occasionnelle, exceptionnelle ou saisonnière ; et 2% de façon régulière, à longueur d'année.

3- La population ayant un emploi

Une population composée majoritairement de classes moyennes

Du point de vue des Professions et Catégories Sociales (PCS), notre échantillon reflète bien la situation observée en 1999 sur l'ensemble des quartiers de la Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement. Les emplois occupés par la population enquêtée sont en effet d'un niveau inférieur à ceux occupés en moyenne par la population francilienne.

Si l'on compare le niveau des emplois à la situation parisienne, les professions intermédiaires, employés et ouvriers représentent plus de 50% de la population enquêtée contre près de 30% à l'échelle de Paris. Les artisans sont deux fois moins nombreux que dans l'ensemble de Paris. Les cadres représentent 13,2% des enquêtés qui travaillent, contre 18,5% sur l'ensemble des résidents parisiens.

Une mixité socioprofessionnelle à Belleville - Amandiers

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

DISTRIBUTION DES PCS PAR ZONE (EN %)

	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble (18 ans et +)	Paris 1999
artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1,7	1,7	1,7	3,2
cadres et professions intellectuelles supérieures	15,8	7,8	13,2	18,5
professions intermédiaires	19,0	23,1	20,4	12,2
employés	22,1	26,5	23,5	13,0
ouvriers	8,9	8,2	8,7	5,5
retraités	14,5	13,6	14,2	15,5
autres sans activité professionnelle	18,0	19,0	18,4	32,0

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

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

Parmi les salariés ayant un emploi, 18,7% travaillent moins de 35 heures par semaine. Sans que ce temps partiel paraisse réellement imposé (seuls 5% disent qu'ils sont dans ce cas faute d'avoir pu trouver un emploi à plein temps), il ne satisfait pas totalement les personnes concernées : 19,4% d'entre elles souhaiteraient travailler plus, y compris 10,7% qui souhaiteraient un plein temps.

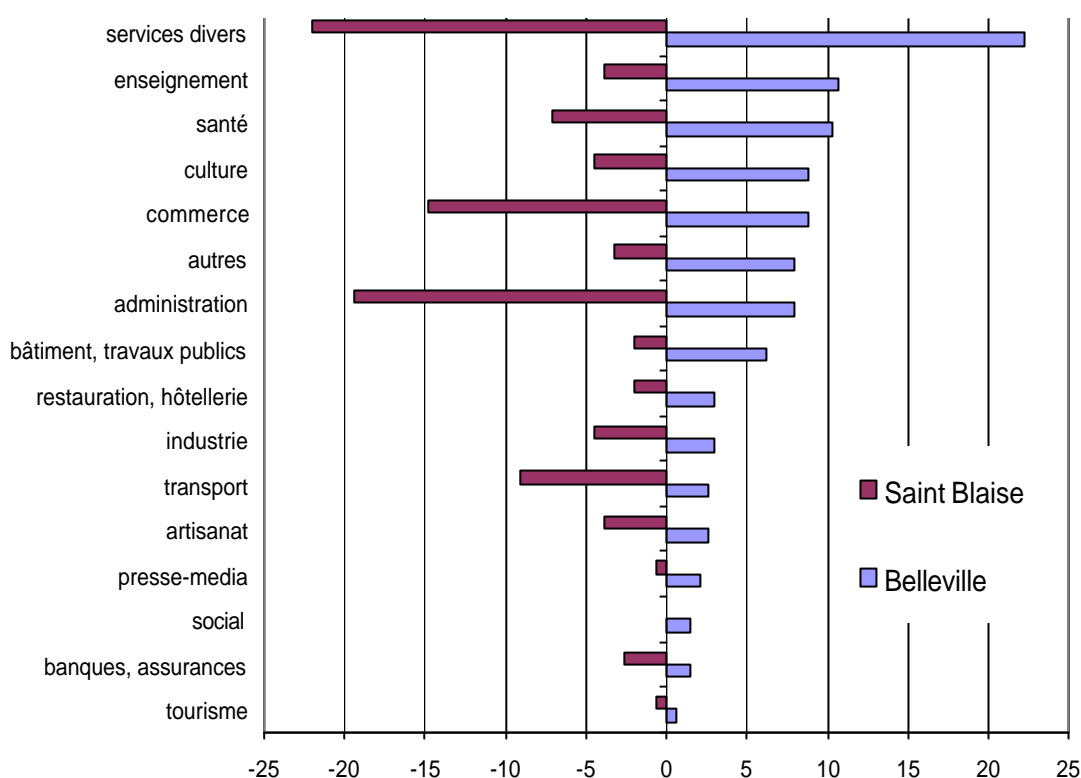
Des secteurs d'activité différents selon le quartier de résidence

L'étude de la répartition des emplois par secteur d'activité permet de caractériser plus finement la situation professionnelle dans les quartiers étudiés. Parmi les actifs ayant un emploi, plus de 22% des enquêtés déclarent travailler dans le secteur des services et près de 12% sont salariés d'une administration. Avec 10,8% d'emplois, le commerce arrive en troisième position dans notre échantillon, suivi de près par la santé (9,3%) et l'enseignement (8,5%). La culture occupe 7,5% des actifs mais le chiffre réel est supérieur puisqu'une part non négligeable des réponses « autres » (6,5%) correspond à des emplois de ce secteur²⁸.

On remarque une forte disparité suivant les quartiers ($p < 10^{-3}$ calculé sur les effectifs supérieurs à 5) : Saint Blaise - Porte de Montreuil est marqué par la place prépondérante qu'occupent les salariés de l'administration, comparativement au quartier Belleville - Amandiers. Dans ce dernier quartier par contre, on observe une surreprésentation relative des enseignants et des actifs de la culture. Les secteurs les moins « protégés » comme ceux du bâtiments ou de la restauration sont plus présents à Belleville - Amandiers, tandis que ceux du commerce et du transport sont davantage représentés à Saint Blaise - Porte de Montreuil.

²⁸ Cette remarque est aussi valable pour les secteurs du social, du tourisme, de la restauration et de la presse – média.

REPARTITION DES EMPLOIS PAR SECTEUR D'ACTIVITE SELON LE QUARTIER DE RESIDENCE (EN %)

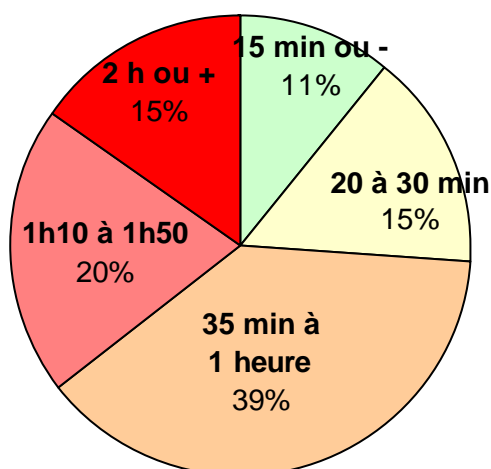


20% des actifs occupés travaillent dans le 20^{ème} arrondissement

Les personnes travaillent en majorité dans Paris intra-muros : 60,7% des enquêtés sont dans ce cas, 26,0% travaillent hors Paris, 10,0% ont un lieu de travail changeant et, enfin, 3,3% exercent à domicile. Pour ceux qui exercent à Paris, les lieux habituels de travail se répartissent sur l'ensemble du territoire de la capitale. Une personne sur cinq (20,9%) travaille dans le 20^{ème} arrondissement (ce qui représente 12,3% de l'ensemble des personnes ayant un emploi).

La durée quotidienne de trajet entre le domicile et le travail est en moyenne de 64 minutes (67 minutes pour les hommes et 61 minutes pour les femmes). Ce temps de trajet est inférieur à ce qu'on observe sur l'ensemble de l'Ile-de-France, mais similaire à la moyenne constatée sur l'ensemble des ZUS franciliennes. Mais cette moyenne cache des disparités importantes. Ainsi, 26% des enquêtés ne passent pas plus d'une demi-heure par jour dans les trajets domicile-travail. Pour eux, la résidence dans Paris intra-muros constitue probablement un avantage spécifique. Mais 15% des enquêtés mettent chaque jour au moins deux heures pour aller à leur travail et en revenir – avec un maximum de 4 heures pour cinq enquêtés ; ceci peut être problématique quand on sait le stress et la fatigue qu'occasionnent généralement les longs trajets journaliers et quotidiens.

DUREE QUOTIDIENNE DE TRAJET ALLER-RETOUR ENTRE LE DOMICILE ET LE TRAVAIL



n=472

Ne passer qu'une demi-heure ou moins chaque jour dans les trajets domicile - travail est plus fréquent parmi les artisans, commerçant ou chefs d'entreprise (37,5%) ainsi que parmi les employés (33,7%) ; mais cela ne concerne que 16,1% des ouvriers.

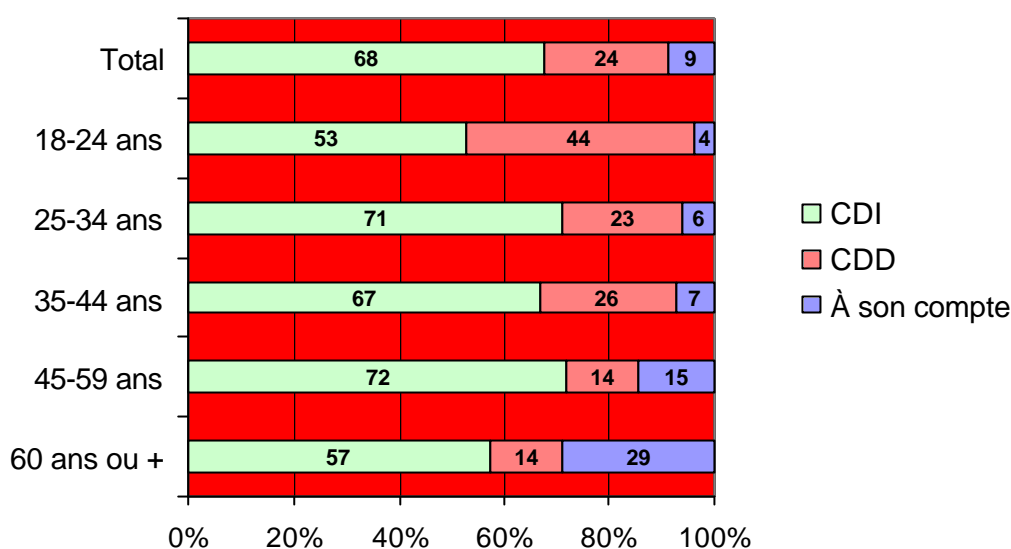
4- La précarité de l'emploi

Parmi les actifs ayant un emploi, la proportion de statuts précaires s'élève à 23,4%, contre 12,8% au niveau de l'Ile de France

Nous l'avons déjà évoqué, la précarité de l'emploi est importante dans notre population d'étude. Elle concerne directement un tiers environ des actifs qui travaillent. En effet, parmi les personnes qui occupent un emploi au moment de l'enquête (n=496), seuls 67,9% ont un contrat à durée indéterminée (CDI) ; 20,0% sont en contrat à durée déterminée (CDD) ; 3,4% bénéficient de mesures d'aide à l'emploi (contrat aidé, emploi jeunes, etc.), du programme TRACE ou sont en stage de formation rémunéré ; enfin, 8,7% travaillent à leur compte ou de façon non déclarée.

La précarité de l'emploi est particulièrement fréquente chez les personnes de moins de 25 ans, et diminue avec l'âge : 43,6% des 18-24 ans sont en CDD ou en contrat aidé, contre 13,7% des 45-59 ans. Par contre, dans notre échantillon, le statut de l'emploi occupé n'est pas statistiquement différent selon le sexe et la nationalité.

STATUT DE L'EMPLOI OCCUPE PAR CLASSE D'AGE (EN %)



Source : SIRS Paris 20^{ème} 2003.

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

Une précarité des statuts principalement chez les ouvriers et les professions intellectuelles et artistiques

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

On peut rappeler ici que les ouvriers cumulent aussi les difficultés d'accès à l'emploi puisque c'est aussi parmi eux que l'on compte le plus de chômeurs (23,7%).

17% des personnes estiment très probable qu'elles n'occuperont plus leur emploi actuel d'ici un an

On peut affiner l'analyse de la précarité de l'emploi en intégrant la perception qu'ont les enquêtés de l'évolution probable de leur situation au cours des mois à venir. La précarité perçue du travail occupé est très élevée. En effet, 16,5% des personnes qui occupent un emploi considèrent comme « très probable » le risque de perdre ou de quitter leur emploi dans l'année à venir (ou, pour les chefs d'entreprise, de fermer leur entreprise), et 18,9% considèrent ce risque comme « plutôt probable ».

5- La satisfaction à l'égard de son travail

Les personnes qui occupaient un emploi au moment de l'enquête (n=496) ont été interrogées sur les éventuelles satisfactions que leur procure leur travail, dans les domaines suivants : la rémunération, les perspectives de carrière, les avantages sociaux, les relations avec leurs collègues, les relations avec leurs supérieurs hiérarchiques et enfin leurs horaires de travail. Il est intéressant de noter que le domaine dans lequel les personnes sont le plus satisfaites concerne les relations avec les collègues (90,5% des actifs occupés de notre échantillon étant très ou plutôt satisfaites en ce domaine).

REPARTITION SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION SUR DIFFERENTES DIMENSIONS DE L'EMPLOI OCCUPE (EN %)

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait
La rémunération	12,2	47,3	23,3	17,2
Les perspectives de carrière	7,6	43,6	26,9	22,0
Les avantages sociaux	8,2	40,9	21,5	29,3
Les relations avec les collègues	38,1	52,4	6,4	3,1
Les relations avec les supérieurs	24,9	56,4	11,1	7,6
Les horaires de travail	27,9	56,3	9,4	6,5

Source : SIRS Paris 20^{ème} 2003.

Des scores ont été construits en additionnant les « notes » obtenues pour chacun des items de satisfaction au travail (puis en les divisant par le nombre de réponses données). Ces notes sont de 1 point ou 2 points respectivement lorsque l'enquêté a répondu qu'il est « plutôt satisfait » ou « très satisfait » ; de -1 ou -2 points lorsqu'il est « plutôt pas satisfait » ou « pas satisfait du tout » ; et de 0 en cas de non réponse (« ne sait pas » ou « non concerné »). On obtient ainsi un score pouvant varier de -2 (pas du tout satisfait pour toutes les dimensions répondues) à +2 (très satisfait pour toutes les dimensions répondues).

Un premier score concerne la satisfaction dans le domaine des relations avec les collègues et les supérieurs. C'est celui où les enquêtés sont le plus satisfait et le plus nombreux à l'être : 22,8% des personnes se disent très satisfaites. Toutefois, 1 enquêté sur 5 (20,9%) n'a pas plus de satisfactions que d'insatisfactions dans ces domaines.

Un deuxième score concerne la satisfaction en matière de rémunération et d'avantages sociaux. Sur ce point, les insatisfactions sont fréquentes : 41,5% des enquêtés ont plus de réponses négatives que de réponses positives ; et seuls 5,7% sont très satisfaits.

Enfin, selon le score global, c'est un quart des enquêtés qui au total exprime davantage de réponses négatives que de réponses positives. Et pour 61,1%, l'emploi occupé ne leur apporte pas plus de satisfactions que d'insatisfactions dans les domaines interrogés.

Si la fréquence d'insatisfaction est donc importante, 22,8% des actifs occupés de notre population déclarent toutefois être très satisfaits dans chacun des domaines.

Un travail jugé majoritairement stressant et fatigant

Parallèlement à la satisfaction des individus, il convient de s'interroger sur la nature du travail exercé. La littérature scientifique a mis en exergue un certain nombre de dimensions liées aux tâches professionnelles, qui peuvent avoir un impact sur la vie professionnelle et sur la vie privée des personnes. Les discussions relatives au bien-être au travail intègrent aujourd'hui des dimensions telles que la « pression au travail » ou la possibilité pour l'individu de prendre des décisions quant à la manière de réaliser son travail. En outre, les travaux épidémiologiques ont démontré depuis plusieurs années l'impact sur la santé du stress au travail ou encore l'influence de facteurs relevant de la « latitude de décision/ demande psychologique » ou de la balance « récompense / effort ». ²⁹

Dans notre enquête, nous avons posé une série de questions pour qualifier la qualité des tâches et la pression au travail des enquêtés. Les réponses globales sont présentées dans le tableau ci-dessous.

FREQUENCE DE CERTAINES CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL OCCUPE (EN %)				
	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
Trouve son travail stressant	14,8	39,2	33,2	12,8
Rentre du travail épuisé	17,3	40,3	31,0	11,4
Continue à se soucier des problèmes professionnels après avoir quitté son travail	16,9	33,0	21,7	28,3
Son travail l'empêche de consacrer le temps souhaité à sa famille	9,8	20,3	30,4	39,5
A son mot à dire concernant son travail	29,7	42,1	18,6	9,7
Son travail est intéressant	42,4	40,5	11,7	5,4

Source : SIRS Paris 20^{ème} 2003.

Pour nombre d'enquêtés, les caractéristiques de leur emploi risquent d'affecter directement leur vie privée, du fait de la fatigue engendrée, du fait de contrariétés persistantes et/ou d'un empiètement sur le temps accordé à sa famille. Ainsi, 57,6% des enquêtés affirment rentrer du travail épuisé «souvent » ou «très souvent » : les femmes sont davantage concernées que les hommes (63,1% contre 51,5%). Seuls 11,4% des enquêtés disent que cela ne leur arrive jamais. Parallèlement, la moitié des enquêtés (49,9%) disent continuer à se soucier des problèmes professionnels après avoir quitté leur travail « souvent » ou « très souvent ». Et pour 30,1% d'entre eux, il est fréquent que le travail les empêche de consacrer le temps qu'ils souhaiteraient à leur famille – sans différences significatives selon le sexe.

La question du stress au travail touche un plus de la moitié des personnes enquêtées : 54,0% trouvent «souvent » ou «très souvent » que leur travail est stressant. Toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées dans des proportions importantes ; mais ce sont les

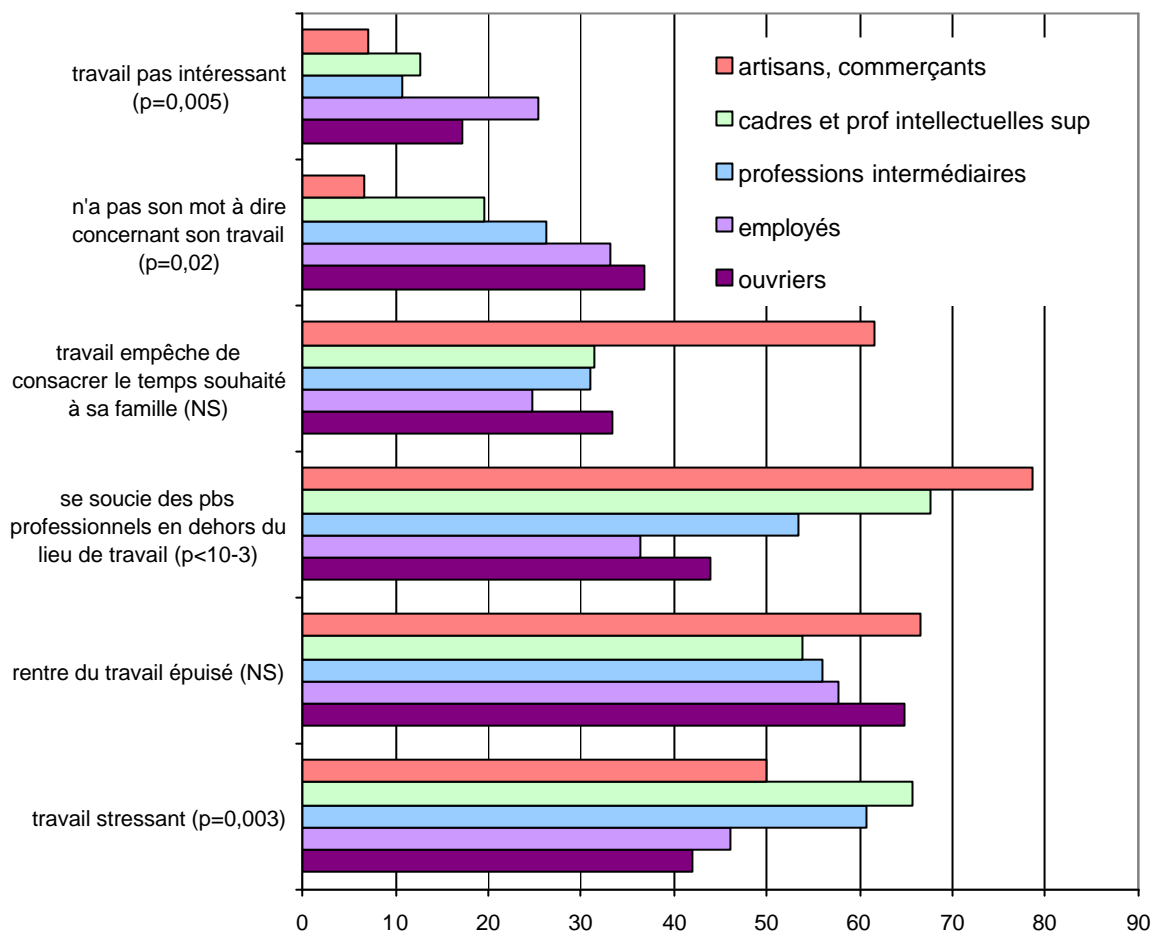
²⁹ Karasek RA, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of work life*. New York, Basic Books, 1990.

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

Siegrist J, Peter J, Junge A, Cremer A, Seidel D. Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Social Science and Medicine*, 1990, 31: 1127-34.

cadres et professions intellectuelles supérieures qui sont le plus touchées (à 65,7%) ainsi que les professions intermédiaires (60,8%).

CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL OCCUPE SELON LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE (% DE REPONSES « SOUVENT » OU « TRES SOUVENT »)



Source : SIRS Paris 20^{ème} 2003.

Un quart des actifs déclarent une latitude faible ou nulle dans leur travail, pourtant jugé majoritairement intéressant

Le niveau de contrôle sur son travail apparaît limité pour plus d'une personne sur quatre : 9,7% n'ont jamais leur mot à dire concernant leur travail, et 18,6% ne l'ont que rarement. Cela est d'autant plus marqué que l'on descend dans la hiérarchie des statuts professionnels (p=0,02) – les ouvriers étant 36,8% à n'avoir jamais ou que rarement une marge de décision concernant leur propre travail. Si les autres PCS sont moins touchées par ce problème, elles le sont toutefois de manière non négligeable ; c'est le cas par exemple de 19,6% des cadres et professions intellectuelles supérieures.

La majorité des enquêtés estiment que leur travail est intéressant « très souvent » (pour 42,4% d'entre eux) ou « souvent » (40,5%). Les employés sont les plus nombreux (25,4%) à considérer que leur travail est « rarement » ou « jamais » intéressant, contre 17,2% des

ouvriers, 12,7% des cadres et professions intellectuelles supérieures, 10,8% des professions intermédiaires et, enfin, seulement 7,1% des artisans commerçants ($p=0,005$).

Un tiers des enquêtés occupent un emploi de niveau inférieur à leur qualification

Enfin, pour appréhender l'emploi et le rapport à son emploi, nous avons interrogé les enquêtés sur le niveau de qualification de leur travail. Les deux tiers des enquêtés (61,0%) estiment que leur emploi correspond à leur qualification ou à leurs capacités. Pour 6,4%, il est plus qualifié que ce qu'ils avaient appris ou fait auparavant, ce qui peut être positif lorsque la personne a su intérioriser de nouvelles compétences. Par contre, pour un tiers (32,5%), l'emploi occupé est moins qualifié que ce qu'ils savent faire. Cette situation peut relever d'un choix personnel positif ; mais dans de nombreux cas probablement, cela résulte du fait que la personne ne trouve pas d'emploi correspondant à ses qualifications et décide par défaut d'occuper un poste moins qualifié. Les emplois sous qualifiés concernent plus souvent les hommes que les femmes (38,2% vs 24,7%, $p=0,02$). Les étrangers sont également particulièrement concernés (43,2%), ainsi que les plus jeunes (37,0% des 18-24 ans). Lorsqu'elle n'est pas choisie, cette situation risque d'avoir des effets négatifs sur la motivation et l'investissement personnel dans l'emploi occupé.

6- Récapitulatif de la vie professionnelle

Pour conclure ce chapitre sur la situation au regard de l'emploi, nous proposons un tableau récapitulatif certaines difficultés ou ruptures vécues dans le cadre professionnel.

Nous préciserons également que sur l'ensemble des enquêtés (y compris ceux qui n'occupent pas d'emploi actuellement), 9,2% disent travailler plus de 10 heures par jour presque tous les jours. Il n'est pas anodin de constater que certaines personnes « au foyer », considérées inactives, ont répondu travailler plus de 10 heures journalièrement, presque tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

DIFFICULTES DANS LE CADRE PROFESSIONNEL (EN %)

A connu au moins une période de chômage de plus de 6 mois	41,9
Racisme ou discrimination au travail ou en cherchant un emploi	12,2
La réputation de son quartier a déjà nui à sa recherche d'emploi	2,6
Se sent jugé négativement du fait de ses revenus ou de sa situation professionnelle	13,1
Satisfaction au travail *	
Non satisfait (score global de -2 à 0 exclu)	26,5
Moyennement satisfait (score global de 0 à 1 inclus)	52,1
Très satisfait (score global de 1 à 2)	21,4

* Les données sur la satisfaction au travail ne concernent que les personnes qui occupent un emploi au moment de l'enquête - Source : SIRS Paris 20^{ème} 2003.

Ressources financières

I. Aisance et pauvreté des populations

La question des revenus des ménages est un point de passage délicat pour toute enquête statistique tentant d'en approcher empiriquement une mesure. Cette question est généralement la moins bien acceptée par les personnes enquêtées et c'est celle qui conduit à des refus de réponse les plus fréquents et ou aux réponses les plus biaisées. Notre enquête n'a pas dérogré à la règle et les données manquantes ou erronées sur la question des revenus ont été nombreuses. Pour dépasser cet obstacle et tenter une analyse des ressources des ménages habitant les quartiers repérés par l'étude, l'équipe de recherche a mis au point un modèle statistique permettant d'estimer les données de revenus manquantes. Ce modèle linéaire construit à partir de diverses caractéristiques des individus appartenant aux ménages enquêtés, tant démographiques (âge, sexe) que socioprofessionnelles (situation au regard de l'emploi, niveau d'éducation, PCS, durée du travail, etc.), a permis d'affecter aux revenus manquants une valeur prédite par le modèle et jugée proche de la situation réelle.

Nous tenterons dans ce chapitre d'aborder la question de la pauvreté monétaire. Il est à présent admis que la pauvreté est un phénomène multidimensionnel qui ne saurait se résumer à la faiblesse des ressources monétaires³⁰. Cela étant dit, la dimension économique mesurée notamment par l'approche monétaire reste un élément important à prendre en compte. Cette approche consiste à considérer comme pauvres les ménages dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil. Bien sûr, la définition de ce seuil est un moment décisif de l'analyse. Un niveau de pauvreté peut en effet varier du simple au triple sur une zone donnée en fonction du seuil choisi (50% du revenu médian de l'ensemble des ménages, 40% ou 60%, etc.) et du concept retenu (référence nationale ou régionale, etc.)³¹. De façon «classique», nous retiendrons ici le seuil de pauvreté défini par l'Insee et utilisé par l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, à savoir la moitié du revenu médian de l'ensemble des ménages français. Afin de tenir compte de la composition des ménages, les revenus sont calculés par Unité de Consommation³².

³⁰ Et si un doute persistait sur la question, le présent rapport devrait s'avérer éclairant.

³¹ Martinez C. Une mesure de la pauvreté en Ile de France en 2000, *Ile de France à la page*, Insee, Octobre 2003
Guillemin O., Roux V. Comment se détermine le niveau de vie d'une personne ? *Insee Première* n°798, Juillet 2001.

³² 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 et moins comptent pour 0,3 unité chacun).

Une distribution des revenus très écartée en lien avec la structure composite des quartiers

Sur la question des revenus des ménages comme sur d'autres, la population des quartiers prioritaires de la Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement diffère fortement du portrait socioéconomique classique de ce type de territoires. En effet, du fait de l'installation croissante, en plusieurs endroits du quartier, de représentants des classes aisées et de la persistance de foyers de grande pauvreté, la distribution des revenus par unité de consommation s'étale de 0€ par mois et par Unité de Consommation³³ à 10 000 €UC. Le revenu mensuel moyen par unité de consommation est de 1357,26€. Ce chiffre est élevé par rapport à ce qui avait été observé au sein des 5 ZUS franciliennes en 2001 (754€/UC/mois) mais il cache, on vient de le voir, d'importantes disparités (son écart type est de 848,5 €UC).

DECOMPOSITION EN QUARTILES DE LA DISTRIBUTION DES REVENUS

Quartiles	Plages de revenus mensuels par UC
Q1	0 – 762,2 €
Q2	766,6 – 1188,9 €
Q3	1194,4 – 1733,3 €
Q4	1746,6 – 10000 €

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003.

Cette forte dispersion autour du revenu moyen, étonnante pour un quartier prioritaire de la Politique de la ville, ne l'est pas outre mesure si l'on se replace dans le contexte parisien. Paris est en effet singulier sur ce point puisque c'est en son sein que l'on observe les plus fortes disparités de toute la métropole, au niveau cantonal, entre bas et hauts revenus³⁴.

15,6 % 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 quartiers prioritaires de la Politique de la ville 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. On vient de voir que le revenu mensuel moyen par unité de consommation était élevé sur nos quartiers d'étude, mais qu'il se caractérisait par une disparité importante. De ce fait, malgré un revenu mensuel moyen par UC représentant près du double de celui observé en 2001, la proportion de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté au sens de l'INSEE³⁵ reste très élevée (15,6% vs 18% pour les 5 ZUS étudiées en 2001). Au total, la proportion de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté reste donc très supérieure à ce que l'on observait en France en 2001 (10,3 %)³⁶.

³³ Ce cas extrême a été vérifié, il correspond *a priori* à une situation plausible pour l'enquêté en rupture de droit au moment de l'enquête.

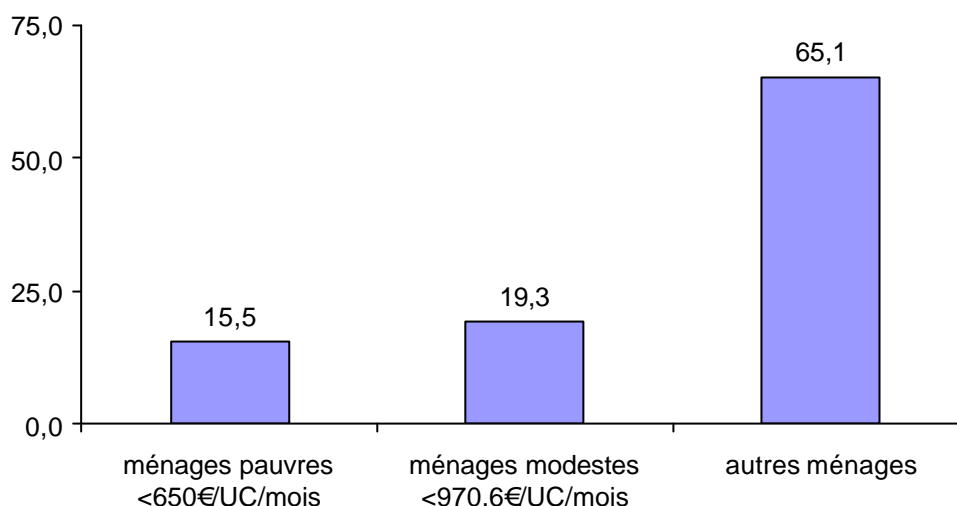
³⁴ Martinez C. Les revenus 2000 déclarés par les ménages franciliens, *Ile de France à la Page*, Insee, n°224, juin 2003.

³⁵ 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 2003, 650 Euros par mois.

³⁶ Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, *Les travaux 2001-2002*, Paris, La Documentation Française, 2002.

En partant des chiffres donnés en 2002 par l'INSEE, il est possible de reconstituer approximativement la limite supérieure d'une classe dite des ménages modestes (970,6 €/UC/mois). Notre population d'étude se répartit alors de la façon suivante :

REPARTITION DES MENAGES SUIVANT LES SEUILS DE REVENU INSEE (EN %)



Sources: Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003. Données non pondérées.

II. Qui sont les ménages pauvres ?

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

Les jeunes plus touchés par la pauvreté que leurs aînés

Le niveau de revenus diffère fortement selon les classes d'âge, et de façon significative. Les jeunes (18-24 ans) sont beaucoup plus affectés que leurs aînés par la faiblesse des revenus : 27,5% d'entre eux vivent en effet dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ces résultats n'ont rien de surprenant, plusieurs études tendant à confirmer que les moins de 25 ans ont un niveau de vie plus faible que le reste de la population. Cette pauvreté relative des enquêtés de 18 à 24 ans peut s'expliquer par la conjugaison de deux effets. D'une part, du point de vue de l'activité : l'entrée dans la vie active des jeunes s'accompagne de revenus plus faibles que la moyenne. D'autre part, du point de vue de la cohabitation/décohabitation : lorsqu'ils vivent seuls ou en couple, ces jeunes forment des ménages autonomes à faibles revenus ; et lorsqu'ils vivent encore chez leurs parents, ils représentent une charge qui grève le budget des ménages³⁷. Le tableau suivant présente plus finement les situations de pauvreté des jeunes selon cette question de la cohabitation.

³⁷ Guillemain O., Roux V. Comment se détermine le niveau de vie d'une personne ? *Insee Première* n°798, Juillet 2001.

REPARTITION DES TYPES DE MENAGES VIVANT EN DESSOUS DU SEUIL DE PAUVRETE QUAND
LA PERSONNE INTERROGEE A MOINS DE 25 ANS

Type de ménage	Effectif de ménages pauvres	Pourcentage de ménages pauvres*	Effectif total
personne seule	8	31%	26
couple sans enfant	5	25%	20
couple avec enfant	1	13%	8
famille monoparentale	0	0	0
ménage familial	2	67%	3
ménage non familial	2	25%	8
jeune avec ses parents	5	28%	18
jeune en famille monoparentale	4	20%	20
Total	27	26%	103

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003. Données non pondérées.

**Note de lecture* : Au sein du sous-échantillon des personnes de moins de 25 ans, 31% des ménages composés d'une personne seule appartiennent à la catégorie des ménages pauvres.

Si l'on écarte le cas très particulier des ménages familiaux du fait d'un effectif global particulièrement faible, et en prenant d'importantes précautions vu la faiblesse générale des effectifs, on peut repérer deux pôles de pauvreté au sein des ménages dont la personne interrogée a moins de 25 ans. Parmi les ménages autonomes, les ménages les plus affectés par la pauvreté sont les personnes seules et les plus « protégés » sont les couples avec enfants (mais les effectifs sont très faibles). Parmi les jeunes habitant encore chez leurs parents, les familles bi-parentales sont plus affectées que les familles monoparentales. Notons que notre échantillon ne compte aucun ménage monoparental autonome tenu par un jeune de moins de 25 ans. La situation des familles monoparentales est cependant toute autre si l'on s'intéresse à l'ensemble des classes d'âge.

Un quart des familles monoparentales conjuguent difficultés sociales et économiques

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

A profil identique, les étrangers sont plus souvent pauvres que les français

Parmi les personnes interrogées, les étrangers sont plus nombreux à vivre dans des ménages pauvres que les Français. En analyse univariée, 30% des ménages dits étrangers peuvent être considérés comme des ménages pauvres contre 16% des ménages français. De manière plus fine, cet effet de nationalité a été recherché en analyse multivariée après ajustement sur l'âge, le nombre d'enfants, l'activité, la PCS et le niveau de diplôme : les étrangers restent de manière significative plus souvent pauvres que les Français aux caractéristiques précédentes identiques.

Le tableau suivant récapitule certaines des caractéristiques individuelles des individus appartenant aux trois classes de ménages définies plus haut au regard de la variable « revenu ».

DISTRIBUTION DES INDIVIDUS PAR CATEGORIES DE MENAGES DEFINIES SUIVANT LEURS REVENUS (EN %)			
	Ménages pauvres selon l'Insee	Ménages modestes	Autres ménages
Sexe (NS)			
Homme	14,9	18,5	66,7
Femme	18,4	21,8	59,8
Age ($p < 10^{-3}$)			
18-24 ans	27,5	24,6	47,8
25-34 ans	16,3	15,0	68,7
35-44 ans	14,5	16,1	69,4
45-59 ans	13,5	20,2	66,3
60 ans et plus	14,4	31,8	53,8
Nationalité ($p < 10^{-3}$)			
Français	13,6	17,1	69,3
Etranger	29,5	32,2	38,3
Quartier (NS)			
Belleville – Amandiers	16,7	20,4	63,0
Saint Blaise – Porte de Montreuil	17,0	20,1	62,9
Activité ($p < 10^{-3}$)			
Actif ayant un emploi	8,1	13,3	78,6
Chômeur	34,5	23,9	41,6
Inactif	25,3	31,3	43,4
Composition familiale ($p < 10^{-3}$)			
personne seule	13,0	16,7	70,4
couple sans enfant	8,6	16,2	75,1
couple avec enfant	19,9	24,9	55,1
famille monoparentale	26,1	23,4	50,5
autre	23,9	19,4	56,7

Sources : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

III. Situation financière des ménages au sein des différents quartiers

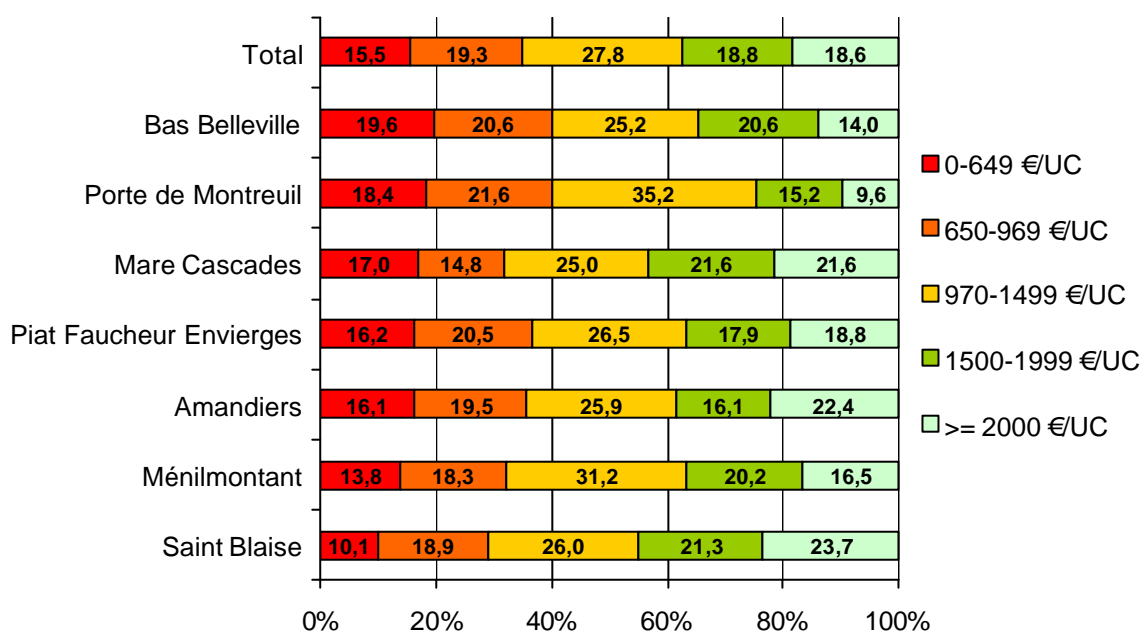
Différents graphiques vont nous permettre d'appréhender la disparité interne aux quartiers étudiés sur le plan des revenus des ménages. Si l'on se réfère à la classification en trois types

(ménages pauvres, modestes et autres), la distribution des ménages n'est pas globalement différente selon les différents du périmètre. Quelques quartiers se singularisent quelque peu, comme celui de Saint Blaise qui compte (avec Mare Cascades) le plus fort pourcentage de ménages « autres » (70,7%). Saint Blaise est aussi le quartier qui accueille le moins de ménages « pauvres » (10,2%). Mare Cascades est celui qui accueille le moins de ménages « modestes » (14,1%). Ce dernier quartier se caractérise donc par une bipolarisation plus importante que les autres entre ménages pauvres d'une part et ménages aisés de l'autre.

Les deux quartiers comptant le moins de ménages « autres » sont Bas Belleville, Piat Faucheur Envierges et Porte de Montreuil avec respectivement 60,6%, 60,5% et 60,9% de ménages appartenant à cette classe de revenu.

Pour une description plus fine, nous avons décomposé la classe « autres » en trois classes de revenus mensuels par Unité de Consommation : 970 à 1499€UC, 1500 à 1999€UC et 2000€UC et plus. La répartition par quartier est alors la suivante :

DISTRIBUTION DES MENAGES PAR CLASSE DE REVENU ET PAR QUARTIER (EN %)



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003 - Données non pondérées

On repère ainsi différents « profils » de quartiers au regard de la situation financière de leurs habitants :

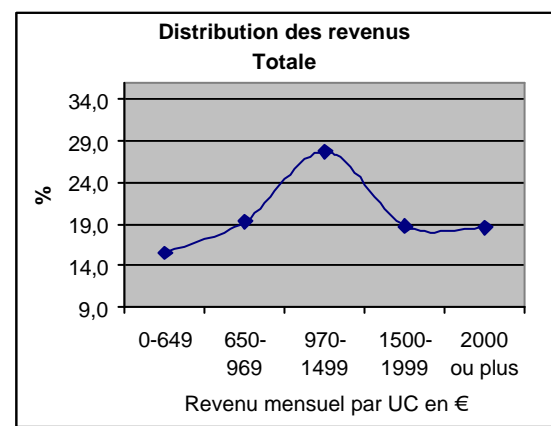
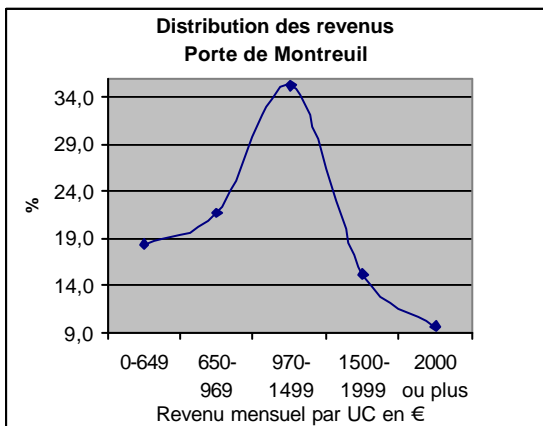
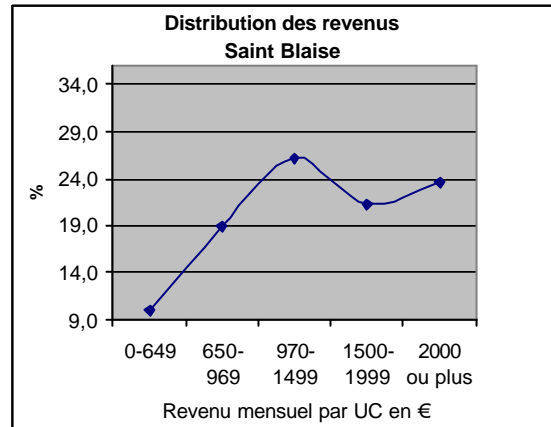
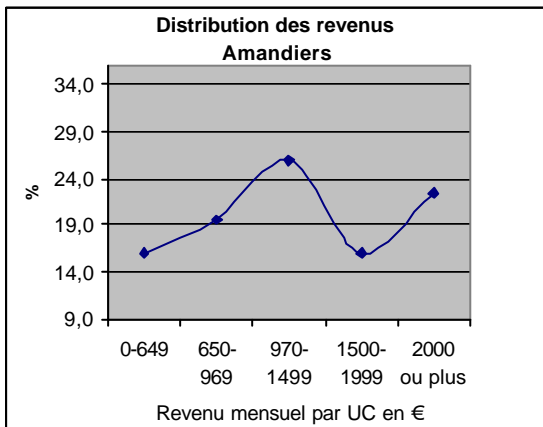
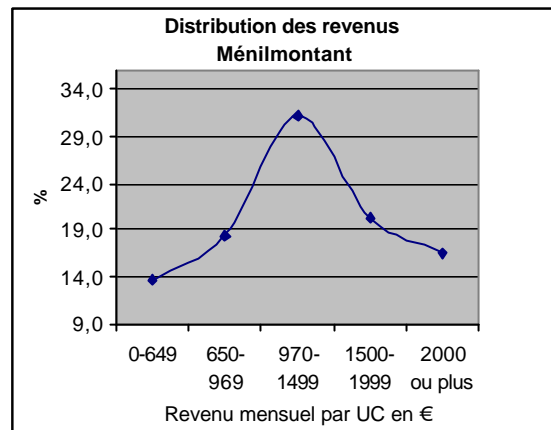
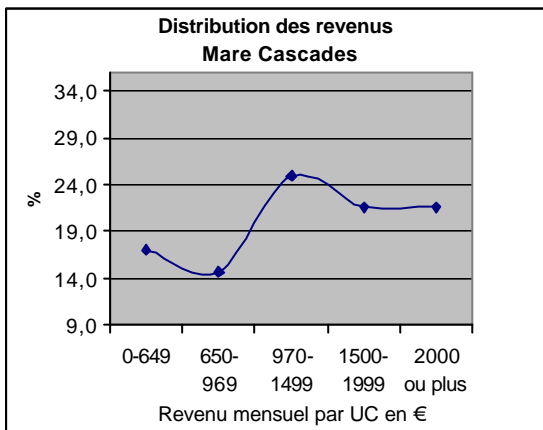
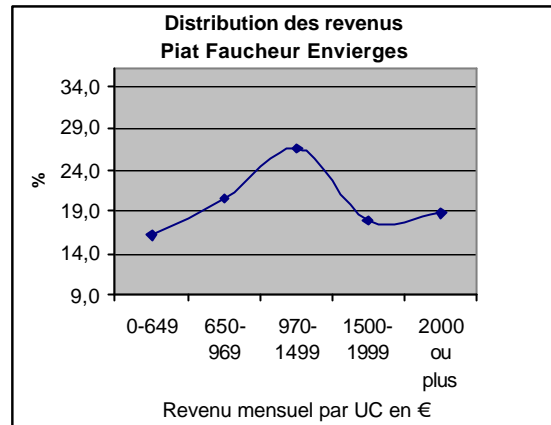
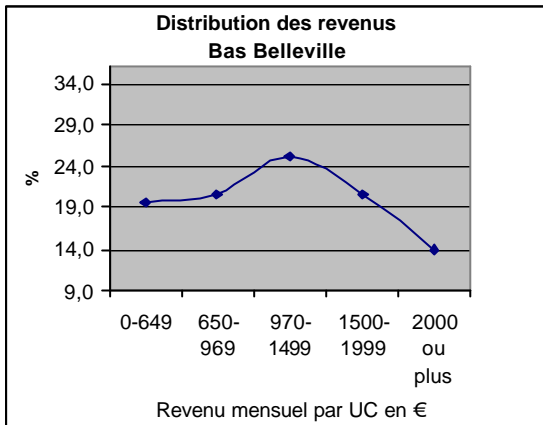
- ✍ des quartiers à forte proportion de ménages pauvres et modestes (+de 40%) comme Bas Belleville – Porte de Montreuil.
- ✍ Des quartiers à forte proportion de ménages « aisés »³⁸ (+de 40%) comme Saint Blaise et Mare Cascades.
- ✍ Des quartiers plus homogènes comme Ménilmontant, Amandiers, Piat Faucheur Envierges

³⁸ Vivant avec plus de 1500 €/UC/mois

La représentation graphique présentée ci-après permet d'appréhender le profil de distribution des revenus dans chacun des quartiers étudiés. Les graphiques présentés ci-dessous correspondent à des distributions par classe de revenu, les courbes n'ont donc d'autre sens ici que d'indiquer la forme de la distribution (la tendance), elles ne correspondent en aucun cas à une quelconque continuité dans la distribution.

Les différences entre les distributions des classes de revenu entre les quartiers renvoient à plusieurs déterminants fortement liés entre eux. On ramènera ainsi les distributions observées au type de logement majoritaire sur le quartier (logement social, locatif privé, propriétés, etc.), à la vocation de ces logements (petits studios pour couple ou personne seule, grands appartements du parc social destiné aux familles nombreuses, etc.), aux prix de l'immobilier dans le quartier, à la distribution des PCS en son sein, etc.

Les distributions singulières de Saint Blaise et de Mare Cascades peuvent ainsi s'expliquer, dans le premier de ces deux quartiers, par un fort taux de logement social qui ne concerne pas les classes de revenu les plus faibles, logées plutôt en locatif privé, foyer ou hôtel meublé. A Mare Cascades, la forte représentation des classes de revenu les plus hautes est quant à elle à rapprocher de l'installation dans ce quartier de nombreux représentants des PCS du type cadres et professions intellectuelles et supérieures.



IV. Sphère professionnelle et pauvreté

Si elles restent majoritaires dans la constitution de la plupart des revenus des ménages, les subsides provenant de l'emploi (salarié ou non) ne sont cependant pas toujours suffisantes pour hisser les ménages au dessus du seuil de pauvreté. Aux côtés des chômeurs de plus ou moins longue durée qui sont, en proportion, la catégorie la plus représentée parmi les ménages pauvres, un certain nombre d'actifs occupés vivent en dessous du seuil de pauvreté.

12,8 % de travailleurs pauvres, la plupart jeunes et/ou étrangers

De tout temps, et aujourd'hui encore, force est de constater que l'emploi ne préserve pas nécessairement de la pauvreté. Ainsi, pour ne parler que de la période la plus récente, depuis le « lumpen prolétariat » jusqu'aux « working poor », les travailleurs pauvres conjuguent emplois précaires (ou exposés) et vulnérabilité économique. Selon la définition anglo-saxonne, est considérée comme travailleur pauvre, toute personne qui, bien qu'active, vit dans un ménage pauvre³⁹. En adoptant (comme nous l'avons fait précédemment) le seuil de pauvreté défini par l'Insee pour 2003, 12,8% des actifs de notre échantillon peuvent être qualifiés 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 était inférieur au seuil de pauvreté⁴⁰.

Si l'on s'intéresse strictement aux personnes actives interrogées dans le cadre de notre enquête, 24,2% des actifs étrangers sont des travailleurs pauvres contre 9,6 % des actifs français ($p < 10^{-3}$). Un tiers des chômeurs sont dans cette situation contre 8,1% des actifs ayant un emploi. Ces derniers forment cependant plus de la moitié (51,3%) du contingent des travailleurs pauvres. C'est la catégorie des jeunes actifs (18-24 ans) qui est la plus affectée par ce phénomène puisqu'un jeune actif sur 5 est un travailleur pauvre dans notre échantillon, contre un actif de 35 à 44 ans sur dix.

Un ménage sur 10 n'a aucun revenu lié à l'emploi

Les sources de revenus reflètent la distance au travail d'une part importante des ménages enquêtés : 10 % n'ont aucun revenu lié à l'emploi, qu'il s'agisse de la rémunération du travail, des retraites ou des assurances chômage. Dans 3% des ménages interrogés, l'une des personnes est bénéficiaire du RMI. Plus d'un ménage sur 10 dans notre échantillon compte sur les assurances chômage pour boucler son budget mensuel ; l'Allocation Spécifique de Solidarité (ASS), elle, semblerait marginale (0,2%).

³⁹ Lagarenne C, Legendre N. Les « travailleurs pauvres », *Insee Première*, n°745, Octobre 2000.

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

*La place de l'aide sociale dans les revenus des ménages*⁴¹

Comme dans la plupart des quartiers prioritaires de la Politique de la ville, les revenus des ménages comprennent une part non négligeable d'aides sociales. En dehors de celles directement liées à l'emploi que l'on a évoqué plus haut, les allocations familiales concernent 16% des ménages, les aides au logement 22%. A titre de comparaison, les données issues de l'enquête SIRS 2001 portant sur 5 ZUS d'Ile de France faisaient état de 42% de bénéficiaires d'allocations familiales et de 39% de ménages recevant une aide au logement.

L'Allocation Parent Isolé (API) concerne 1% des ménages (2% en 2001 dans les 5 ZUS étudiées). Enfin, environ un ménage sur dix compte parmi ses membres au moins une personne bénéficiaire d'un minima social (RMI, AAH, API ou ASS) – chiffre qui peut paraître faible au regard de la composition socio-démographique du quartier.

V. La pauvreté subjective

Pauvreté monétaire et pauvreté subjective sont bien sûr corrélées mais ne sont toutefois pas systématiquement équivalentes. Afin d'affiner la question de la situation financière, les personnes enquêtées étaient soumises, en plus du détail « objectif » des ressources de leur ménage, à plusieurs questionnements sur leur situation financière ressentie.

Des périodes difficiles qui concernent près de la moitié de la population

Il ressort de l'étude de ces indicateurs subjectifs que près de la moitié de la population (46,4%) déclare une persistance de périodes difficiles et que près d'un tiers déclare en avoir eu par le passé mais plus à présent. Au final, seul un enquêté sur 10 affirme ne jamais avoir eu de difficultés financières et 6,6% déclarent en avoir toujours eu de façon régulière et continuent d'en avoir aujourd'hui. La déclaration de périodes difficiles varie non linéairement avec l'âge, les deux classes d'âge les plus touchées étant les 25-34 ans et les 45-54 ans. Concernant la composition des ménages, les situations difficiles touchent très fortement les familles monoparentales (63,4% d'entre elles), quand les autres types de ménages déclarent dans les mêmes proportions (autour de 45%) ces épisodes difficiles.

Vis à vis de la situation strictement financière, 44,0% des individus estiment que leur foyer est à l'aise ou sans difficulté particulière (10,5% déclarent « être à l'aise » et 33,5% que « ça va »), mais près de 16% déclarent n'y arriver que difficilement.

Un tiers de la population soumise à l'instabilité des revenus

Si 68% des enquêtés déclarent que leurs revenus sont stables, 32% ont à gérer le quotidien avec des revenus instables, de façon épisodique (22,1%) ou régulière (9,9%). L'instabilité des revenus se surajoute à la faiblesse de ceux-ci ; en effet, l'instabilité concerne 21,5% des ménages pauvres et 12,2% des ménages modestes (contre 6,1% des autres ménages). Avec 23,9% de ses actifs déclarant des revenus instables, c'est le secteur de la culture qui arrive en

⁴¹ Dans cette partie, on ne peut exclure que certains enquêtés aient regroupés sous un même libellé plusieurs types d'aide sociales ou qu'ils aient omis d'en citer. La faiblesse de certains chiffres invite en tous cas à considérer avec prudence les chiffres avancés ici.

tête des secteurs les plus soumis à l'instabilité. Le cas des intermittents est ici mis en évidence par la proportion importante d'actifs de ce secteur qui habitent le quartier.

Pauvreté objective, pauvreté subjective : une pauvreté sous-déclarée

Une de nos questions amenait les interviewés à situer leur ménage en terme de niveau de vie, comparativement à la moyenne des ménages d'Ile de France (moyenne qui était laissée à l'appréciation des enquêtés). Cette comparaison était effectuée au moyen d'une échelle en cinq points (« ménages pauvres », « ménages modestes », « moyenne », « ménages aisés » et « ménages riches »). La grande majorité (54,6%) considère faire partie de la moyenne ; seuls 6,4% se classent parmi les ménages pauvres et 31,7% parmi les ménages modestes.

La comparaison avec les seuils de niveau de vie définis par l'Insee pour 2003 permet de mettre en évidence plusieurs phénomènes intéressants. D'une part, on l'a vu plus haut, notre échantillon compterait « objectivement » 16,8% de ménages pauvres et 20,3% de ménages modestes selon les seuils définis par l'Insee. Un rapide croisement entre les deux variables met en évidence que seuls 17,1% des ménages définis comme pauvres par l'Insee se considèrent comme tels au regard de la situation de l'Ile de France ; 44,5% se classent parmi les ménages modestes et 37% estiment même faire partie de la moyenne. Le classement parmi les ménages riches est marginal (1,4%). On peut faire plusieurs hypothèses vis à vis de cette « sous estimation » déclarée des situations de pauvreté : une certaine fierté vis à vis de l'enquêteur poussant l'enquêté à «sauver la face»⁴² ; mais aussi un relativisme lié à la vie dans des quartiers populaires où la précarité est présente en nombre et, tend donc à devenir la situation « moyenne » de référence.

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

⁴² Ce type de réactions dans l'entretien de face à face ou la passation de questionnaire est bien connue des scientifiques utilisant de tels outils.

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

	Déclare appartenir à un ménage pauvre	Appartient à un ménage pauvre selon les critères de l'Insee
Sexe (NS)		
Homme	6,7	14,9
Femme	6,0	18,4
Age ($p < 10^{-3}$)		
18-24 ans	5,2	27,5
25-34 ans	4,3	16,3
35-44 ans	5,7	14,5
45-59 ans	12,4	13,5
60 ans et plus	3,8	14,4
Nationalité ($p < 10^{-3}$)		
Français	4,3	13,6
Etranger	14,3	29,5
Quartier (NS)		
Belleville – Amandiers	6,9	16,7
Saint Blaise – Porte de Montreuil	5,5	17,0
Activité ($p < 10^{-3}$)		
Actif ayant un emploi	3,8	8,1
Chômeur	12,6	34,5
Inactif	8,6	25,3

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

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

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

Une des explications de ces différences pourrait tenir à la sous-déclaration (du fait par exemple d'oublis) des transferts monétaires parentaux dont peuvent bénéficier les ménages jeunes. Il semble cependant plus pertinent de considérer la question sous l'angle des besoins ressentis et des normes sociales. En effet, du point de vue des besoins, ceux-ci sont potentiellement moins importants lorsque l'on est jeune et sans enfant que lorsque l'on a une famille à charge. Par ailleurs, si l'on se place sur le plan des normes sociales, on sait que des difficultés financières sont davantage « acceptées », et probablement mieux vécues, lorsqu'elles adviennent durant la période d'entrée dans la vie active.

Au delà de 45 ans, la pauvreté monétaire deviendrait, selon nos résultats, de moins en moins tolérable.

Comme pour les plus jeunes, le cas des personnes de plus de 60 ans, déclarant beaucoup moins souvent leur ménage pauvre qu'il ne l'est en réalité, peut s'expliquer par la question des besoins : ceux-ci n'étant plus les mêmes après 60 ans qu'en pleine période de vie active. Elle peut aussi s'expliquer par les effets d'une pauvreté «intériorisée» au fil du temps qui la rendrait plus supportable, ou par une référence implicite à l'échelle de revenus en cours dans la catégorie socioprofessionnelle qui était la leur quand ils étaient actifs. Cela est confirmé par les chiffres issus du croisement entre les variables de pauvreté objective/pauvreté subjective et les classes d'âge.

DIFFERENTIEL D'APPRECIATION DE LA PAUVRETE OBJECTIVE PAR CLASSES D'AGE (EN %)

Age	Recouvrement entre pauvreté objective et pauvreté subjective
18-24 ans	2,9
25-34 ans	13,2
35-44 ans	20,7
45-59 ans	44,4
60 ans et plus	5,6

Note de lecture : Parmi les ménages pauvres de la classe d'âge 45 et 59 ans au sens de l'Insee (pauvreté objective), 44,4% des personnes considèrent effectivement que leur ménage fait partie des ménages les plus pauvres (pauvreté subjective).

Sources : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Enfin, vis à vis de l'activité, les trois possibilités considérées (actifs ayant un emploi, inactifs, chômeurs) réagissent sensiblement de la même manière puisque le taux de pauvreté déclaré est dans les trois situations près de 3 fois inférieur au taux de pauvreté objectif, sauf pour les actifs ayant un emploi où le taux n'est plus que de 2 fois inférieur au taux de pauvreté objectif.

La question de la nationalité est, elle aussi, intéressante. Ainsi, les étrangers jugent plus souvent leur ménage pauvre que les Français⁴³, et ils le sont objectivement plus puisque la population étrangère compte près d'un tiers de ménages pauvres au sens de l'Insee, soit près de deux fois plus que la population française. On peut imaginer ici, comme on vient de le voir pour les âges jeunes, un effet des normes sociales et du stigmatisme portant sur les personnes en difficulté financière. L'explication vient aussi (et peut être surtout) du fait que la pauvreté touche les étrangers pour chacune des classes d'âge (près de 30% de chacune des classes d'âge avec un pic à 34,5% pour les 35-44 ans) alors que chez les Français, elle touche principalement les jeunes (26,8% des 18-24ans, autour de 10% pour les autres classes d'âge). On retombe ici sur l'interprétation faite par rapport à l'effet de l'âge sur la déclaration ou la non déclaration de situations de pauvreté.

Au niveau des différences entre quartiers, bien que non significatives, on repère que Belleville - Amandiers compte proportionnellement plus de pauvres dans un sens subjectif que Saint Blaise - Porte de Montreuil, mais légèrement moins quand on observe les données objectives.

⁴³ Y compris en analyse multivariée contrôlant le niveau de revenu, l'âge, le niveau de diplôme et le sexe.

Logement

Un ménage sur cinq habite dans son logement depuis moins d'un an

En moyenne sur l'ensemble des deux quartiers, les ménages enquêtés habitent leur logement depuis 9,4 ans. Ce chiffre cache évidemment une importante disparité (écart type = 10,9 années) puisque, sur l'ensemble des deux quartiers, plus de 20 % des ménages sont installés dans le logement qu'ils occupent actuellement depuis moins d'un an. Comme le montre le tableau suivant, il existe une différence significative par quartier au regard de l'ancienneté dans le logement.

ANCIENNETE DANS LE LOGEMENT SELON LES QUARTIERS (EN %)

	Belleville - Amandiers (n=594)	St Blaise - Pte de Montreuil (n=295)	Ensemble (n=889)
<= 1 ans	23,7%	15,3%	20,9%
>1 et <= 5 ans	32,3%	35,3%	33,3%
>5 et <= 15 ans	21,9%	25,1%	22,9%
>15 ans	22,1%	24,4%	22,8%

Données non pondérées, la différence entre quartiers est significative ($p < 0,04$)

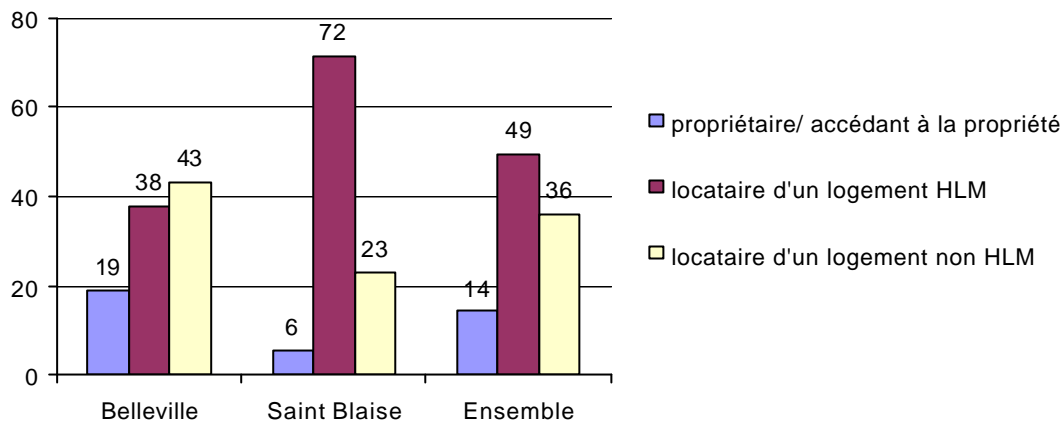
Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Près d'un ménage sur deux est locataire du parc social

Les territoires de la Politique de la ville sont généralement marqués par un taux de logement social important. En Ile de France, ce sont près des deux tiers des résidences principales qui sont occupées par des locataires HLM dans ces quartiers, contre seulement une sur quatre sur l'ensemble de la région⁴⁴. Si l'on s'intéresse au statut d'occupation du ménage et pas uniquement de la personne enquêtée, c'est 46,8 % d'entre eux qui vivent dans des logements sociaux sur les deux quartiers de la Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement étudiés, soit beaucoup moins que la moyenne des quartiers de ce type en Ile de France. La situation par quartier est par contre très contrastée, comme en témoigne le graphique suivant :

⁴⁴ Andrieu V, Herviant J. Les zones urbaines sensibles en Ile de France en 1999. *Ile de France à la page*, n°205. Insee, dec 2001.

STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT POUR LES MENAGES LOCATAIRES OU PROPRIETAIRES,
PAR QUARTIER (EN %)



Données non pondérées, la différence entre quartiers est significative ($p < 10^{-3}$)
Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

La proportion du logement social à Saint Blaise – Porte de Montreuil atteint 71,5 % (du sous-ensemble des ménages propriétaires, accédants ou locataires), contre 38 % à Belleville – Amandiers.

Trois fois moins de propriétaires qu'à Paris

Sur l'ensemble de notre échantillon (mais les différences entre quartiers sont significatives), seuls 13,6% des ménages sont propriétaires ou accédants à la propriété, alors que ce pourcentage s'élève à 41,6% sur l'ensemble de l'agglomération parisienne. Les locataires représentent la grande majorité des ménages avec 81% (46,8% logement HLM, 34,2% logement non HLM). 5,2% des individus sont hébergés par des proches, en grande majorité par la famille. Un tel hébergement, souvent (mais pas toujours) signe de précarité, touche particulièrement les jeunes de moins de 25 ans, qui sont plus souvent hébergés par la famille que les autres tranches d'âge. La comparaison avec l'enquête SIRS 5 ZUS de 2001 s'avère intéressante puisque c'était alors 32,6% des moins de 25 ans qui étaient hébergés de la sorte, contre 16,8 % sur les deux quartiers Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement en 2003. Ceci est, entre autre, à mettre en relation avec le taux d'actifs occupant un emploi de cette tranche d'âge (76,1% d'actifs de moins de 25 ans ont un emploi dans les deux quartiers Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement en 2003 contre 69,4% dans les 5 ZUS en 2001).

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

	propriétaire ou accédant	locataire HLM	locataire non HLM	autre
Age ($p < 10^{-2}$)				
18-24 ans	5,8	43,5	28,3	22,5
25-34 ans	7,7	40,6	41,5	10,3
35-44 ans	11,4	48,7	33,2	6,7
45-59 ans	15,5	51,5	27,8	5,2
60 ans ou +	22,1	50,4	21,4	6,1
Nationalité ($p < 10^{-3}$)				
Français	14,3	46,2	31,6	7,9
Etranger	3,3	48,4	31,9	16,5
Ensemble	12,9	49,8	32,6	4,6

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Le statut d'occupation varie en fonction de l'âge de la personne et de sa nationalité, les plus âgés étant plus souvent propriétaires, tandis que les jeunes sont plus souvent logés de façon précaire (catégorie « autre » dans le tableau suivant). En analyse univariée, les étrangers sont logés deux fois plus fréquemment que les Français dans des logements précaires (16,5% vs 7,9%). Après ajustement sur l'âge, cet effet de la nationalité se renforce encore puisque les étrangers – à âge égal par ailleurs – sont 2,6 fois plus souvent logés de façon précaire que les Français (OR_{ajusté} = 2,63, IC95% = [1,60 – 4,32]).

2,6% des ménages enquêtés sont logés en hôtel ou foyers de travailleurs

Dans notre échantillon, 2,6% des ménages habitent en foyer de travailleur ou en hôtel meublé (à Belleville - Amandiers principalement). S'il n'est pas possible de savoir avec précision quelle est la proportion réelle des ménages des deux quartiers habitant dans ce type de logement, il semblerait que l'on se situe à des taux bien plus élevés. En effet, l'institut de sondage a rencontré de grandes difficultés pour entrer en contact avec les ménages tirés au sort au sein des hôtels et foyers : le nombre prévu d'entretiens avec ce type de locataires n'a ainsi pas été respecté (30 entretiens prévus, 21 effectivement réalisés).

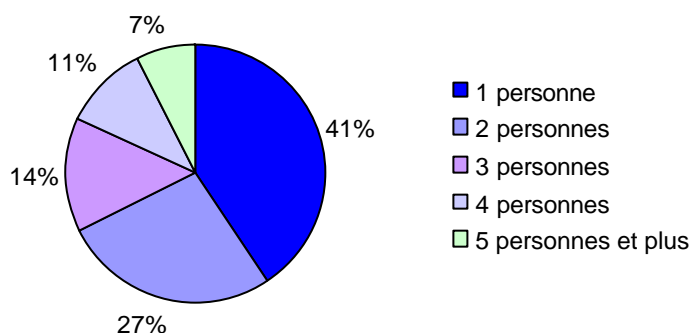
Ce type de logement concerne principalement des individus de sexe masculin (93,3%), de plus de 35 ans, étranger (76,6%) en provenance du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne pour 93,3% des cas, dont l'arrivée en France remonte en moyenne à... 29,4 ans (écart type 27,15 ans). En effet, 90% d'entre eux sont présents sur le sol français depuis plus de 12 ans. Il s'agit donc d'une situation de précarité de logement qui dure ou qui s'est détériorée depuis l'arrivée en France de ces personnes : 11,1% d'entre eux ont ainsi déjà fait l'objet d'une menace d'expulsion de leur logement (contre 9,5% dans l'ensemble de l'échantillon). Enfin, 53,2% d'entre eux vivent seuls.

Des ménages plus petits que la moyenne des quartiers de la Politique de la ville...

Les quartiers relevant de la Politique de la ville sont dans l'ensemble caractérisés par la présence fréquente de ménages de grande taille – même si tous les quartiers ne sont pas semblables sur ce point. Dans notre échantillon, seuls 2,9 % des logements enquêtés

(regroupant 5,7% de la population interrogée) sont composés de 6 personnes ou plus. Cette proportion est bien plus faible que ce qui avait été observé dans l'enquête de 2001 sur les 5 ZUS où 19,6 % des ménages étaient composés de 6 personnes ou plus. Mais cette proportion de grands ménages est cependant légèrement plus importante que dans l'agglomération parisienne (2,1% des ménages au Recensement de 1999). La taille moyenne des ménages dans notre échantillon est de 2,22 personnes (écart type 1,39) ; elle est inférieure à celle observée sur l'ensemble de l'agglomération parisienne (2,34). On observe donc dans les quartiers étudiés proportionnellement moins de ménages nombreux que la moyenne des quartiers du même type, ce qui s'explique par la structure spécifique du bâti, notamment dans le quartier de Belleville - Amandiers. A l'autre extrême, le nombre de ménages de taille réduite est inférieur à la moyenne parisienne : les ménages composés d'une seule personne représentent 40,5% de ménages dans notre échantillon, contre 48,7% sur l'ensemble de l'agglomération parisienne en 1999.

TAILLE DES MENAGES (EN %)



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Une différence existe entre quartiers quant à la taille des ménages, mais elle n'est pas significative ($p < 0,08$). Les différences se jouent principalement aux extrémités de la distribution, Belleville - Amandiers comptant plus de ménages de 1 personne (43,1% vs 35,3%) et moins de ménages de 5 personnes et plus (6,7% vs 8,8%) que Saint Blaise - Porte de Montreuil. Il est intéressant de remarquer que l'enquête SIRS 5 ZUS réalisée en 2001 trouvait, pour la ZUS de Belleville, un pourcentage très inférieur de ménages de 1 personne puisqu'ils représentaient alors 27 % des ménages de la ZUS. Les ménages de plus de 6 personnes représentaient par contre 10,1%.

La taille des ménages est aussi liée de façon significative à la nationalité et à l'âge, les étrangers et les 18-24 ans étant le plus souvent membres de ménages de grande taille.

TAILLE DES MENAGES EN FONCTION DE L'AGE ET DE LA NATIONALITE (EN %)

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	5 personnes et plus
Age ($p < 10^{-3}$)					
18-24 ans	11,6	28,3	21,0	14,5	24,6
25-34 ans	23,2	33,0	21,9	15,5	6,4
35-44 ans	21,8	21,2	19,2	19,2	18,7
45-59 ans	22,7	30,4	18,0	16,5	12,4
60 ans ou +	46,2	43,1	6,2	1,5	3,1
Nationalité ($p < 10^{-3}$)					
Français	26,9	30,7	17,3	14,7	10,3
Etranger	13,7	30,6	20,8	12,6	22,4
Total	24,2	30,7	18,0	14,3	12,8

Données pondérées - Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

... mais des logements eux aussi plus petits

Il est intéressant de rapporter ces chiffres relatifs à la taille des ménages à ceux concernant la taille des logements, car ils peuvent aisément s'expliquer par la structure spécifique du parc de logement. Nos deux quartiers d'étude se caractérisent en effet par des logements de petite taille. En effet, 53,7% des logements ont 2 pièces ou moins et les grands logements (5 pièces ou plus) sont très rares (4,2%).

Il existe par ailleurs des différences importantes sur le plan de la taille des logements entre les deux quartiers, Belleville - Amandiers se caractérisant par des logements nettement plus petits que Saint Blaise - Porte de Montreuil. Bien qu'il ne nous soit pas possible de le vérifier ici, il semble, en se penchant sur les configurations des sous-quartiers notamment au regard du type de bâti, qu'une différence existe au sein même de nos 2 quartiers d'étude, entre Belleville et Amandiers par exemple.

TAILLE DES LOGEMENTS EN FONCTION DES QUARTIERS (EN %)

	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble
Nombre de pièces			
1 pièce	25,9	13,9	21,9
2 pièces	31,6	31,9	31,7
3 pièces	24,4	36,3	28,3
4 pièces	13,8	13,9	13,8
5 pièces et plus	4,2	4,1	4,2

Données non pondérées, la différence entre quartiers est significative ($p < 10^{-3}$)

Une sur occupation notable des logements

Si l'on rapporte à présent les chiffres concernant la taille des ménages, à celle des logements, on constate que le nombre moyen de personnes par pièce est de 0,96 (écart type de 0,55). Il était de 0,81 pour l'agglomération parisienne en 1999 et de 0,90 pour l'ensemble des ZUS lors du même recensement. Les deux quartiers étudiés sont donc *a priori* dans une situation de surpeuplement nettement supérieure aux moyennes des quartiers du même type et des quartiers de la même agglomération.

Plusieurs méthodes permettent de calculer le surpeuplement des logements. Nous nous attacherons à la définition plaçant la limite inférieure du surpeuplement à une pièce principale par personne. Dans notre échantillon, la part des ménages vivant en situation de surpeuplement s'élève alors à 22,2 % (données non pondérées), ce qui correspond à 30,7 % de la population. A titre de comparaison, dans son étude sur les conditions de vie des habitants des quartier prioritaires de la Politique de la ville à partir d'une enquête de 1993-1994, Philippe Choffel rapportait un taux de surpeuplement de 15,3% des ménages⁴⁵ dans ces quartiers, contre 9,2% en France métropolitaine.

Il est intéressant de noter que, contrairement à la taille intrinsèque des logements, la situation de surpeuplement n'est pas significativement différente suivant les quartiers. Par contre classiquement, ce sont les étrangers, les familles nombreuses et les plus jeunes qui souffrent le plus de ce manque de place. Si 81,7% des ménages de 2 personnes ne vivent pas en situation de surpeuplement au sens où nous l'entendons ici, la quasi totalité des ménages de 5 personnes habite un logement surpeuplé.

⁴⁵ Choffel P. Les conditions de vie dans les quartiers prioritaires de la Politique de la ville. In : Pumain D, Godard F, dir. *Données Urbaines, Tome 1*, Paris, PIR Villes - Anthropos, 1996, p123-133.. Cette étude s'appuyait sur l'enquête Conditions de Vie des Ménages 1993-1994 et son extension quartier.

NOMBRE DE PERSONNES PAR PIECE EN FONCTION DE LA NATIONALITE, DE L'AGE ET DE LA TAILLE DES MENAGES (EN %)

	1 personne par pièce	Plus de 1 personne par pièce
Nationalité (p=0,000)		
Français	76,2	23,8
Etranger	42,6	57,4
Age (p=0,000)		
18-24 ans	56,5	43,5
25-34 ans	66,5	33,5
35-44 ans	62,2	37,8
45-59 ans	74,1	25,9
60 ans ou +	91,6	8,4
Taille du ménage (p=0,000)		
1 personne	100,0	
2 personnes	82,1	17,9
3 personnes	71,3	28,8
4 personnes	43,3	56,7
5 personnes et plus	6,2	93,8
Total	69,4	30,6

Données pondérées - Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Il existe une différence importante ($p < 10^{-3}$) des situations de surpeuplement en fonction du statut d'occupation du logement. Sans surprise, ce sont les personnes logées de façon précaire (hôtels meublés, foyers, hébergement par la famille, etc.) qui sont les plus confrontées à l'étranglement de leur logement (43% d'entre eux). Les propriétaires ne sont que 13,9 % dans une situation de surpeuplement quand la proportion d'individus dans cette situation parmi les locataires de logement non HLM s'élève à 26,7%. Plus d'un locataire de logement HLM sur trois est dans une situation de surpeuplement ; ce qui fait apparaître de façon nette les difficultés de l'adaptation du parc social du centre ville aux demandes et à la taille des ménages.

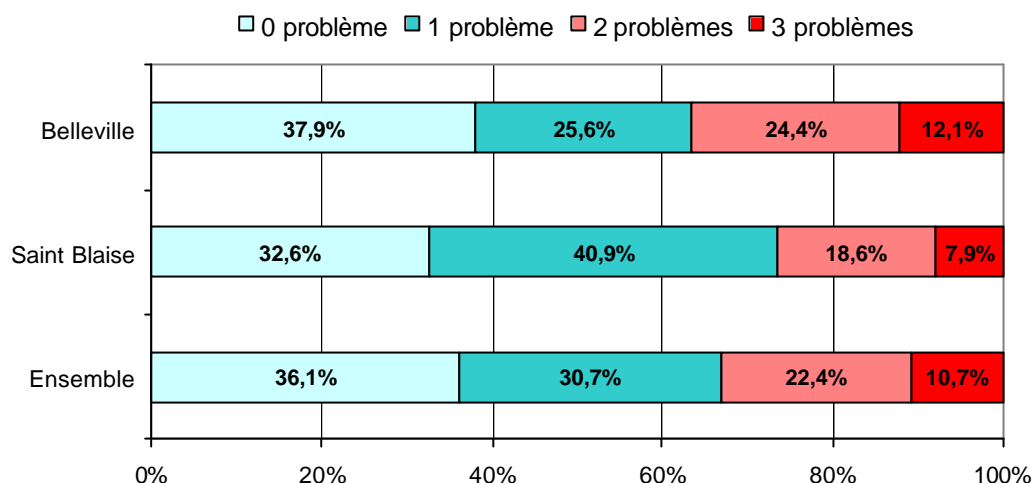
63,1% des enquêtés déclarent au moins un problème lié à leur logement

Plusieurs questions visaient à recueillir le sentiment des personnes vis à vis de leur logement. Trois aspects ont été plus particulièrement interrogés : la taille du logement, son état et son prix. Il ressort en premier lieu que 63,1 % des répondants déclarent au moins un problème parmi les trois énoncés. Il existe sur ce point une grande différence en fonction des quartiers, les habitants de Belleville - Amandiers se plaignant davantage de problèmes liés à leur logement que ceux de Saint Blaise - Porte de Montreuil – et ce d'autant plus si l'on considère le cumul de problèmes.

Ceci est bien sûr à mettre en relation avec l'ancienneté du parc de logement. En effet, à Belleville - Amandiers, 62% des constructions sont antérieures à la seconde guerre mondiale,

dont 41% datent même d'avant 1915⁴⁶, ce qui n'est pas le cas à Saint Blaise - Porte de Montreuil où une grande part du parc de logement a été construite après la seconde guerre mondiale.

NOMBRE DE PROBLEMES DECLARES LIES AU LOGEMENT SELON LE QUARTIER (REPARTITION DES ENQUETES EN %)



Données pondérées - Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Des différences entre quartiers s'observent concernant le pourcentage de personnes ne déclarant aucun problème (37,9% à Belleville - Amandiers contre 32,6% à Saint-Blaise) ; mais c'est au niveau du cumul des problèmes que l'écart se creuse le plus. Ainsi, 26,5% des enquêtés sur Saint-Blaise rapportent 2 ou 3 problèmes liés à leur logement, alors que cette proportion s'élève à 36,5% parmi les personnes enquêtées sur Belleville - Amandiers.

Si l'on considère le détail des problèmes de logement déclarés, les proportions sont très similaires suivant les quartiers, le principal problème étant la taille du logement (44,4%), devant son prix (35,8%), puis son état, dont se plaignent 28,1% des personnes interrogées.

⁴⁶ Cf. EDL Belleville-Amandiers. *Les caractéristiques statistiques du territoire Politique de la ville Belleville-Amandiers, une approche d'ensemble, une approche par quartiers*, Nov 2001.

DETAIL DES PROBLEMES LIES AU LOGEMENT DECLARES PAR QUARTIER (REPARTITION DES ENQUETES EN %)

	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble
Logement trop petit (NS)			
oui	46,6	39,8	44,4
non	53,4	60,2	55,6
Logement en mauvais état (NS)			
oui	28,5	27,1	28,1
non	71,5	72,9	71,9
Logement trop cher (NS)			
oui	35,8	35,2	35,6
non	64,2	64,8	64,4

Données pondérées - Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

A titre de comparaison, l'enquête INSEE *Conditions de Vie des Ménages* et notamment son extension *Vie de Quartier* de 2001 montre que la déclaration d'un mauvais état du logement concernait en 2001, 10% des ménages et 25% des ménages appartenant au 1^{er} décile de niveau de vie⁴⁷. Avec 27,3% des ménages déclarant un logement en mauvais état (données non pondérées), la situation dans les quartiers étudiés du 20^{ème} arrondissement apparaît donc beaucoup plus dégradée et péjorative.

Mais 84,6% des personnes interrogées déclarent s'y sentir bien malgré tout

Malgré ces forts pourcentages de problèmes, 84,6% des personnes interrogées dans notre enquête déclarent se sentir bien dans leur logement malgré ses inconvénients éventuels. Cette variable n'est pas différente suivant les quartiers, mais elle est significativement liée à l'âge ($p < 0,03$), les 35-44 ans répondant significativement plus souvent par la négative à cette question. Par ailleurs, les personnes vivant dans des ménages de 5 personnes et plus répondent pour 23,7 % d'entre-elles ne pas se sentir bien dans leur logement ($p < 0,04$). La nationalité est enfin significativement liée à cette variable de bien être, les étrangers déclarant significativement plus souvent que les Français se sentir mal à l'aise dans leur logement (30,1% vs 11,6%). Ils sont par ailleurs confrontés significativement plus souvent que les Français aux trois problèmes développés plus haut.

Il existe par ailleurs une différence en fonction du statut d'occupation du logement ($p = 0,02$), les propriétaires déclarant plus souvent se sentir bien dans leur logement (90,7%) quand les individus logés de façon plus précaire (hôtels meublés, foyers, hébergement par la famille, etc.) ne sont plus que 70,4% à être de cet avis. Par contre l'ancienneté dans le logement n'entraîne pas une différence significative quant à l'appréciation du bien-être dans celui-ci.

Des relations globalement bonnes avec les autres membres du ménage

76,1 % des personnes interrogées déclarent avoir de bonnes relations avec les autres membres de leur ménage, contre 1,4 % qui déclarent avoir de mauvaises relations et un nombre

⁴⁷ Rizk Cyril, Le cadre de vie des ménages les plus pauvres, *Insee Première*, n°926, oct 2003.

important de « sans objet » (22,6%) pour cause de vie seul. Si l'on s'aventure à regarder plus finement cette échelle de satisfaction en repérant les personnes déclarant de très bonnes relations, on observe que le pourcentage « chute » à 56 %. La question ne permettant pas des réponses multiples, on ne peut omettre un effet « moyen » par lequel les enquêtés jugeraient la qualité moyenne de leurs différentes relations au sein du ménage. L'âge n'a pas d'effet significatif quand on considère la qualité des relations, il intervient par contre si l'on considère la modalité « sans objet » qui concerne plus de 60% des plus de 60 ans.

Enfance et jeunesse

Différentes enquêtes ont déjà montré que les personnes en situation de précarité sociale ont souvent connu durant leur enfance ou leur jeunesse des difficultés au sein de leur famille ; en particulier des problèmes de ruptures familiales⁴⁸.

D'une manière générale, de telles difficultés ont pu fragiliser l'individu au moment d'une période importante de construction de soi et de socialisation, d'élaboration de son rapport aux autres. Elles ont pu aussi entraîner des problèmes d'adaptation au système scolaire et, par suite, des problèmes d'intégration sociale et professionnelle. Nous verrons ainsi dans la suite de ce rapport certaines corrélations entre le cumul de difficultés avant 18 ans et certaines dimensions de la santé, l'estime de soi, ou encore des difficultés d'insertion sociale.

Dans les quartiers Belleville - Amandiers et Saint-Blaise - Porte de Montreuil, les difficultés vécues durant l'enfance ne sont pas rares.

Près d'un tiers des enquêtés ne vivaient pas avec leurs deux parents à l'âge de 16 ans

La proportion de personnes qui, à 16 ans, ne vivaient pas avec leurs deux parents apparaît très élevée puisqu'elle atteint 29,6%. Cette situation est davantage due au divorce ou à la séparation des parents plutôt qu'au décès de l'un d'eux ; 90% des enquêtés concernés rapportent en effet une séparation de leurs parents avant leur 18^{ème} anniversaire. On peut souligner par ailleurs que dans notre population d'étude, le risque de ne pas vivre avec ses deux parents à 16 ans n'est pas différent selon que la personne est de nationalité française ou étrangère. Par contre, il est de façon significative plus élevé parmi les personnes dont le père et/ou la mère sont étrangers : elles sont 38% dans ce cas, contre 27% pour les Français non issus de l'immigration (p=0,02).

L'une des ruptures importantes au sein de l'environnement familial correspond au décès d'un membre du noyau familial. Au total, ce sont 10,5% des enquêtés qui ont perdu au moins l'un de leurs parents avant l'âge de 18 ans, et 7,2% dont au moins un frère ou une sœur est décédé (toujours avant leur majorité).

Le placement en institution ou en famille d'accueil ainsi que l'adoption (avant 18 ans) concernent moins de personnes, mais ils touchent tout de même 3,2% des enquêtés. Cette proportion est plus faible qu'elle ne l'est pour des personnes très précaires ou pour les personnes sans domicile à Paris (qui, d'après l'Ined, sont près de 10% à avoir été en institution ou famille d'accueil lorsqu'elles avaient 16 ans)⁴⁹.

⁴⁸ Paugam S, Cléménçon M. *Détresse et ruptures sociales*. Paris, FNARS (coll. recueils et documents), n°17, avril 2002.

Marpsat M, Firdion JM, eds. *La rue et le foyer*. Paris, Ined-Puf, 2000

⁴⁹ Marpsat M, Firdion JM. Les personnes sans domicile à Paris : caractéristiques, trajectoires et modes de vie. In : Marpsat M, Firdion JM, eds. *La rue et le foyer*. Paris, Ined-Puf, 2000, p. 257-285.

**RUPTURES DU LIEN DE FILIATION ET LA FRAGILISATION DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL AVANT
L'AGE DE 18 ANS (EN %)**

	SIRS Paris 20ème 2003	SIRS 5 ZUS 2001	OSC/Fnars 2000-2001
<i>Ruptures du lien de filiation</i>			
A 16 ans, ne vivait pas avec ses 2 parents	29,6	23,8*	-
Décès de l'un des parents	10,5	18,0	20,2
Décès d'un frère et/ou d'une soeur	7,2	8,5	11,5
Placement ou adoption avant 18 ans	3,2		
Placement (famille d'accueil ou institution)		4,2	19,9
Père et/ou mère inconnu	2,7		
N'a pas connu son père	2,7	4,2	11,6
N'a pas connu sa mère	0,5	2,5	6,6
<i>Fragilisation du lien de filiation</i>			
Conflit grave avec un membre de la famille	11,6	8,5	-
Divorce ou séparation des parents	16,3	13,3	32,6
Tentatives suicide parents		2,9	9,7
Tentatives suicide parents ou frère/sœur	3,3		
<i>Environnement familial dégradé</i>			
Problèmes d'argent dans la famille	19,5	22,2	33,3
Problèmes de santé des parents	23,3	21,1	33,3

* à l'âge de 10 ans

Des problèmes financiers et des problèmes de santé des parents

A ces problèmes de ruptures familiales ou ces difficultés liées à l'environnement familial, il convient d'ajouter un contexte familial susceptible d'avoir perturbé l'enfance ou la jeunesse des individus. C'est notamment le cas si les parents ont eu de graves problèmes de santé, ce qui concerne près d'un quart des enquêtés (23,3%). Ce peut être le cas également si les parents ont eu de graves problèmes d'argent, ce qui est rapporté par 19,5% des enquêtés.

Des difficultés personnelles, à l'école et dans le voisinage

Nous avons également interrogé les enquêtés sur d'éventuelles difficultés vécues durant l'enfance et la jeunesse dans un cadre plus large que la sphère familiale.

Ainsi, 4,6% rapportent avoir eu des problèmes importants avec des camarades de classe ou des personnes de leur voisinage (racket, violence, etc.). Par ailleurs, alors que la scolarité occupe comme on le sait une part très importante du temps des enfants et adolescents, il n'est pas anodin de noter que près d'un enquêté sur dix dit n'avoir pas du tout aimé ses études (la modalité la plus négative sur une échelle en 4 modalités). Cette proportion importante ne doit cependant pas masquer que près des trois quarts (72,7%) des enquêtés déclarent avoir aimé « tout à fait » ou « plutôt » leurs études (respectivement 36,8% et 35,9%)

Enfin, une série de questions portait sur des difficultés plus personnelles. Un enquêté sur 10 rapporte avoir eu de « graves problèmes de santé » avant son 18^{ème} anniversaire, soit davantage qu'en population générale (6,1% d'après l'enquête Conditions de vie de l'Insee 1986-87) ; mais moins fréquemment que ce qu'on constate dans une population en grande précarité telle que celle accueillie par les services de la Fnars (enquête OSC 2000-2001).

Par ailleurs, 5,0% de la population disent avoir été victime de mauvais traitements, et 3,2% d'abus sexuels avant leurs 18 ans. Les femmes sont plus souvent concernées que les hommes mais les effectifs sont faibles et les différences non significatives.

DIFFICULTES PERSONNELLES AVANT L'AGE DE 18 ANS (EN %)

	SIRS Paris 20ème 2003	SIRS 5 ZUS 2001	OSC/Fnars 2000-2001
Difficultés dans les lieux de socialisation			
Problèmes importants avec des camarades de classe ou des personnes du voisinage	4,6		
N'a pas du tout aimé ses études (quelque soit l'âge)	9,9		
Problèmes personnels			
Problèmes personnels de santé	10,4	10,1	25,0
Tentative de suicide	3,1	1,9	16,0
Mauvais traitements	5,0	5,1	28,1
Abus sexuels	3,2	3,6	11,2

La grande majorité des enquêtés estime que son enfance fut heureuse

Toutefois, si les personnes enquêtées rapportent un nombre non négligeable de difficultés et d'événements difficiles durant leur enfance et leur jeunesse, la grande majorité d'entre eux (85,8%) estime quoiqu'il en soit que leur enfance a été heureuse.

Les hommes gardent plus souvent une image positive de leur enfance que les femmes (88,7% vs 83,7%, $p=0,04$). Des différences significatives apparaissent aussi selon l'âge, la proportion de personnes relatant une enfance heureuse diminuant avec l'âge des enquêtés.

Le cumul de difficultés dans l'enfance et la jeunesse

Chaque difficulté ou événement évoqué précédemment ne saurait constituer à lui seul un obstacle à l'insertion, au bien-être ou à la santé. Les recherches tant sociologiques qu'épidémiologiques insistent par contre sur l'influence péjorative du cumul de difficultés.

Pour étudier le cumul de difficultés durant l'enfance et la jeunesse, nous les avons regroupées en six catégories (telles que présentées dans les deux tableaux précédents) : ruptures du lien de filiation ; fragilisation de l'environnement familial ; problèmes financiers des parents ; problèmes de santé des parents ; difficultés dans les lieux de socialisation ; et, enfin, problèmes personnels.

En moyenne, les enquêtés ont connu des ruptures ou des difficultés dans 1,33 domaines parmi les 6 domaines interrogés. Mais cette moyenne recouvre en réalité des situations très différentes. En outre, 6,7% des enquêtés ont vécu un événement difficile dans au moins 4 des 6 domaines interrogés (sans différence significative selon le sexe).

Additionner les difficultés repérées pour en faire un indicateur peut apparaître peu pertinent tant les difficultés que nous avons interrogées correspondent à des problèmes d'ordre et de gravité très divers. La somme présentée ici doit donc être considérée avec précaution; elle représente un indice d'un certain cumul de problèmes et événements douloureux.

Ainsi, les enquêtés ont dû faire face en moyenne à 1,63 difficulté parmi les 16 mentionnées. Là encore, la population interrogée est contrastée, puisqu'un tiers des personnes (34,8%) n'a vécu aucune des difficultés interrogées, mais que 6,8% en ont vécu plus de 5 (avec un maximum de 13 difficultés, pour une jeune femme).

Le cumul de difficultés et de ruptures sociales vécues durant l'enfance et la jeunesse a des répercussions sur la santé et le bien-être. Par exemple, à la fois le nombre de domaines touchés et le nombre total de difficultés dans l'enfance sont liés de façon significative avec le risque de présenter au moment de l'enquête des troubles dépressifs. Nous verrons plus en détail dans la suite du rapport d'autres répercussions de ces difficultés.

REPARTITION (EN %) SELON LE NOMBRE DE DIFFICULTES AVANT L'AGE DE 18 ANS

	%
Ruptures du lien de filiation	
Aucune	64,3
1 rupture	21,0
2 ruptures	12,0
3 ruptures	2,6
4 ruptures	0,1
Evénements fragilisant l'environnement familial	
0 événement	75,5
1 événement	18,2
2 événements	5,7
3 événements	0,5
Problèmes financiers de la famille	
Non	80,5
Oui	19,5
Problèmes de santé dans la famille	
Non	76,7
Oui	23,3
Problèmes d'intégration	
0 problème	86,6
1 problèmes	12,7
2 problèmes	0,7
Problèmes personnels	
0 problème	83,7
1 problème	12,5
2 problèmes	2,4
3 problèmes	1,0
4 problèmes	0,3

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Vie de couple et de famille

I. Situation maritale et qualité des relations de couple

La moitié des enquêtés vivent en couple

Dans notre échantillon, 51,1% des personnes interrogées déclarent vivre en couple. Parmi les personnes ne vivant pas en couple, 35,8% des personnes ont cependant une relation sentimentale ou amoureuse qui compte beaucoup pour elle. Ces proportions ne diffèrent pas selon le quartier de résidence.

Au total, 87,9% des enquêtés déclarent avoir eu par le passé (ou avoir toujours) une relation sentimentale.

Des relations de couple satisfaisantes mais non exemptes de difficultés

Parmi l'ensemble des personnes vivant en couple ou déclarant une relation comptant beaucoup pour elles, 96 % jugent cette relation «très bonne » (59,8%) ou bonne (36,2%). Seuls 4% jugent donc leur relation sentimentale mauvaise, dont 0,5% qui la qualifient de « très mauvaise ». La différence entre hommes et femmes n'est pas significative, même si les femmes ont tendance à déclarer plus souvent de mauvaises relations que les hommes (4,5% vs 3,3%).

Malgré ce jugement très largement positif sur les relations conjugales, les difficultés passées ou présentes⁵⁰ dans la vie de couple sont importantes. Nous avons interrogé les enquêtés sur d'éventuelles difficultés qu'ils auraient vécu au cours de leurs relations de couple, que ce soit par le passé ou actuellement (cf. tableau ci-dessous). Au total, 23,5% des enquêtés relatent avoir vécu au moins l'une des sept difficultés prises en compte – principalement dans une relation passée. Ces difficultés sont plus souvent relatées par les femmes que par les hommes : 27,6% d'entre elles déclarent au moins une difficulté présente ou passée contre 18,3% des hommes. Cette différence s'accroît avec le nombre de difficultés déclarées : les femmes sont ainsi plus de 10,9 % à déclarer plus de deux difficultés sur les sept proposées, contre 5,3% des hommes.

Sur l'ensemble des enquêtés ayant déjà vécu en couple ou ayant déjà eu une relation sentimentale comptant beaucoup, 10,9% rapportent avoir vécu (par le passé ou actuellement) une maladie grave de leur conjoint – majoritairement des personnes âgées de 60 ans ou plus. Les problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie du conjoint également ne sont pas rares : 8,1% des enquêtés rapportent ce type de problèmes (1,1% parlant de ces difficultés au présent).

⁵⁰ Il s'agit cependant (dans les déclarations tout du moins) principalement de difficultés appartenant au passé.

15% ont vécu des situations de violence au sein du couple ou de la famille de procréation

Un point particulier concerne la violence au sein du couple ou de la famille de procréation. Au total (parmi les personnes ayant déjà vécu en couple ou ayant eu une relation sentimentale importante), ce sont 14,8% qui ont été confrontées (ou le sont encore) à ce type de difficultés – que ces violences soient le fait de son conjoint, de l'enquêté lui-même ou de ses enfants (à son encontre). Les femmes rapportent de telles violences au sein de la famille deux fois plus souvent que les hommes : 19,1% contre 8,7% ($p=0,002$). On doit toutefois s'interroger sur de telles différences – et ce notamment parce qu'on interroge ici à la fois les violences subies et les violences commises au sein de la famille. Les différences très marquées entre les hommes et les femmes peuvent bien sûr révéler une exposition différentielle aux difficultés selon le sexe, mais elles peuvent aussi renvoyer à une tendance plus ou moins importante (selon le sexe) à déclarer de telles difficultés, et également à interpréter comme violents certains types de comportements et attitudes.

Les violences au sein du couple et de la famille de procréation sont par ailleurs plus souvent rapportées par les Français que par les étrangers (16,7% contre 8,2%, $p=0,04$).

Sur l'ensemble des violences familiales interrogées, nous nous intéressons ici plus particulièrement à la violence du conjoint. Au total, 10,1% des enquêtés déclarent avoir été victime de violence de la part de leur conjoint – principalement des femmes de 25 à 59 ans.

EVENEMENTS SURVENUS DANS LA VIE DE COUPLE PRESENTE OU PASSEE (EN%)

	Oui actuellement	Oui auparavant	Non	Sans objet
Maladie grave de votre partenaire	4,0	6,9	89,1	
Alcoolisme ou toxicomanie de la part de votre conjoint	1,1	7,0	91,9	
Comportements violents de votre conjoint à votre égard	0,6	9,5	89,9	
Comportements violents de votre part à l'égard de votre conjoint	0,5	5,4	94,2	
Comportements violents de votre conjoint à l'égard de vos enfants	0,8	2,5	94,1	2,6
Comportements violents de votre part à l'égard de vos enfants	0,3	0,6	96,4	2,6
Comportements violents de l'un de vos enfants envers vous-mêmes	0,5	0,7	95,9	2,9

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Parmi les femmes ayant déjà eu une relation sentimentale ($n=438$), 14,4 % ont subi des violences de la part de leur conjoint (contre 4,7% des hommes) et 5,0% d'entre elles en subissent encore aujourd'hui. Ce chiffre est supérieur à ce qui avait été observé en 2001 à l'échelle des 5 ZUS étudiées (3,2%), mais inférieur aux résultats de l'enquête ENVEFF réalisée sur l'ensemble de la France, qui estime, à travers un indicateur synthétique, que

chaque année une femme sur dix est victime de violences conjugales tous types confondus⁵¹. Cependant, le sujet et le cadre général de notre enquête n'étant pas directement orientés sur les violences faites aux femmes, et étant donné le mode d'interrogation de ces violences, on peut penser à une sous-déclaration de ce type de problème dans notre enquête comparativement à l'enquête ENVEFF. Quoiqu'il en soit, l'importance des violences conjugales dans notre population d'étude apparaît particulièrement élevée. Ainsi, si l'on considère que notre question relative à la violence conjugale a pu être comprise comme se rapportant uniquement à la violence physique, 1,7% des femmes ayant une relation de couple au moment de l'enquête se trouvent confrontées actuellement à un problème de violence conjugale ; la proportion avancée par l'ENVEFF est de 3,4% au cours des 12 derniers mois (agressions physiques et sexuelles au sein du couple). Ne connaissant pas dans notre enquête la date de la rupture éventuelle du couple, notre calcul ne prend pas en compte les personnes ayant éventuellement subi des violences au cours des 12 derniers mois mais s'étant séparés depuis, le pourcentage 1,7% est donc à considérer comme probablement inférieur à la situation réelle sur les 12 derniers mois. Soulignons aussi – même si ces situations de violence ne sont en rien symétriques - qu'un pourcentage non négligeable, mais probablement très sous estimé par un biais de déclaration, d'hommes (4,7%) déclarent avoir subi des violences conjugales de la part de leur conjointe.

Une autre difficulté susceptible de survenir dans la relation de couple concerne le sentiment de dévalorisation au sein du couple. Plus d'un enquêté sur 5 déclare avoir eu parfois ou en permanence l'impression que son partenaire le (la) dévalorisait ou le (la) rabaissait. Ceci concerne 6 fois plus souvent les femmes que les hommes quand ce sentiment est permanent mais concerne les deux sexes dans proportions très proches quand ce sentiment est itératif (voir tableau ci-dessous). Ces chiffres sont supérieurs à ceux que l'on avait observé en 2001 lors de l'enquête SIRS sur 5 ZUS d'Ile de France, où la proportion d'enquêtés ayant souffert d'une telle dévalorisation était de 17,1%.

SENTIMENT DE DEVALORISATION DANS LA VIE DE COUPLE (EN %) *			
	Homme	Femme	Ensemble (n=773)
En permanence	1,2	7,4	4,7
Parfois	15,3	18,2	16,9
Jamais	83,5	74,4	78,4

$p < 10^{-3}$ * la question posée était : « Avez-vous eu, dans votre vie de couple (ou l'une de vos relations), le sentiment que la personne avec qui vous viviez vous dévalorisait ou vous rabaissait ? »
Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Cause ou conséquence, ce sentiment d'être dévalorisé au sein du couple (par le passé ou actuellement) est fortement corrélé avec l'appréciation que portent les individus sur leur situation et leur bien-être (actuels), évalués par les items suivants :

⁵¹ L'enquête ENVEFF interrogeait explicitement un large ensemble de types de violences faites aux femmes dont, au sein du couple : insultes (4,1%), chantage affectif (1,8%), pressions psychologiques (37,0%), agressions physiques (2,5%), viols ou autres pratiques sexuelles imposées (0,9%). Cf. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Population et Société* 2001 ; 364 : 1-8.

- « Je me sens bien dans ma peau » ($p < 10^{-3}$) ;
- « Je me sens constamment sous pression » ($p < 10^{-3}$) ;
- « Je prends les choses du bon côté » ($p < 10^{-3}$) ;
- « Je me sens rejeté(e) par les autres » (*53,3% des personnes qui ont ce sentiment ont aussi le sentiment d'avoir été dévalorisé par leur conjoint*) ($p < 10^{-3}$) ;
- « Certaines personnes me jugent négativement à cause de mes revenus ou de ma situation professionnelle » ($p < 10^{-3}$).

Un enquêté sur deux a vécu une rupture de vie de couple

Quel que soit son statut marital actuel, un enquêté sur deux (49,7%) déclare avoir déjà connu une rupture de vie de couple (séparation ou divorce) par le passé. Parmi ces personnes :

- 7,8% déclarent en avoir beaucoup souffert et en souffrir toujours au moment de l'enquête ;
- 23,5 % déclarent en avoir souffert mais avoir partiellement surmonté cette épreuve ;
- 50,9 % déclarent en avoir souffert mais avoir complètement surmonté cette épreuve ;
- 17,8 % déclarent n'en avoir pas ou peu souffert.

La déclaration de souffrance liée à une rupture de couple n'est pas corrélée avec le sexe. Les proportions sont assez voisines chez les hommes et les femmes, à l'exception du quatrième cas (pas de souffrance déclarée) qui concerne 20,1% des hommes concernés contre 16,1% de femmes.

La propension à avoir de nouveau une vie sentimentale au moment de l'enquête varie dans le sens inverse de la dureté du bilan fait sur la rupture passée. Ainsi, 62,9% des individus ayant déclaré toujours souffrir de leur rupture sont sans relation sentimentale au moment de l'enquête contre 39,8% et 33,0% respectivement pour ceux qui ont partiellement surmonté l'épreuve et totalement surmonté l'épreuve. Cependant, la tendance n'est pas totalement vérifiée puisque l'on compte 50,7% de personnes ne déclarant aucune vie sentimentale au moment de l'enquête parmi ceux-là même qui déclarent avoir le moins souffert d'une rupture passée.

Le sentiment d'être isolé est corrélé ($p < 10^{-3}$) aux difficultés éprouvées par les personnes pour remonter la pente suite à une rupture conjugale. Ceci peut renvoyer à deux types d'explications – sans doute pas exclusives l'une de l'autre. D'une part, on peut penser que la séparation est d'autant mieux vécue, ou la souffrance liée à la séparation est d'autant mieux surmontée que les individus bénéficient du soutien de proches et se sentent entourés. D'autre part, le sentiment d'être isolé peut être renforcé par l'ampleur des difficultés et de la souffrance vécues à la suite d'une rupture conjugale.

ISOLEMENT ET RUPTURE DE VIE DE COUPLE (EN %)

	Se sent isolé	Se sent entouré
A beaucoup souffert de la rupture et souffre toujours	60,0	40,0
En a souffert mais a partiellement surmonté l'épreuve	25,2	74,8
En a souffert mais a complètement surmonté l'épreuve	20,9	79,1
N'a pas ou peu souffert	15,2	84,8

N=442, $p < 10^{-3}$, - Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Avoir vécu une rupture est significativement plus fréquent ($p < 10^{-3}$) parmi les personnes ayant un haut niveau scolaire : 17,9% des «sans diplôme » déclarent une rupture de vie de couple, mais cet événement concerne 57,7% des plus diplômés.

En terme de bilan sur les relations de couple, il est intéressant de relier différentes données. D'une part, on l'a vu, la très grande majorité (96%) des enquêtés en couple déclarent que leur relation de couple est «bonne » ou «très bonne ». D'autre part, lorsque l'on demande aux enquêtés l'importance qu'ils accordent à différents domaines, la proposition « *vivre avec un partenaire avec qui l'on s'entend bien* » n'arrive qu'en septième position des choses importantes dans la vie des personnes enquêtées (sur 14 propositions), derrière la santé, le logement, la scolarisation des enfants, l'alimentation, le travail et l'utilité aux autres. Enfin, et en définitive, 84,5% des enquêtés se déclarent satisfaits de leur situation de famille, et 68,1% se déclarent satisfaits de leur vie amoureuse.

II. Configurations familiales

Il est difficile d'établir des configurations familiales à partir de notre enquête puisque sont recensés uniquement les enfants vivant dans le ménage au cours de l'enquête. Ceci pose problème notamment dans l'analyse du support familial, puisque l'on ne sait pas, par exemple, sur combien d'enfants peuvent potentiellement compter les personnes isolées ayant eu des enfants. Cela étant dit, différentes études tendent à montrer que l'étendue de la famille n'est pas un indicateur réellement parlant vis-à-vis du soutien potentiel. La taille du réseau de parenté ne constituerait pas un critère de protection rapprochée, même s'il est vrai «qu'un individu entouré de parents est *a priori* en meilleure position du point de vue de la solidarité familiale qu'une personne isolée car la proportion d'apparentés disponibles augmente le "potentiel d'aide" qu'il peut en cas de besoin solliciter»⁵². Néanmoins, cette formulation reste hypothétique et rien, d'après Jean-Hugues Dechaux, ne permet de la confirmer. Deux points peuvent en effet venir contredire cette relation entre l'extension du réseau et sa solidarité potentielle. D'une part, une parenté disponible ne signifie pas une parenté mobilisable. D'autre part, l'essentiel de la solidarité de parenté passe par la relation parents - enfants, or une descendance nombreuse implique bien souvent une solidarité moins forte en raison du temps et de l'argent qu'elle suppose.

⁵² Dechaux JH. *Relations et solidarités de parenté en France*. Thèse de 3ème cycle, Paris, Institut d'études politiques, 1988, cité par Valérie Cohen, 1997, La vulnérabilité relationnelle, Essai de cadrage et de définition, *Socio-anthropologie* n°1, 1997, p. 41.

Au-delà de cette remarque sur le soutien familial, un grand nombre d'analyses concernant la famille restent possibles.

Plus d'un tiers des ménages sont des familles avec enfants

La vie familiale, c'est-à-dire marquant une cohabitation entre parents et enfants, concerne 35,7% des ménages de notre échantillon (soit 46,3% des individus). Parmi ces familles, on compte 64,8% de couples avec enfant et 35,2% de familles monoparentales.

On peut noter également que parmi les ménages ayant des enfants⁵³, 3,2% accueillent 5 enfants ou plus (que ces enfants soient ou non les enfants biologiques de personnes vivant dans le ménage).

COMPOSITION DES FAMILLES AVEC ENFANTS (EN%)			
	SIRS Paris 20ème 2003	SIRS 5 ZUS 2001	Paris Recensement 1999
Couples avec enfants	64,8	49,9	69,2
Familles monoparentales	35,2	50,1	30,8

Près de deux fois plus de familles monoparentales qu'en population générale

Parmi les ménages composés de famille, un peu plus du tiers (35,2%) sont des familles monoparentales. C'est près du double de ce qui était enregistré sur l'ensemble de la France métropolitaine en 1999 (20%)⁵⁴ et supérieur à ce qui était observé sur le 20^{ème} arrondissement (33,8%) la même année par le recensement général de la population. Par contre la situation des quartiers étudiés en 2003 est bien différente de celle étudiée dans 5 ZUS d'Ile de France en 2001, où la proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants atteignait 50%. Notons que la proportion de familles monoparentales ne diffère pas de façon significative entre Belleville - Amandiers et Saint-Blaise.

Dans les familles monoparentales, le parent est dans la plupart des cas une femme (dans 81,7% des cas), appartenant à la classe d'âge 45-59 ans (16,5%).

On peut noter par ailleurs que les deux tiers (64,3%) des familles monoparentales habitent en logement HLM, ce qui ne diffère pas de façon significative des familles biparentales (61,2%). Les familles monoparentales sont par contre plus souvent bénéficiaires de minima sociaux que les autres. Elles sont aussi plus fréquemment, comme on l'a vu précédemment, en dessous du seuil de pauvreté (26,8% contre 18,0% pour les autres familles, mais les différences ne sont pas significatives).

On peut appréhender la question des familles monoparentales au regard de la santé psychologique. On repère alors que les individus appartenant à des familles monoparentales sont plus fréquemment sujets à la dépression et ont plus fréquemment une mauvaise estime de soi (*self-esteem*) que l'ensemble des enquêtés. Ces variables psychosociales sont étudiées plus en détail dans le chapitre sur le bien-être et la santé psychologique.

⁵³ Sont recensés les enfants vivant au sein du ménage et non le nombre total d'enfants nés et encore en vie.

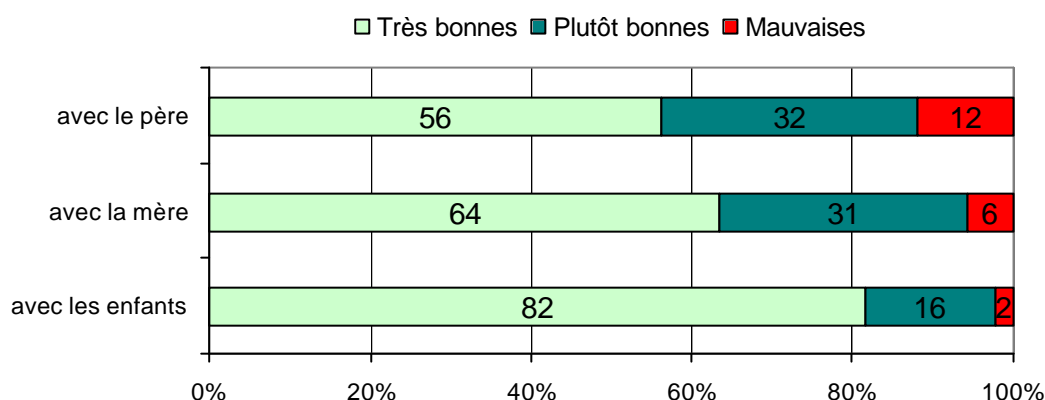
⁵⁴ Cristofari MF, Labarthe G. Des ménages de plus en plus petits. *Insee Première*, n°789, juillet 2001.

Près de 9 enquêtés sur 10 estiment que leurs relations parents/enfants sont bonnes

Pour analyser la qualité du lien de filiation à l'âge adulte, nous interrogeons les personnes rencontrées sur la qualité perçue des relations avec leurs père, mère et enfants.

Parmi les personnes concernées (c'est-à-dire celles dont les parents sont connus et encore en vie, et/ou celles ayant des enfants), la qualité perçue des relations avec les deux parents et, le cas échéant, avec les enfants, permet de conclure à un jugement très largement positif sur chacune de ces relations. Les relations avec le père sont globalement plus souvent mauvaises qu'avec la mère (11,9% contre 5,6%), chacune des deux étant plus souvent mauvaises que les relations avec les enfants (2,3%). Sur ce dernier type de relation se posait le problème de l'impossibilité de distinguer, dans le questionnaire d'enquête, les multiples relations possibles avec les différents enfants ; de ce fait il est possible d'interpréter le résultat obtenu sur la qualité des relations avec les enfants comme un résultat moyen.

QUALITE PERÇUE DES RELATIONS AVEC SES PARENTS ET ENFANTS (EN %)



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

La fréquence des relations avec les membres de la famille était aussi interrogée.

Il n'y a pas de différence significative suivant le sexe ni le quartier en ce qui concerne la fréquence des relations avec le père et la mère.

Ceux qui ne voient pas fréquemment leurs parents l'expliquent principalement par la distance qui les sépare. C'est ainsi le cas de 66,4% des personnes qui voient leur père moins de 2 fois par an et même de 81,4% concernant la mère. Les ruptures ne sont toutefois pas rares : 5% des enquêtés dont le père est encore en vie le voit moins de 2 fois par an parce qu'ils ne veulent plus se voir (cette proportion est plus faible concernant la mère : 2,5%).

FREQUENCE DES RELATIONS AVEC LES PARENTS ET LES ENFANTS (EN %)

	Père (n=475)	Mère (n=628)	Enfants (n=466)
Au moins une fois par mois	36,6	38,0	31,8
1 fois tous les deux mois	16,8	14,5	2,4
1 à 2 fois par an	19,9	20,0	4,0
Moins d'une fois par an	14,5	15,4	5,0
Vivent ensemble	12,1	12,1	56,8
Total	100	100	100

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Soutien social

La vulnérabilité sociale ne réside pas uniquement dans les difficultés économiques, mais résulte également de fragilités concernant l'insertion relationnelle.⁵⁵ Nous disposons dans l'enquête de plusieurs indicateurs qui renvoient à la sociabilité, à l'intensité des liens sociaux et au soutien social.

I. Le support social

1- Le soutien potentiel

Il est intéressant d'étudier le soutien social potentiel, c'est-à-dire le sentiment de pouvoir compter sur quelqu'un ou sur une institution pour être aidé. Nous avons étudié cinq domaines en particulier : le travail, le logement, les aides financières ou matérielles, l'aide dans la vie quotidienne (pour un « coup de main ») et, enfin, le soutien moral ou affectif. Pour chacun de ces domaines, nous avons demandé aux enquêtés s'ils pouvaient compter sur quelqu'un de leur famille, sur un ami ou un collègue, sur un voisin et, enfin, sur une institution, un service public ou une association.

Plus d'une personne sur 10 ne peut compter sur aucun soutien moral ou affectif

C'est dans le domaine du soutien moral ou affectif que les enquêtés peuvent le plus souvent compter sur quelqu'un (c'est le cas de 88,3% d'entre eux), puis dans le domaine de la vie quotidienne (pour 83,6%). Les proportions complémentaires apparaissent néanmoins élevées : 11,7% disent ne pouvoir compter sur personne si elles avaient besoin d'un soutien moral ou affectif (et 16,4% pour une aide dans la vie quotidienne).

Les enquêtés se sentent plus isolés encore face au marché du travail et du logement. En effet, un peu plus de la moitié des enquêtés seulement (52,8%) disent pouvoir compter sur quelqu'un pour les aider à trouver un travail. Sur ce point, il n'est pas inutile de souligner que des institutions ne sont citées comme soutien potentiel que par un tiers seulement de la population (31,5%).

Près d'une personne sur 6 n'a aucun soutien familial

Sur l'ensemble des domaines interrogés, c'est sur la famille d'une part, et sur les amis et collègues d'autre part, que les enquêtés peuvent le plus compter. Toutefois, un nombre relativement important d'entre eux apparaissent isolés sur ce plan. En effet, 16,4% estiment ne pouvoir compter sur aucune personne de leur famille et ce pour aucun des domaines

⁵⁵ Castel R. De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. In : Donzelot J. *Face à l'exclusion*. Paris, 1991, p. 137-168.

interrogés – donc y compris pour de menus services. Cette proportion est de 17,3% pour les amis et collègues.

Plus d'un quart des personnes ne peut compter sur aucune aide financière ou matérielle

Concernant l'aide financière ou matérielle, seuls deux tiers des personnes déclarent pouvoir être aidées par leur famille et 20,8% par une institution. Au total, 26,9% des enquêtés ne déclarent aucune aide potentielle dans ce domaine.

PROPORTION DE PERSONNES DISANT POUVOIR COMPTER SUR QUELQU'UN POUR ETRE AIDE DANS DIFFERENTES SITUATIONS ET PAR CATEGORIE D'AIDANTS POTENTIELS

	Famille	Amis, collègues	Voisins	Institutions*	Ensemble (au moins un "oui")
Aide pour trouver du travail	26,6	44,1	5,0	31,5	52,8
Aide pour trouver un logement	29,5	32,4	6,9	33,5	60,0
Aide financière ou matérielle	61,6	37,4	3,7	20,8	73,1
Aide dans la vie quotidienne, pour un coup de main...	67,2	67,5	25,5	13,2	83,6
Soutien moral ou affectif	75,9	77,3	18,3	10,3	88,3
Ensemble (au moins un "oui")	83,6	82,7	33,0	52,9	94,0

* institutions, services publics, associations

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Lecture du tableau : Pour trouver du travail, 26,6% des enquêtés peuvent compter sur quelqu'un de leur famille. Dernière colonne : pour trouver du travail, 52,8% peuvent compter sur quelqu'un. Dernière ligne : 83,6% des enquêtés peuvent compter sur leur famille pour au moins l'une des aides interrogées.

Les institutions, services publics et associations ne sont pas perçus, dans l'ensemble, comme des aides potentielles majeures. Tous types d'aides confondus, ils ne sont cités que par la moitié des enquêtés. Cela ne signifie bien sûr pas que la moitié de la population ne ferait pas appel à une institution en cas de besoin. Par exemple, des personnes inscrites à l'ANPE ont déclaré à cette question ne pouvoir compter sur aucune institution pour être aidé à trouver un emploi. Cela peut être interprété de deux manières : soit les personnes font appel (ou feraient appel en cas de besoin) à une institution mais considèrent que celle-ci ne les aide pas réellement ; soit les personnes ne pensent pas spontanément à ce type de recours lorsqu'on les interroge sur qui elles peuvent compter.

On peut noter enfin qu'un tiers des personnes dit pouvoir compter sur les voisins pour l'une ou l'autre des aides interrogées – principalement concernant les aides dans la vie quotidienne. Nous étudierons plus en détail le soutien social au sein du voisinage dans la suite du rapport.

15% des personnes âgées de plus de 60 ans n'ont personne sur qui compter

Si l'on considère ensemble tous les domaines et tous les « aidants » potentiels, 6,0% des enquêtés disent ne pouvoir compter sur personne – pas même, par exemple, pour un coup de main dans la vie quotidienne, ni pour un soutien moral et affectif.

La proportion de personnes confrontées à ce grand isolement social ne diffère pas de façon significative selon le sexe, le statut marital ni selon le fait d'habiter seul ou non (mais les effectifs sont faibles).

Par contre, elle est liée de façon significative à l'âge, l'absence de soutien potentiel augmentant avec l'âge. En effet, si 1% des 18-24 ans et 3% des 25-34 ans ne peuvent compter sur personne, cette proportion atteint 14% parmi les personnes de 60 ans ou plus ($p < 10^{-3}$). Il s'agit là d'un problème particulièrement préoccupant pour les personnes âgées.

Les étrangers également apparaissent globalement fragilisés par la faiblesse du soutien social potentiel : 11,5% d'entre eux disent ne pouvoir compter sur personne pour les situations interrogées, contre 4,7% des Français ($p < 10^{-2}$).

Enfin, on peut noter qu'en analyse univariée, le fait de ne pouvoir compter sur personne est plus fréquent à Belleville - Amandiers qu'à Saint-Blaise – Porte de Montreuil (respectivement 7,7% et 2,4%, $p = 0,001$).

2- L'aide effectivement reçue

Pour compléter l'analyse du soutien social, nous avons interrogé les individus sur quelques aides qu'ils ont éventuellement reçues au cours des 6 derniers mois, dans trois des domaines pris en compte pour l'aide potentielle : les aides financières ou matérielles, les aides dans la vie quotidienne, et le soutien moral ou affectif. La proportion de personnes ayant effectivement été aidées (voir tableau ci-dessous) est inférieure à celle des personnes qui disent pouvoir compter sur quelqu'un. Bien sûr, cela ne signifie pas nécessairement qu'elles considèrent à tort pouvoir compter sur autrui : ne pas avoir été aidé au cours des six derniers mois peut en effet provenir d'une absence de besoin.

Dans les quartiers étudiés, la famille reste un lieu principal et essentiel de solidarité. Les trois quarts des personnes interrogées disent avoir été aidées par leur famille dans l'un ou l'autre des domaines considérés, au cours des six derniers mois.

Les institutions ont été source d'aide pour 13,8% de la population. Elles sont intervenues principalement pour aider financièrement ou matériellement (pour 10% des enquêtés), mais on peut souligner que 3,6% des enquêtés mentionnent avoir bénéficié d'un soutien moral ou affectif au travers d'un recours institutionnel (qu'il soit associatif, public, etc.).

Au total, ce sont 22,2% des enquêtés qui déclarent n'avoir reçu aucune aide au cours des six derniers mois dans aucun des domaines interrogés – que ce soit parce qu'ils n'en ont pas eu besoin, parce que personne n'a pu les aider, ou encore qu'ils ne perçoivent pas l'action d'autrui comme une aide.

Les hommes déclarent plus souvent que les femmes n'avoir reçu aucune aide (25,9% chez les hommes vs 19,4% chez les femmes, $p = 0,02$). On observe également des différences significatives selon l'âge. La proportion de personnes n'ayant pas été aidées augmente avec l'âge : de 11% parmi les 18-24 ans, jusqu'à 37% parmi les personnes de plus de 45-59 ans et les plus de 60 ans ($p < 10^{-3}$).

PROPORTION DE PERSONNES AYANT ETE AIDEES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS DANS
DIFFERENTES SITUATIONS ET PAR CATEGORIE D'AIDANTS

	Famille	Amis, collègues	Voisins	Institutions*	Ensemble (au moins un "oui")
Financièrement ou matériellement	27,8	11,4	1,6	10,0	38,8
Dans la vie quotidienne ou pour un coup de main	43,5	41,5	12,0	3,7	57,6
Pour un soutien moral ou affectif	56,0	55,9	10,8	3,6	68,2
Ensemble (au moins un "oui")	75,2	61,6	15,8	13,8	77,8

* institutions, services publics, associations

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Lecture du tableau : 27,8% des enquêtés ont été aidés financièrement ou matériellement par leur famille au cours des 6 derniers mois. Dernière colonne : 38,8% des enquêtés ont reçu une aide financière ou matérielle au cours des 6 derniers mois. Dernière ligne : 75,2% des enquêtés se sont fait aidés par leur famille au cours des six derniers mois, dans au moins l'un des domaines interrogés

On observe que le sentiment de ne pouvoir compter sur personne ne signifie pas nécessairement ne pas avoir été aidé au cours des six derniers mois. Ainsi, sur les 53 personnes qui ne peuvent compter sur personne ni sur aucune institution pour être aidé (dans toutes les situations interrogées), 15 personnes disent pourtant avoir reçu de l'aide au cours des six derniers mois : essentiellement pour un soutien moral (par la famille ou des amis) et pour un coup de main, dans la vie quotidienne, par des amis ou des collègues. Cela renvoie probablement, au moins pour une partie des personnes interrogées, à la fragilité de leurs supports sociaux : d'une manière générale en effet, de nombreuses personnes en situation de précarité ont intériorisé le fait que les proches qui pourraient les aider connaissent eux-mêmes des situations difficiles si bien qu'ils ne peuvent pas toujours les soutenir matériellement.

3- L'aide prodiguée à autrui et le « cercle vertueux » du don

Si pouvoir compter sur quelqu'un et être effectivement aidé en cas de besoin sont essentiels, il ne faut pas sous-estimer l'importance du fait de pouvoir aider les autres. Il s'agit en effet d'une dimension capitale de l'insertion sociale. Le don libéral et gracieux est en effet régulièrement suivi d'un contre-don tout aussi unilatéral et arbitraire, mais tacitement perçu comme la réponse adéquate à la première prestation. Le don est ainsi l'amorce d'une relation réciproque, un échange différé qui a été théorisé sous la forme d'un triptyque d'obligations : donner-recevoir-rendre⁵⁶. La rupture de ce « cycle vertueux » expose l'individu au risque de voir s'essouffler progressivement les personnes susceptibles de l'aider et, au delà, à un sentiment d'inutilité, de dévalorisation, voire de culpabilité.

Dans la population enquêtée, neuf personnes sur dix rapportent avoir aidé quelqu'un au cours des six derniers mois : 53,1% ont apporté une aide financière ou matérielle, 73,1% un coup de main dans la vie quotidienne, et 83,9% ont une écoute ou un soutien moral ou affectif.

⁵⁶ Mauss M., « *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* », in Mauss M., *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1950.

PROPORTION DE PERSONNES AYANT AIDE AUTRUI AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS DANS
DIFFERENTES SITUATIONS ET PAR CATEGORIE D'AIDES

	Enfants / parents	Autre famille	Amis / collègues	Voisins	Ensemble (au moins un "oui")
Financièrement ou matériellement	30,6	22,0	24,7	4,6	53,1
Dans la vie quotidienne, un coup de main	49,2	41,0	50,2	19,8	73,1
Ecoute, soutien moral ou affectif	59,0	55,5	62,8	18,6	83,9
Ensemble (au moins un "oui")	66,8	63,1	70,0	26,1	89,1

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Aider et être aidé

En analyse univariée, la forte relation entre aide reçue et aide donnée apparaît nettement. Ainsi, parmi les personnes ayant reçu au moins une aide, 94,2% déclarent avoir aidé elles aussi quelqu'un au cours de la même période⁵⁷. Dans l'autre sens, parmi les personnes déclarant avoir aidé quelqu'un au cours des 6 derniers mois, 82,3% déclarent avoir reçu elles aussi une aide. L'obligation de rendre (au moins lorsqu'il s'agit d'en faire état face à un enquêteur) remplit totalement son rôle normatif puisque seuls 5,8% des personnes déclarant avoir été aidées au cours des 6 derniers mois affirment ne pas avoir aidé quiconque pendant la même période. De même, près de 18% des personnes ayant aidé autrui déclarent n'avoir bénéficié quant à elles, d'aucune aide.

AIDE REÇUE ET AIDE DONNEE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

		Aide reçue		Total
		Aucune aide	Au moins une aide	
Aide donnée	Aucune aide	58,8%	41,2%	100,0%
		28,9%	5,8%	10,9%
	Au moins une aide	17,7%	82,3%	100,0%
		71,1%	94,2%	89,1%
Total		22,2%	77,8%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Note de lecture : parmi les personnes n'ayant reçu aucune aide au cours des 6 derniers mois, 71,1% ont aidé quelqu'un de leur entourage.

⁵⁷ L'aide reçue et l'aide donnée portaient sur les mêmes champs (soutien matériel, soutien dans la vie quotidienne, soutien moral), mais les bénéficiaires et recours potentiels n'étaient pas tous les mêmes : famille, amis/collègues, voisins et institutions pour l'aide reçue, enfants/parents, autre famille, amis/collègues et voisins pour l'aide donnée.

4- Précarité et soutien social

Nous nous sommes intéressés aux relations existant entre précarité et support social. Les premiers résultats issus du programme SIRS, ainsi que divers autres travaux s'attachant à rendre compte des enchaînements et du cumul des ruptures sociales, ont déjà établi les liens existant entre précarité des conditions de vie et soutien social. Il ressort qu'aux difficultés croissantes rencontrées par certains individus fragilisés, n'est pas systématiquement opposé un soutien social plus intense, de l'entourage proche notamment. Par exemple, dans une étude portant sur les situations de précarité en France, Serge Paugam et Jean-Paul Zoyem ont bien montré que le soutien de la famille aux personnes sans emploi varie dans le sens opposé de la durée du chômage⁵⁸. Parallèlement, l'expérience de la disqualification sociale s'accompagne d'une distension croissante des liens avec l'entourage (parfois déjà faibles au départ), réduisant peu à peu la sphère de sociabilité au seul ménage et, partant, réduisant d'autant l'étendue du réseau de soutien potentiel.

Bien que ne comportant pas toutes les données longitudinales permettant de retracer des processus de désaffiliation ou de disqualification sociale, notre enquête nous permet cependant d'analyser assez finement ce lien entre précarité et soutien social au moyen de plusieurs indicateurs construits à cet effet grâce à quelques variables clés : la situation par rapport au logement, celle vis à vis de l'emploi, le niveau de revenu, d'isolement, etc. Nous présenterons ici le cas précis de la situation au regard de l'emploi.

Chômage et soutien social : quand le soutien s'épuise avec la durée

Si on observe le soutien social en lien avec la situation sur le marché de l'emploi, il apparaît en première analyse que les personnes au chômage ou travaillant avec un statut précaire ont globalement reçu plus d'aide que les autres au cours des 6 derniers mois. Les différences les plus importantes concernent l'aide apportée par les amis ($p < 10^{-3}$) ainsi que l'appui des institutions ($p < 10^{-3}$). Près de trois quart des chômeurs ont été aidés par des amis au cours des 6 derniers mois quand seule la moitié des inactifs et 65% des actifs l'ont été. La famille et les voisins des personnes enquêtées ont, aussi, un peu plus fréquemment aidé celles-ci lorsqu'elles étaient au chômage (comparativement aux actifs ayant un emploi et aux inactifs), mais les différences ne sont pas ici significatives.

Les chômeurs et les personnes employées de façon précaire ont bénéficié significativement plus souvent d'aide financière ou matérielle ($p < 10^{-3}$) et de soutien moral ($p < 0,02$) que les autres. L'aide financière de la famille concerne 33,6% des chômeurs alors qu'elle concerne 36,1% des personnes employées de façon précaire, 32,9% des inactifs et 19,5% des actifs en contrat à durée indéterminée.

⁵⁸ Paugam S, Zoyem JP. Le soutien financier de la famille : une forme essentielle de la solidarité. *Economie et statistique*, n°308-309-310, 1997 : 187-210.

FREQUENCE DE L'AIDE FINANCIERE PAR CATEGORIE D'AIDANTS SUIVANT LA SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI (EN %)

	Famille	Amis	Voisins	Institutions
CDI	19,5	7,0	0,5	6,1
Statut précaire	36,1	15,6	2,5	8,3
Chômeur	33,6	25,7	2,7	21,2
Inactif	32,9	9,6	2,5	11,8
p	<10 ⁻³	<10 ⁻³	NS	<10 ⁻³

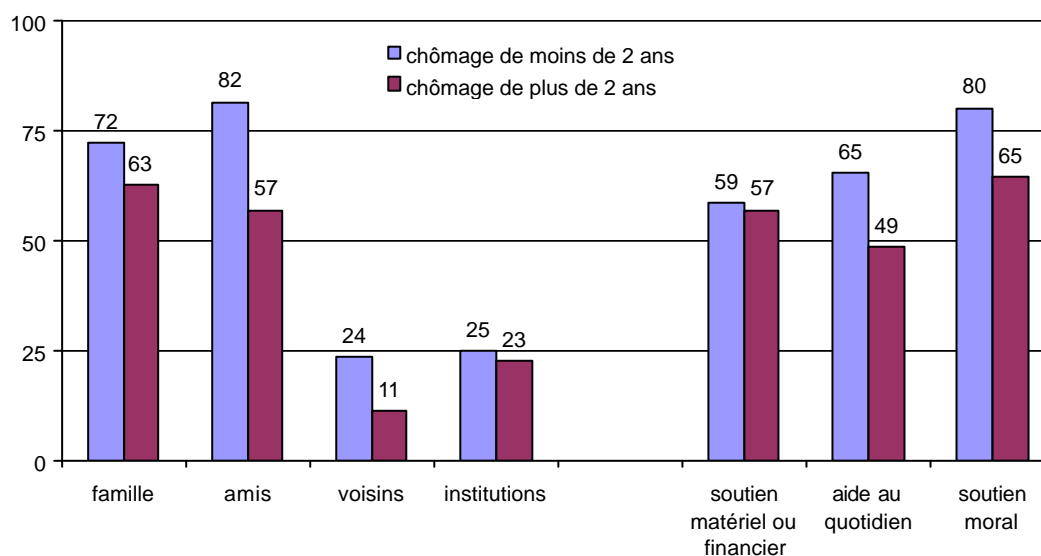
Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Note de lecture : 33,6 % des chômeurs ont été aidé financièrement par leur famille au cours des 6 derniers mois.

Le soutien moral est, chez les chômeurs et les précaires, plus souvent trouvé auprès des amis que de la famille⁵⁹, on note même une différence de près de 10% chez les chômeurs ayant trouvé un soutien moral auprès de la famille et ceux ayant trouvé un soutien moral auprès des amis. Ceci étant dit, il convient d'être prudent car le questionnaire ne permet pas de savoir si une telle aide a été recherchée et le cas échéant, auprès de qui elle l'a été.

En analyse univariée, au jour de l'enquête, le soutien d'où qu'il provienne, semble diminuer progressivement avec l'augmentation de la durée du chômage⁶⁰. On retrouve ici ce qui a été observé en France, au travers du panel européen des ménages, par S. Paugam et H. Russel⁶¹.

FREQUENCE D'AIDE REÇUE PAR LES CHOMEURS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS EN FONCTION DE LA DUREE DU CHOMAGE



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

⁵⁹ En analyse univariée sans contrôle sur d'autres variables tout du moins.

⁶⁰ Une réelle étude sur l'effet de la durée du chômage sur le soutien social nécessiterait de disposer de données longitudinales.

⁶¹ Paugam S. Russel H., *The effects of employment precariousness and unemployment on social isolation*, in Paugam S., Gallie D. (eds), *Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe*, Oxford University Press, 2000, p 255

Le soutien financier est celui qui se maintient le plus au fil des périodes de chômage, ce qui s'explique en grande partie par la tenue du soutien des institutions. Dans ce domaine, les amis paraissent « s'épuiser » plus vite que la famille, à moins (ce qui est d'ailleurs montré par diverses études) que la durée du chômage n'entraîne chez les chômeurs une distanciation « volontaire » de leurs réseaux de sociabilité autres que familiaux. L'explication est certainement une combinaison de ces deux hypothèses. Encore une fois pour cette analyse, nous ne savons pas si un soutien a été demandé par les personnes enquêtées et qui elles ont sollicité le cas échéant.

On sait par ailleurs que le soutien social aux chômeurs et aux personnes en difficulté par la famille ou les proches dépend grandement de variables comme l'âge, la composition du ménage ou le niveau de revenu par exemple⁶². Il est ainsi nécessaire de contrôler un certain nombre de ces variables pour tester la robustesse de l'analyse précédente.

En ajustant sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme et le revenu mensuel par unité de consommation, l'effet du chômage par rapport à toutes les autres situations relatives à l'emploi (actifs ayant un emploi et inactifs) reste significatif. Les chômeurs ont ainsi près de 3 fois plus de chance d'avoir été soutenu financièrement (hors institutions) que les inactifs (OR = 2,8, IC95% = [1,4-5,5]). Si on introduit la durée du chômage dans notre modèle multivarié, les chômeurs de moins de deux ans ont 3,3 fois plus de chance (IC95% = [1,4-7,5]) d'avoir obtenu de l'aide hors institution au cours des 6 derniers mois que les inactifs et les actifs non chômeurs. Les chômeurs de plus de deux ans n'ont, eux, que 1,1 fois plus de chance d'avoir été aidé (la différence n'est plus significative, IC95% = [0,5-2,6], mais les effectifs sont faibles).

Seul un échantillon plus important nous permettrait donc une conclusion solide, mais il apparaît néanmoins que, après ajustement sur des variables clés intervenant sur le soutien social, l'augmentation de la durée du chômage tend à s'accompagner de la diminution de l'aide apportée par les proches et, partant, accentue la fragilisation de ces personnes.

II. Les ménages d'une personne

Une personne sur quatre vit seule

Un des éléments marquants de l'analyse de notre échantillon est la proportion de ménages composé d'une seule personne ; celle-ci s'élève en effet à 40,5% de l'échantillon et concerne significativement ($p < 0,02$) plutôt Belleville – Amandiers que Saint Blaise – Porte de Montreuil. Ce chiffre est supérieur à celui observé pour la France métropolitaine en 1999 puisque la proportion de ménages de une personne était alors de 31%, mais il reste inférieur à la moyenne parisienne dont plus de la moitié des ménages résidants sont composés d'une seule personne (52,4%). Les chiffres équivalents pour l'ensemble des ZUS en 1999 s'élevaient à 32,0% de ménages de une personne (50,1% pour les ZUS parisiennes). On se situe donc dans une situation à la fois de plus grand « isolement » que dans l'ensemble des ZUS mais moins que la moyenne des ZUS parisiennes.

⁶² Paugam S. Russel H., *The effects of employment precarity and unemployment on social isolation*, in Paugam S., Gallie D. (eds), *Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe*, Oxford University Press, 2000, p 246

Si l'on s'intéresse aux individus et non plus aux ménages, cette situation concerne 24,2% des personnes dans les quartiers étudiés, ce qui est supérieur à ce que nous avons observé au sein de la ZUS de Belleville en 2001 (puisque 13,3% des personnes « seulement » vivaient seules), et très supérieur à la moyenne nationale puisqu'on recensait en 1999, 12,6% d'individus vivant seuls en France métropolitaine⁶³. On retrouve par contre très exactement ce même chiffre quand on observe la proportion de personnes vivant seules dans un logement en 1999 sur l'ensemble des ZUS parisiennes.

Avant d'explorer plus loin les effets de cette solitude résidentielle, qui touche tout de même une personne sur quatre, on peut explorer plus en détail les caractéristiques de cette population. Le fait d'habiter seul concerne sans surprise les tranches d'âge les plus âgées : 40,9% des 60-74 ans sont dans ce cas et 59,6% des plus de 75 ans. Au regard de la taille de cette classe d'âge dans notre échantillon (plus petite que les autres), ce sont par contre les 20-39 ans qui forment le plus gros contingent de personnes vivant seules (42,6%). Contrairement aux tendances nationales, dans notre échantillon, les personnes vivant seules sont plutôt des hommes (27,7% contre 21,4%), ce que l'on peut rapprocher, au moins en partie, du fait que notre enquête portait non seulement sur les ménages ordinaires mais aussi sur les personnes vivant en foyer de travailleurs et hôtel meublés. Les femmes sont comparativement plus concernées après 60 ans. Par ailleurs, les ménages composés d'une seule personne concernent deux fois plus souvent les Français que les étrangers.

III. Le sentiment de solitude

Pour compléter l'étude de l'isolement social, nous avons interrogé directement les personnes sur leur sentiment personnel sur ce point.

Une personne sur cinq se sent seule

A cette question, la majorité disent se sentir, d'une façon générale, « plutôt » ou « très entouré ». Mais ce sont tout de même 21,1% des enquêtés rapportent un sentiment de solitude : 16,4% se disent « plutôt seul » et même 4,7% se sentent « très seuls ».

A titre de comparaison, selon l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie de l'Insee réalisée en 2000, 8% des franciliens (et 9% de la population de France métropolitaine) a eu l'impression d'être seul le jour précédent l'enquête.

Dans les quartiers étudiés, le sentiment de solitude (regroupant les réponses « plutôt » et « très seul ») est rapporté aussi souvent par les hommes que par les femmes. Par contre, on observe des différences significatives selon la nationalité. Les étrangers disent en effet plus souvent se sentir seuls que les Français (27,9% vs 19,4%, $p=0,02$).

Par ailleurs, les personnes qui vivent seules dans leur logement rapportent deux fois plus souvent que les autres se sentir seules (34,1% vs 17,1%, $p<10^{-3}$).

⁶³ Chaleix M. 7,4 millions de personnes vivent seules en 1999, *Insee Première*, n°788, Juillet 2001

Notons enfin que le sentiment de solitude tend à augmenter avec l'âge : un quart (27%) des personnes de 45-59 ans et des personnes de 60 ans ou plus disent se sentir seules, contre 12% parmi les jeunes de 18-24 ans ($p=0,01$).

La question du sentiment de solitude étant transversale à de nombreuses analyses de notre enquête, on retrouvera cette variable tout au long de ce rapport, de manière plus détaillée, comme par exemple dans le chapitre portant sur le bien être et la santé mentale.

IV. Soutien social, sentiment de solitude et recours aux soins

L'enquête SIRS 2003 sur le 20^{ème} arrondissement de Paris porte une attention toute particulière aux comportements vis à vis de la santé, et notamment au recours aux soins des habitants. Ces éléments seront exposés en détail plus loin. Mais on peut déjà ici s'attacher à une problématique spécifique : celle des liens entre le soutien social et le recours aux soins. Il est en effet intéressant de repérer l'influence du réseau de sociabilité sur la fréquence du recours au soin. Deux hypothèses *a priori* peuvent être avancées, dont les conséquences se traduiraient par des tendances opposées. D'une part, une forte insertion dans des réseaux de sociabilité pourrait permettre un échange d'informations, de conseils, une mise en relation avec des professionnels, des arrangements pratiques pour accroître l'accessibilité des soins, etc., et aurait ainsi un effet facilitateur du recours aux soins. Mais d'autre part, on pourrait penser au contraire que lorsque le réseau social est faible ou inexistant, le recours au médecin constitue une alternative à la sociabilité et au soutien moral que d'autres trouvent parmi leurs proches ; on serait alors face à un effet de compensation. Si la littérature épidémiologique a déjà bien établi le lien positif entre le support social et l'état de santé⁶⁴, le lien entre le support social et le recours aux soins est quant à lui beaucoup moins étudié.

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

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

En nous inspirant des travaux de S. Paugam, J.P. Zoyem et J.M. Charbonnel réalisés à partir de l'enquête « Situations défavorisées » menée par l'Insee en 1986-1987⁶⁵, nous avons créé une batterie d'indicateurs dont l'un s'attache à mesurer le soutien privé auquel l'enquêté pense pouvoir faire appel en cas de besoin. En croisant les réponses aux diverses questions portant sur la possibilité d'être aidé, dans les différents domaines évoqués précédemment, par la famille, les amis, les voisins ou les collègues, nous aboutissons à un indicateur de réseau

⁶⁴ Berkman LF, Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In: Berkman LF, Kaxachi I, eds. *Social Epidemiology*. New York, Oxford University Press, 2000.

⁶⁵ Paugam S, Zoyem JP, Charbonnel JM. *Précarité et risques d'exclusion en France*. Paris, La Documentation Française, Document du CERC, 1993, n°109.

d'aide privée potentielle qui comprend trois modalités : support potentiel fort, support potentiel moyen et support potentiel faible⁶⁶.

Pour notre analyse de l'effet du support social sur le recours aux soins ou le non recours au cours des 12 derniers mois⁶⁷, nous avons inclus dans notre modèle logistique, en plus des différentes variables citées plus haut, cette variable de réseau d'aide privée potentielle en trois classes (faible, moyen, fort). Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

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

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

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

⁶⁶ Avec 5 champs d'aide possible et 3 types de recours (famille, amis-collègues, voisins), la distribution des réponses à la question du soutien potentiel privé pouvaient s'étaler de 0 à 15. Un support potentiel faible est associé au score 0 à 4 inclus, moyen : 5 à 7 inclus, fort : 8 à 15 inclus. Chacune de ces classes comprend environ un tiers de la population totale.

⁶⁷ Le recours aux soins au cours des 12 derniers mois est repéré par la question « Avez-vous consulté un médecin, en ville ou à l'hôpital au cours de l'année écoulée ? ». Plusieurs motifs sont présentés (maladie, suivi, bilan, etc.). Le recours aux soins a été analysé tous motifs confondus.

Ce modèle nous apprend plusieurs choses. Dans notre population d'étude, comme cela est classiquement décrit dans l'ensemble de la population française, le recours aux soins est moins fréquent chez les hommes que chez les femmes, chez les personnes sans couverture du risque maladie, chez les personnes ne souffrant pas de maladies chroniques. Il est, en revanche, supérieur quand les personnes ont une assurance complémentaire ou une prise en charge « assistancielle » du tiers payant⁶⁸. Dans ce dernier cas - celui des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) -, des études ont montré qu'il ne s'agissait pas tant d'un « effet d'aubaine » lié à la gratuité des soins que des effets conjugués de besoins de santé supérieurs liés à un état de santé dégradé, et d'un rattrapage de soins préalablement reportés pour raisons financières⁶⁹.

Ainsi, en ajustant sur un ensemble des caractéristiques connues pour influencer sur le recours aux soins, nous observons que le risque de ne pas avoir consulté au cours de l'année écoulée est, pour les personnes ne disposant que d'un faible réseau d'aide potentiel, plus de 2 fois supérieur à ce qu'on observe pour celles qui ont un fort réseau d'aide privée potentielle (le risque estimé pour les personnes disposant d'un réseau d'aide privé potentiel moyen se situant entre les deux). A notre connaissance, une telle observation n'a jamais été démontrée statistiquement en France dans des enquêtes conduites en population générale.

Isolement et recours aux urgences médicales

Dans l'étude du lien entre soutien social et recours aux soins, nous avons aussi observé le recours aux urgences dans l'année écoulée. Le recours aux urgences ne se cantonne pas – toutes les données d'activité des services d'urgence le montrent – aux urgences vitales, ni même aux urgences effectivement perçues comme telles par les personnes (qu'elles correspondent ou non à une urgence médicale, définie par les professionnels de santé). Pour tous les autres motifs de recours, le choix de s'adresser aux urgences plutôt qu'à un autre type de structure peut être révélateur de comportements socialement déterminés vis à vis de la santé. Notre hypothèse était que le recours aux urgences, moyennant le contrôle de quelques variables comme les maladies déclarées, l'âge, la couverture maladie, etc., serait plus fréquent chez les personnes isolées socialement et bénéficiant d'un faible soutien social, comparativement aux personnes plus entourées.

Le modèle présenté ici est très proche du précédent ; la variable dépendante est le recours aux urgences dans les 12 derniers mois, et la variable explicative est le sentiment d'isolement en 2 modalités : se sent seul (plutôt ou très), se sent entouré (plutôt ou très).

⁶⁸ Auvray L et al., *Santé soins et protection sociale en 2000*, Paris, Credes, 2001

⁶⁹ Grignon M, Perronnin M. Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, *Questions d'économie de la santé*, Bulletin d'information en économie de la santé, n°74, Novembre 2003.

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

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

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

On observe qu'à âge, sexe, couverture maladie et nombre de maladies chroniques déclarées identiques, les personnes se sentant seules ont recouru aux urgences 1,5 fois plus fréquemment au cours des 12 derniers mois que les personnes se déclarant entourées. Cette première analyse ne nous permet pas de conclure quant aux causes d'un tel comportement ; l'hypothèse d'un plus grand désarroi face à l'incident de santé (ou à l'offre médicale) peut être évoquée, en lien éventuellement avec une plus faible opportunité de contacts et de conseils en matière de santé et de recours aux soins par un entourage plus restreint, voire absent.

Vie de quartier

Au delà des critères objectifs liés au quartier (qualité du bâti, propreté, criminalité, etc.) repérés par diverses institutions (EDL, Mission Ville, Préfecture de police, etc.), nous avons interrogé les habitants sur le rapport qu'ils entretiennent avec leur quartier. Notons ici que le questionnaire n'imposait aucune définition ni délimitation du quartier considéré aux enquêtés qui, au travers de ce terme, ont pu se référer à la réalité qui leur convenait. Le quartier dont parlent les enquêtés est donc leur quartier « vécu », évidemment propre à chacun et sans doute variable pour chaque enquêté suivant les questions traitant de cet espace. Ce choix méthodologique a l'inconvénient de ne pas nous permettre une comparaison stricte des réponses, mais il est souvent adopté dans ce type d'enquêtes car il a le grand avantage de ne pas imposer à l'enquêté une définition de frontières qui n'aurait pas de sens pour lui.

I. Les perceptions du quartier de résidence

Près de la moitié des enquêtés habitent leur quartier depuis moins de 5 ans

En moyenne, les personnes interrogées résident dans leur quartier depuis 12,3 ans (écart type= 13,1 ans). Comme pour l'ancienneté dans le logement, les différences sur ce point entre individus sont grandes. Près de la moitié des enquêtés habitent le quartier depuis moins de 5 ans. Bien que la moyenne d'âge sur le quartier Saint Blaise - Porte de Montreuil soit plus élevée (44,2 ans vs 42,1 ans), les différences entre Saint Blaise - Porte de Montreuil et Belleville - Amandiers ne sont pas significatives. Seuls 6,4 % des enquêtés vivent depuis toujours dans le quartier.

8 enquêtés sur 10 aiment habiter dans leur quartier

A la question « *Aimez vous habiter dans ce quartier ?* », 79,2% des personnes interrogées répondent par l'affirmative. Les habitants de Belleville - Amandiers déclarent plus souvent que ceux de Saint Blaise - Porte de Montreuil qu'ils aiment habiter dans leur quartier (83,9% vs 69,8%). Il est en outre probable qu'au sein de chacune de ces zones, des différences existent selon les sous-quartiers. Ainsi, par exemple, la même question posée en 2001 aux habitants de la ZUS de Belleville n'avait reçue « que » 66,3% de réponses positives. Une analyse multivariée permettrait ici d'aller plus loin dans l'analyse en repérant l'effet spécifique de la localisation géographique sur cette appréciation (en contrôlant les autres facteurs de type statut d'occupation du logement, statut socioéconomique, etc.).

L'enquête permanente sur les conditions de vie de l'INSEE et plus particulièrement son extension « quartiers » posait en 2001 la question : « *Votre quartier est-il agréable à vivre ?* ». S'il convient de noter que le contenu de cette question n'est pas le même que « *Aimez vous*

habiter dans ce quartier ? », les résultats de l'analyse de cette enquête⁷⁰ peuvent être mis en avant à des fins de comparaison.

Dans l'enquête INSEE, 90% des citoyens âgés de plus de 15 ans déclarent que leur quartier est agréable à vivre, mais ce chiffre varie fortement puisque plus de 30% des habitants des ZUS déclarent que leur quartier n'est pas agréable à vivre, ce chiffre s'élevant même à 40% dans les ZUS de l'Unité Urbaine de Paris. Les auteurs montrent que c'est le fait d'habiter dans un quartier où le taux de chômage est élevé qui est le plus corrélé à la probabilité de répondre non à cette question. Suivant leurs observations, dans un quartier (de tout type mais appartenant à une unité urbaine) où le taux de chômage est supérieur à 17%, plus de 20% des interviewés donnent une réponse négative à la question relative au caractère agréable de leur quartier. Dans notre cas, (19,1% de chômeurs pour les deux quartiers dans notre échantillon), ce sont 20,8% des interviewés qui déclarent ne pas aimer habiter leur quartier. Nous sommes donc très proches des résultats avancés par l'étude INSEE. Comme ses auteurs, il convient de noter que ce qui est établi dans cette corrélation « n'est pas un lien de cause à effet, mais plutôt un phénomène de concentration des populations les plus défavorisées dans les cadres de vie les moins agréables »⁷¹.

De manière assez surprenante, le fait d'aimer habiter son quartier n'est pas lié de façon significative avec l'ancienneté dans le quartier ni dans le logement. Il est par contre lié au fait de se sentir bien dans son logement ($p < 10^{-3}$) et au statut d'occupation du logement ($p < 10^{-3}$), les propriétaires déclarant, pour 86% d'entre eux aimer habiter le quartier. Comme l'avait pressenti Patrick Simon dans sa thèse sur Belleville⁷², ce sont les personnes locataires de logements HLM qui sont les plus négatives dans leur rapport affectif au quartier puisque plus d'un quart d'entre elles déclarent ne pas aimer habiter ce quartier, quand bien même leurs conditions de logement ne sont pas les plus déplorables (cf. points ci-dessus). Ceci peut s'expliquer, en partie, par le fait que les locataires de logements HLM n'ont *a priori* pas choisi leur quartier comme ont pu le faire les propriétaires ou les autres locataires (du moins dans une certaine mesure, étant entendu que le coût de l'immobilier contraint évidemment l'étendue des choix sur le marché privé).

Un sentiment d'insécurité moins fréquent à Belleville - Amandiers

Par ailleurs, 41,5% des enquêtés se sentent tout à fait en sécurité dans leur quartier, et 34,8% plutôt en sécurité. C'est à Belleville - Amandiers que les habitants se sentent le plus en sécurité (80,2% vs 78,5%, $p < 10^{-3}$).

Le sentiment d'insécurité est lié de façon significative ($p = 0,02$) au statut d'occupation des logements et, là encore, ce sont les locataires des logements HLM qui sont les plus nombreux à manifester un sentiment d'insécurité (27,8% d'entre eux).

Cause ou conséquence, le fait d'avoir de bonnes relations avec ses voisins et d'avoir des amis dans le quartier est significativement lié avec le sentiment de sécurité. Par ailleurs, avoir subi des nuisances dues à la réputation du quartier s'accompagne d'une plus forte déclaration de sentiment d'insécurité.

⁷⁰ RIZK C. Citadins, votre quartier est-il agréable à vivre ? *INSEE Première*, n°934, déc 2003.

⁷¹ RIZK C. Citadins, votre quartier est-il agréable à vivre ? *INSEE Première*, n°934, déc 2003.

⁷² SIMON P. *La société partagée, relations interethniques et interclasses dans un quartier en rénovation, Belleville Paris 20*. Paris, EHESS, 1994, 557p

Le fait d'aimer ou non son quartier est très significativement lié au sentiment d'insécurité ($p < 10^{-3}$), les individus ne se sentant pas en sécurité dans leur quartier (23,7% de l'échantillon en 2003 contre 38,1% en 2001 sur les 5 ZUS) déclarent à 70% ne pas aimer vivre dans le quartier (76,5% en 2001 sur les 5 ZUS).

RAPPORT AU QUARTIER DE RESIDENCE SELON LES QUARTIERS (EN %)			
	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble
Aimez vous habiter dans ce quartier ? ($p < 10^{-3}$)			
Oui, tout à fait	59,7	32,5	50,7
Oui, plutôt	24,2	37,3	28,5
Non, pas tellement	9,1	19,7	12,6
Non, pas du tout	7,1	10,5	8,2
Vous sentez vous en sécurité dans votre quartier ? ($p < 10^{-3}$)			
Oui, tout à fait	48,3	27,8	41,5
Oui, plutôt	31,9	40,7	34,8
Non, pas tellement	13,9	22,7	16,8
Non, pas du tout	5,9	8,8	6,9

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

A titre de comparaison, on peut mentionner que nous avons demandé en 2001, aux habitants de 5 ZUS franciliennes, s'il leur arrivait personnellement de se sentir en insécurité dans leur quartier. Les réponses à ces questions se distribuaient ainsi : oui, souvent (13,0%) ; oui, de temps en temps (18,6%) ; oui, mais exceptionnellement (6,5%) ; non (61,7%) ; ne sait pas (0,2%).

Un habitant sur deux estime que son quartier a mauvaise réputation

Les avis sur la réputation du quartier sont pour le moins partagés puisque 49,9% des interviewés considèrent que leur quartier a une bonne réputation contre 50,1% qui considèrent l'inverse. Sur ce point en particulier l'analyse par quartier est intéressante. En effet, si aucun des deux quartiers n'est considéré comme ayant une très bonne réputation, le pourcentage d'avis favorables pour Belleville - Amandiers s'élève à 56,8% contre 63,8% d'avis défavorables dans le cas de Saint Blaise - Porte de Montreuil.

REPUTATION DU QUARTIER DE RESIDENCE, TELLE QUE PERÇUE PAR LES HABITANTS (EN%)

	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble
Très bonne	4,4	1,7	3,5
Bonne	52,4	34,5	46,4
Mauvaise	37,2	52,9	42,4
Très mauvaise	6,0	10,9	7,6

$p < 10^{-3}$. La question était : « d'une manière générale, quelle est la réputation de votre quartier ? »

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

L'analyse des relations entre variables est riche d'enseignements. Si les personnes les plus récemment arrivées dans le quartier ont un avis plus favorable que les autres sur la réputation de celui-ci ($p=0,02$), celles qui sont logées en HLM sont les plus négatives sur la réputation du quartier ($p < 10^{-3}$).

Si l'on essaie de rendre compte d'un indicateur global de bien être dans le quartier, on constate que les personnes qui considèrent que leur quartier a une bonne réputation sont aussi celles qui s'y sentent le plus en sécurité et qui apprécient le plus le fait d'y habiter. Le fait d'avoir de la famille ou des amis dans le quartier n'influe pas de façon significative sur l'appréhension de la réputation du quartier.

Un sentiment de honte vis à vis de son quartier plus fréquent à Saint Blaise – Porte de Montreuil

Si la moitié des enquêtés déclarent que leur quartier a mauvaise réputation, celle-ci ne leur a causé du tort dans leurs relations avec leurs amis ou leurs collègues «que» dans 9,8% des cas. Seules 2,3% des personnes déclarent que la réputation de leur quartier a nui à leur recherche d'emploi. Et 7,9% des enquêtés ont déjà éprouvé de la honte vis à vis de leur quartier. Pour ce dernier point, les habitants de Saint Blaise – Porte de Montreuil sont plus souvent concernés que les habitants de Belleville – Amandiers ($p < 10^{-3}$). Cette remarque a son importance dans une analyse possible des effets de «l'identité locale», le quartier de Belleville - Amandiers pouvant, dans une certaine mesure, être rapproché du cas des quartiers de «centres anciens», tandis que Saint Blaise – Porte de Montreuil se rapproche davantage du type «grands ensembles». ⁷³

Les étrangers plus soumis, entre autres, aux discriminations liées au quartier de résidence

Nous avons aussi interrogé les personnes de notre échantillon à propos des discriminations dont ils avaient été personnellement victimes au cours des 12 derniers mois. Les données issues de cette question sont détaillées dans la suite du rapport, mais on s'intéressera ici à l'aspect particulier des discriminations liées au lieu de résidence.

Celles-ci ont concerné 7,8% des enquêtés au cours de l'année écoulée (1,8% souvent, 6,0% de temps en temps), sans différences significatives selon le quartier de résidence. Ce type de discrimination est corrélé ($p < 10^{-3}$) avec les 6 autres types de discriminations proposés, mais

⁷³ Cf. Villechaise-Dupont A. *Amère banlieue, les gens des grands ensembles*. Paris, Grasset/le Monde de l'Education, 2000.

c'est plus particulièrement avec la discrimination liée à la situation sociale et financière que le lien est le plus fort, puisque près de 40% des interviewés ayant déclaré l'une ont aussi déclaré l'autre. Les étrangers sont plus soumis (ou sensibles) à ce type de discrimination que les Français (14,3% vs 6,1%, $p < 10^{-3}$). Si la différence n'est pas statistiquement significative entre les statuts d'occupation des logements ($p=0,08$), les locataires de logements HLM déclarent cependant plus ce type de discrimination que les autres (10,1%).

Contrairement à ce qu'on pouvait imaginer à la lecture de l'abondante littérature sur la question des «quartiers», le fait d'être ou non au chômage n'intervient pas ici, les chômeurs déclarant même moins souvent ce type de discrimination que les actifs ayant un emploi. Parmi les gens qui ont subi ce type de discrimination, 31,9% déclarent aussi ne pas aimer leur quartier ($p=0,02$), chiffre que l'on aurait pu penser plus élevé.

Pour approcher de manière plus fine la question de l'appréciation du quartier, nous avons soumis cette question à une analyse multivariée. Le tableau suivant présente le modèle obtenu.

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIEES A UNE APPRECIATION NEGATIVE DU QUARTIER (ANALYSE MULTIVARIEE)

		Odds Ratio*	IC 95%	
Quartier	<i>Saint Blaise –Porte de Montreuil</i>	<i>réf.</i>		
	Belleville – Amandiers	0,47	0,33	0,65
Age	<i>60ans et plus</i>	<i>réf.</i>		
	18-24 ans	0,49	0,26	0,92
	25-34 ans	0,57	0,30	1,06
	35-44 ans	0,59	0,31	1,13
	45-59 ans	0,82	0,45	1,51
Situation professionnelle	<i>Inactif</i>	<i>réf.</i>		
	Actif ayant un emploi	0,74	0,46	1,19
	Chômeur	1,41	0,79	2,52
Sexe	<i>Femme</i>	<i>réf.</i>		
	Homme	0,89	0,64	1,26
Nationalité	<i>Etranger</i>	<i>réf.</i>		
	Français	0,96	0,64	1,46

*OR de répondre par la négative à la question « Aimez-vous habiter votre quartier ? »

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Satisfaction et insatisfaction vis à vis de différents équipements du quartier

Notre enquête s'intéressait à la façon dont les habitants des quartiers Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement considèrent la dotation de leur quartier en un certain nombre d'équipements et la qualité de ceux-ci. Les différences entre quartiers ont été recherchées, elles n'existent pas pour tous les items.

Bien qu'ils soient diversement dotés en commerces, les deux quartiers sont jugés de manière très positive quant à leur offre commerciale, puisque plus de 80% des enquêtés se déclarent satisfaits par l'offre existante. La satisfaction vis à vis des commerces est liée de manière significative à l'âge (les plus âgés sont moins satisfaits), aux autres éléments de satisfactions proposés (les plus satisfaits dans un domaine sont les plus satisfaits dans les autres), au fait d'aimer son quartier, à l'ancienneté dans le quartier et dans le logement (les personnes arrivées le plus récemment sont les plus satisfaites).

L'entretien et la propreté des voies publiques à revoir

Plus de 55% des enquêtés se déclarent non satisfaits par l'entretien et la propreté des quartiers, et ce aussi bien à Belleville - Amandiers qu'à Saint Blaise - Porte de Montreuil. Les seuls éléments significativement liés sont les autres éléments de satisfaction et le fait d'aimer son quartier.

SATISFACTION VIS A VIS DE DIFFERENTS EQUIPEMENTS DU QUARTIER (EN%)

	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble
Les commerces (NS*)			
Très satisfait	34,3	21,4	30,0
Plutôt satisfait	47,3	57,6	50,7
Plutôt pas satisfait	12,5	14,6	13,2
Pas du tout satisfait	5,6	6,1	5,7
NSP	,3	,3	,3
Les services médicaux ($p < 10^{-2}$)			
Très satisfait	26,2	14,9	22,4
Plutôt satisfait	50,1	54,4	51,5
Plutôt pas satisfait	6,7	11,1	8,2
Pas du tout satisfait	2,2	2,7	2,4
NSP	14,8	16,9	15,5
Les écoles et les établissements d'enseignement ($p < 10^{-2}$)			
Très satisfait	14,5	7,1	12,0
Plutôt satisfait	30,8	38,9	33,5
Plutôt pas satisfait	9,4	12,2	10,3
Pas du tout satisfait	4,5	6,1	5,1
NSP	40,7	35,8	39,1
L'entretien et la propreté de la voie publique (NS*)			
Très satisfait	8,2	4,8	7,1
Plutôt satisfait	35,0	37,8	35,9
Plutôt pas satisfait	32,3	37,1	33,9
Pas du tout satisfait	23,4	19,4	22,1
NSP	1,0	1,0	1,0
Les équipements culturels (cinéma, théâtre, bibliothèque, ...) (NS*)			
Très satisfait	9,6	5,1	8,1
Plutôt satisfait	37,9	41,0	39,0
Plutôt pas satisfait	27,3	24,1	26,2
Pas du tout satisfait	10,3	14,2	11,6
NSP	14,8	15,6	15,1
Les équipements sportifs ($p < 10^{-3}$)			
Très satisfait	6,7	13,9	9,1
Plutôt satisfait	28,1	51,2	35,8
Plutôt pas satisfait	22,1	11,2	18,4
Pas du tout satisfait	12,0	3,7	9,2
NSP	31,1	20,0	27,4

* Le test statistique a été effectué sans les NSP quand des questions d'effectif l'imposaient.

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Plus d'insatisfaction envers l'offre médicale quand l'état de santé ressenti est mauvais

La satisfaction vis à vis des équipements de santé du quartier est bonne dans l'ensemble puisque près de trois quart des enquêtés se déclarent satisfaits. Cette satisfaction est toutefois plus fréquente à Belleville - Amandiers qu'à Saint Blaise - Porte de Montreuil. Il existe également une différence en fonction de l'âge si l'on tient compte des non réponses plus nombreuses chez les jeunes.

Les plus récemment arrivés dans le quartier ou dans leur logement sont significativement moins satisfaits de l'offre médicale que les autres. Un élément intéressant vient de l'appréciation de l'état de santé général ressenti : les personnes jugeant leur état mauvais sont significativement moins satisfaites des équipements médicaux que les autres (15,1% vs 9,1%, $p < 0,02$). Si l'on observe la réaction des personnes ayant été hospitalisées au cours des 3 derniers mois, le pourcentage de mécontents est de 12,2% et 14,3% ne se prononcent pas.

60,7% des familles satisfaites par l'offre scolaire

Concernant l'offre scolaire, 60,7% des familles avec enfants se déclarent satisfaites de l'offre scolaire. La satisfaction vis à vis des écoles et des établissements d'enseignement est liée de manière significative au sexe et à l'âge, les femmes étant moins satisfaites que les hommes et les plus âgés moins satisfaits que les plus jeunes (même si l'évolution n'est pas strictement linéaire). Là aussi la satisfaction est corrélée aux cinq autres aspects proposés et au fait d'aimer son quartier.

Les plus récemment arrivés dans leur logement ou dans le quartier sont significativement moins satisfaits des écoles et des établissements d'enseignement.

Relativement peu d'intérêt pour les équipements culturels et les équipements sportifs

Le premier constat à propos des équipements culturels et des équipements sportifs concerne le peu d'intérêt que les enquêtés semblent porter à ces deux domaines. En effet, le taux de non réponse atteint 15% dans le premier cas et 27% dans le second (qui s'explique peut être plus aisément par l'effet de l'âge). L'âge joue de manière significative sur la satisfaction vis à vis des équipements culturels (les plus jeunes sont les plus satisfaits), ainsi que le niveau d'étude (les plus diplômés sont les moins satisfaits). La satisfaction à l'égard des équipements culturels et les équipements sportifs est liée à la satisfaction vis-à-vis des autres domaines interrogés. Plus particulièrement, la satisfaction vis à vis des équipements sportifs est liée de manière significative à l'âge (les plus jeunes sont les plus satisfaits) ainsi qu'au fait d'être depuis longtemps dans le quartier. La différence entre quartiers peut s'expliquer par la présence Porte de Montreuil de vastes complexes sportifs même si l'on a vu plus haut que leur accès restait problématique.

Solde d'opinions favorables sur différents aspects du quartier de résidence

Afin de proposer un bilan synthétique de l'opinion des enquêtés sur leur quartier de résidence, nous avons construit un indicateur correspondant à la différence entre le nombre de réponses favorables sur un item (par exemple les commerces) et les réponses défavorables. Un signe négatif indique donc un nombre plus important d'avis négatifs que positifs.

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

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

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

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

II. Les relations de voisinage

Plus de trois quarts des personnes ont de bonnes relations avec leurs voisins

77,2% des enquêtés déclarent entretenir de bonnes relations avec leurs voisins. Seuls 5,1% se plaignent de mauvaises relations, mais 17,7% de notre échantillon dit n'avoir aucune relation avec ses voisins. La différence entre quartiers n'est pas significative au seuil de 5% ($p=0,08$) ; toutefois, le pourcentage d'individus ne déclarant aucune relation avec ses voisins est supérieur de plus de 6 points à Saint Blaise - Porte de Montreuil, comparativement à Belleville - Amandiers.

QUALITE DES RELATIONS AVEC LE VOISINAGE (EN%)

	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble
Très bonnes	30,3	22,9	27,8
Plutôt bonnes	49,0	50,2	49,4
Plutôt mauvaises	4,0	4,1	4,1
Très mauvaises	1,0	1,0	1,0
N'a aucune relation avec eux	15,7	21,8	17,7

Les différences entre quartiers ne sont pas significatives

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

La qualité des relations avec le voisinage est logiquement corrélée avec un grand nombre d'autres variables ayant trait à l'appréhension du quartier, comme le montre le tableau suivant. Celui-ci met en évidence un certain nombre de points intéressants. Tout d'abord, comme on pouvait s'y attendre, la qualité des relations avec le voisinage et l'entrée en relation avec le voisinage croît avec l'ancienneté dans le logement et dans le quartier. Une analyse multivariée permettrait ici de définir qui, de l'âge ou de l'ancienneté dans le quartier, est le plus déterminant vis à vis de ces relations. Nous interrogeons aussi les problèmes liés au logement (problèmes spécifiques au logement et non au voisinage comme le bruit, etc.). Il apparaît nettement que vivre dans un logement correct et s'y sentir bien est significativement lié avec la qualité et l'existence de relations de voisinage, sans qu'il soit évidemment possible ici de parler de rapport de cause à effet. Le statut d'occupation du logement étant lié à l'ancienneté dans le logement, il ne nous renseigne pas, en analyse univariée, sur les associations entre statut d'occupation (propriétaire, locataire, notamment de logement HLM) et relations de voisinage, même si l'on observe nettement que les personnes logées de façon précaire (telles que définies plus haut) déclarent bien plus souvent que les autres une absence de relation ou de mauvaises relations. Enfin, une appréhension globale positive du quartier (aimer son quartier, s'y sentir en sécurité, considérer qu'il a une bonne réputation) est liée de façon significative à la qualité des relations de voisinage, sans qu'il soit ici non plus possible de séparer la cause de l'effet.

QUALITE DES RELATIONS AVEC LE VOISINAGE EN FONCTION DE VARIABLES RELATIVES AU
QUARTIER

	Bonnes relations avec les voisins	Mauvaises relations avec les voisins	Aucune relation avec les voisins
Ancienneté dans le quartier ($p < 10^{-3}$)			
1 an ou moins	60,5	4,7	34,9
]1, 5]	71,8	6,3	22,0
]5, 15]	81,2	4,8	14,0
plus de 15 ans	86,5	4,7	8,7
Ancienneté dans le logement ($p < 10^{-3}$)			
1 an ou moins	64,1	4,4	31,5
]1, 5]	74,9	6,6	18,5
]5, 15]	82,0	3,9	14,1
plus de 15 ans	86,5	5,1	8,4
Présence de problèmes liés au logement ($p < 10^{-3}$)			
Aucun problème	83,1	1,0	15,9
Au moins un problème	73,8	7,0	19,1
Ressenti du logement ($p < 10^{-3}$)			
Se sent bien dans son logement malgré ses inconvénients éventuels	79,2	3,6	17,2
Ne se sent pas bien dans son logement	66,2	13,2	20,6
Statut d'occupation du logement ($p = 0,03$)*			
Propriétaire ou accédant à la propriété	86,9	5,6	7,5
Locataire d'un logement HLM	75,5	5,3	19,1
Locataire d'un logement non HLM	77,4	2,9	19,7
Autre	73,3	10,5	16,3
Réputation du quartier ($p < 10^{-3}$)			
Bonne réputation	81,7	2,5	15,8
Mauvaise réputation	73,7	7,7	18,6
Insécurité ($p < 10^{-3}$)			
Se sent en sécurité	80,4	4,8	14,9
Ne se sent pas en sécurité	66,7	6,2	27,1
Rapport au quartier ($p < 10^{-3}$)			
Aime habiter son quartier	80,2	3,8	16,0
N'aime pas habiter son quartier	65,8	9,8	24,5
Ensemble	77,1	5,1	17,8

* pour ce cas, le test statistique a été effectué sans les mauvaises relations pour raisons d'effectif
Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Vis à vis des données individuelles, la qualité des relations avec le voisinage est liée de manière significative à l'âge et au statut marital. Les personnes plus âgées entretenant plus souvent de bonnes relations avec leurs voisins que les plus jeunes, la tranche des 25-34 ans étant les moins nombreux à déclarer de bonnes relations (68,2% d'entre eux). Les mauvaises relations sont plutôt l'apanage des plus jeunes, en effet, 12,2% des moins de 25 ans déplorent

de mauvaises relations contre moins de 5% pour chacune des autres classes d'âge. C'est finalement là aussi au niveau de l'absence de relation que l'analyse est la plus intéressante puisque 27% des 25-34 ans sont dans ce cas contre moins de 16% pour chacune des autres classes d'âge. Concernant le statut marital, le fait d'être en couple est significativement lié avec une fréquence plus intense de relations avec le voisinage (14,3% de non relation contre 21,2%). Le fait d'être un couple avec enfants fait «chuter» ce pourcentage à 10,8% d'absence de relation, la présence d'enfants accentuant l'existence de relations de voisinage.

Les discriminations raciales induisent une baisse de la sociabilité de voisinage

Il est intéressant de remarquer que les Français et les étrangers ont des appréciations presque identiques sur la qualité des relations de voisinage. Par contre, une analyse plus détaillée fait se détacher significativement ($p < 0,05$) les Français «issus de l'immigration» qui déclarent plus souvent une absence de relation avec le voisinage (20,5% vs 26,3% pour les étrangers et 18,8% pour les Français nés de parents français) et moins souvent de bonnes relations de voisinage (70,5% vs 79% et 78,3% respectivement).

Le fait d'avoir été victime de discrimination, notamment au niveau de son origine géographique ou de sa couleur de peau, renforce significativement ($p < 10^{-3}$) la tendance à ne pas entrer en relation avec son voisinage, y compris lorsque ces discriminations ne sont pas déclarées comme provenant du voisinage (même s'il faut noter que près de 55% des discriminations relevées sont imputées au voisinage, à l'entourage ou à la société en général).

Voisinage et soutien social

Au-delà de la seule présence ou absence de relation avec le voisinage et de la qualité des relations potentielles, notre étude s'interrogeait sur la capacité du voisinage en terme de soutien social. Pour cela, nous interrogeons trois dimensions :

- l'aide potentielle sur 5 champs : le fait de pouvoir compter sur quelqu'un pour être aidé à trouver du travail, être aidé à trouver un logement ; être aidé financièrement ou matériellement ; être aidé dans la vie quotidienne (pour un coup de main, etc.) ; avoir un soutien moral ou affectif
- l'aide effectivement reçue au cours des six derniers mois dans trois champs : l'aide financière ou matérielle ; l'aide dans la vie quotidienne ; le soutien moral ou affectif
- et l'aide donnée par la personne interrogée sur ces trois mêmes champs.

AIDE POTENTIELLE DU VOISINAGE (EN %)

	Voisins	Ensemble* (au moins un "oui")
Aide pour trouver du travail	5,0	52,8
Aide pour trouver un logement	6,9	60,0
Aide financière ou matérielle	3,7	73,1
Aide dans la vie quotidienne, pour un coup de main...	25,5	83,6
Soutien moral ou affectif	18,3	88,3
Ensemble (au moins un "oui")	33,0	94,0

* voir le tableau d'origine dans le chapitre sur le soutien social.

AIDE EFFECTIVEMENT REÇUE DU VOISINAGE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS (EN%)

	Voisins	Ensemble* (au moins un "oui")
Financièrement ou matériellement	1,6	38,8
Dans la vie quotidienne, pour un coup de main...	12,0	57,6
Pour un soutien moral ou affectif	10,8	68,2
Ensemble (au moins un "oui")	15,8	77,8

* voir le tableau d'origine dans le chapitre sur le soutien social.

AIDE APPORTÉE PAR L'INTERVIEWÉ AU VOISINAGE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS (EN %)

	Voisins	Ensemble* (au moins un "oui")
Financièrement ou matériellement	4,6	53,1
Dans la vie quotidienne, pour un coup de main...	19,8	73,1
Pour un soutien moral ou affectif	18,6	83,9
Ensemble (au moins un "oui")	26,1	89,1

* voir le tableau d'origine dans le chapitre sur le soutien social.

Ces trois analyses nous apprennent plusieurs choses sur le voisinage dans sa dimension de ressource. Tout d'abord, près d'un enquêté sur trois pense pouvoir compter sur ses voisins en cas de besoin, principalement pour l'aide dans la vie quotidienne et pour un soutien affectif. Le soutien potentiel des voisins pour trouver un emploi et pour trouver un logement est marginal (moins de 7%) – d'autant plus si on le compare au soutien potentiel des amis, de la famille ou des institutions, sur lequel plus de la moitié des enquêtés estiment pouvoir compter.

Si 30% des enquêtés pensent pouvoir compter sur leurs voisins pour l'un des cinq champs considérés, seuls 15% disent avoir effectivement bénéficié d'une telle aide au cours des 6 mois écoulés (l'aide dans la recherche de logement et de travail n'étant toutefois pas interrogée ici). L'enquête ne permet cependant pas de savoir si une aide a été effectivement sollicitée au cours des 6 derniers mois par les enquêtés à leurs voisins. L'aide la plus fréquente est celle qui concerne les coups de main dans la vie quotidienne, là encore les aides

purement matérielles sont très marginales (1,6%), alors que 38,8% des enquêtés déclarent en avoir effectivement bénéficié au cours des 6 derniers mois.

Enfin, concernant l'aide apportée par les interviewés aux voisins au cours des 6 derniers mois, 26,1% des enquêtés déclarent avoir aidé, sur au moins un des champs, leur(s) voisin(s) au cours de cette période, là aussi principalement en ce qui concerne les coups de main dans la vie quotidienne. On remarque ainsi que les personnes interrogées déclarent presque deux fois plus d'aide de leur part vis-à-vis de leurs voisins que l'inverse.

De l'aide potentielle...

Ces trois indicateurs de ressource jouée par le voisinage ont été croisés avec la batterie classique des indicateurs socio-professionnels et quelques indicateurs liés au quartier. La nationalité joue sur l'appréciation de l'aide potentielle, seuls 26,8% des étrangers considérant pouvoir compter sur leurs voisins pour au moins un des 5 champs considérés, contre 34,6% des Français ($p < 0,05$). La catégorie socio-professionnelle est la variable individuelle la plus corrélée à l'appréciation d'aide potentielle par le voisinage ($p = 0,01$).

APPRECIATION DE L'AIDE POTENTIELLE APPOREE PAR LE VOISINAGE SUIVANT LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE (EN %)

	Aucune aide possible	Aide possible pour au moins un des cinq champs
artisans, commerçants et chefs d'entreprise	86,7	13,3
cadres et professions intellectuelles supérieures	53,4	46,6
professions intermédiaires	72,5	27,5
employés	65,7	34,3
ouvriers	65,5	34,5
retraités	62,7	37,3
autres sans activité professionnelle	74,8	25,2
chômeurs	66,3	33,7
Ensemble	67,1	32,9

$p = 0,01$ - Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

On remarque ainsi que ce sont les cadres et professions intellectuelles supérieures qui considèrent le plus leur voisinage comme ressource potentielle, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise⁷⁴ paraissant les plus dubitatifs sur cette question.

On peut interpréter cela comme un pur effet de niveau social, mais aussi par un effet de voisinage, la localisation des différentes catégories sociales au sein des quartiers Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement semblant ne pas déroger à la règle d'une relative faible mixité sociale, surtout en ce qui concerne les catégories les plus hautes. Il est ainsi plus probable quand on est cadre d'avoir des cadres comme voisins plutôt que des ouvriers, et il est dès lors plus évident d'imaginer un potentiel support entre pairs.

⁷⁴ peu nombreux dans notre échantillon et de ce fait exclus du calcul du χ^2 pour cette analyse.

L'appréciation de l'aide potentielle apportée par le voisinage est, comme on pouvait s'y attendre, très corrélée avec le jugement sur les relations avec le voisinage. Cependant, même parmi ceux qui jugent ces relations très mauvaises, 11,1% estiment pouvoir compter sur leurs voisins pour l'un ou l'autre des 5 champs considérés ici. On note enfin un lien significatif avec l'ancienneté dans le quartier (mais pas avec l'âge), les plus récemment arrivés étant logiquement les plus dubitatifs quant à l'aide qu'ils pourraient recevoir de leurs voisins.

...à l'aide effectivement reçue

L'aide effectivement reçue par les enquêtés de la part de leurs voisins au cours des 6 derniers mois est liée au quartier d'habitation ($p=0,02$), à l'âge ($p<10^{-2}$), à l'ancienneté dans le quartier ($p<10^{-2}$) et à l'appréciation sur les relations avec le voisinage ($p<10^{-3}$).

Il apparaît que les relations entre voisins se concrétisent plus souvent par une aide effective à Belleville - Amandiers qu'à Saint Blaise - Porte de Montreuil (17,7% vs 11,9%). Les 35-44 ans sont la classe d'âge au sein de laquelle on enregistre le plus fort pourcentage d'aide effective au cours des 6 derniers mois (23,8%) suivis par les plus de 60 ans (19,8%). L'ancienneté de la présence dans le quartier joue aussi ici un rôle important : ainsi, seuls 8,5% des enquêtés habitant le quartier depuis moins d'un an ont reçu une aide de la part de leurs voisins au cours des 6 derniers mois. Concernant l'effet des relations avec le voisinage, les personnes déclarant être en très mauvais terme avec leurs voisins n'ont reçu aucune aide de ces derniers au cours des 6 derniers mois.

Il est intéressant de se pencher à nouveau sur les catégories socio-professionnelles. En effet, si cette variable n'est plus significative dans le cas des relations d'aide effective, on remarque que les cadres et les professions intellectuelles restent les plus forts « consommateurs » d'aide de voisinage. En effet, 21,6% d'entre eux ont bénéficié d'une telle aide au cours des 6 derniers mois, tandis que les inactifs (personnes au foyer, invalides, étudiants) sont ceux qui en ont le moins bénéficié (12,3% d'entre eux). Le cas des chômeurs est intéressant puisque s'ils n'étaient « que » 33,7% à estimer pouvoir compter sur une aide, ils sont près de 20,2% à en avoir effectivement bénéficié. Hormis les artisans qui ont pu compter sur plus d'aide qu'ils n'en espéraient, les chômeurs sont, juste après les personnes sans activité, ceux dont le rapport aide potentielle/aide effective est le plus fort.

La nationalité qui discriminait la variable précédente n'entre plus en jeu dans le cas de l'aide effective.

L'aide apportée

L'aide apportée par les interviewés à leurs voisins au cours des 6 derniers mois est significativement liée à l'âge, à l'ancienneté dans le quartier, à l'appréciation sur les relations entretenues avec les voisins et avec la PCS, dans le même ordre que ce qui a été vu précédemment.

Les réseaux familiaux et amicaux à l'échelle du quartier apparaissent plus développés à Belleville - Amandiers qu'à Saint Blaise - Porte de Montreuil

L'étude s'interrogeait sur la présence, pour les interviewés, de relations amicales ou familiales dans le quartier.

FREQUENCE DES RELATIONS AMICALES ET FAMILIALES DANS LE QUARTIER DE RESIDENCE SELON LE QUARTIER (EN %)

	Belleville - Amandiers	St Blaise - Pte de Montreuil	Ensemble
Famille dans le quartier ($p < 10^{-2}$)			
Oui	22,1	12,8	19,0
Non	77,9	87,2	81,0
Amis dans le quartier (NS)			
Oui	50,2	44,0	48,1
Non	49,8	56,0	51,9

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

La première observation est liée à la place occupée par la famille. En effet, on a vu plus haut que seule une petite portion des enquêtés était originaire de Paris intra muros, ce qui trouve un écho dans la présence ou non de famille dans le quartier. En effet, seul 1 enquêté sur 5 déclare compter des membres de sa famille dans le quartier (non compris les membres du foyer). La différence entre les deux quartiers est significative, la plus forte fréquence de familles élargies dans Belleville - Amandiers pouvant s'expliquer par la tradition d'immigration qui caractérise le quartier, immigration fortement liée à des filières de cooptation.

La deuxième observation concerne la relative importance des relations amicales dans le quartier. En effet, près d'un enquêté sur deux déclare avoir des amis dans le quartier, là aussi plus souvent à Belleville - Amandiers qu'à Saint Blaise - Porte de Montreuil, même si la différence n'est pas significative. Le quartier semble donc un territoire important pour le développement de relations amicales, que celles-ci se soient créées dans le quartier ou qu'un phénomène de cooptation entre amis ait joué.

Pour analyser plus finement la question des réseaux amicaux et familiaux à l'échelle du quartier, un modèle d'analyse multivariée a été réalisé – dont les résultats sont présentés dans les tableaux ci-dessous : le premier tableau présentant en analyse univariée (une par une, donc) la distribution de l'âge, du niveau de diplôme, de la PCS et de l'ancienneté dans le quartier en fonction du fait d'avoir, ou pas, des amis dans le quartier. Le second tableau présentant les résultats de l'analyse multivariée, toutes ces caractéristiques étant prises en compte simultanément.

FREQUENCE DES FACTEURS SIGNIFICATIVEMENT ASSOCIES A LA PRESENCE D'UN RESEAU AMICAL A L'ECHELLE DU QUARTIER (ANALYSE UNIVARIEE, EN%)

	A des amis dans le quartier	N'a pas d'amis dans le quartier
Age ($p < 10^{-3}$)		
18-24 ans	63,0	37,0
25-34 ans	50,2	9,8
35-44 ans	47,7	52,3
45-59 ans	43,3	56,7
60 ans et plus	32,8	67,2
Diplôme ($p < 10^{-2}$)		
Aucun ou CEP	37,9	62,1
BEPC, CAP, BEP	41,6	58,4
Bac pro, techn, général	51,2	48,8
Bac+2	50,4	49,6
Bac+3 ou +	56,0	44,0
PCS ($p < 10^{-3}$)		
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	14,3	85,7
Cadres et professions intellectuelles sup.	69,9	30,1
Professions intermédiaires	50,0	50,0
Employés	44,2	55,8
Ouvriers	44,1	55,9
Retraités	30,2	69,8
Autres sans activité professionnelle	53,4	46,6
Chômeurs	46,2	53,8
Ancienneté dans le quartier ($p=0,02$)		
1 an ou moins	43,4	56,6
]1, 5]	40,9	59,1
]5, 15]	50,2	49,8
plus de 15 ans	53,4	46,6
Total	47,6	52,4

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

CARACTERISTIQUES ASSOCIEES A L'EXISTENCE D'UN RESEAU AMICAL A L'ECHELLE DU
QUARTIER (ANALYSE MULTIVARIEE)

		Odds Ratio	IC 95%	
PCS	chômeurs	<i>Ref.</i>		
	artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0,16	0,03	0,82
	cadres et professions intellectuelles supérieures	2,81	1,529	5,17
	professions intermédiaires	1,02	0,59	1,74
	employés	0,89	0,53	1,49
	ouvriers	0,90	0,45	1,78
	retraités	0,45	0,18	1,10
	autres sans activité professionnelle	1,04	0,60	1,79
Age	60 ans et plus	<i>Ref.</i>		
	18-24 ans	3,18	1,26	8,02
	25-34 ans	2,04	0,84	4,99
	35-44 ans	1,48	0,61	3,56
	45-59 ans	0,97	0,43	2,20
Niveau d'étude	supérieur	<i>Ref.</i>		
	aucun ou primaire	0,61	0,36	1,04
	2ndaire cycle 1	0,66	0,42	1,03
	2ndaire cycle 2	0,61	0,42	0,90
Ancienneté dans le quartier	plus de 15 ans	<i>Ref.</i>		
	1 an ou moins	0,23	0,13	0,39
]1, 5]	0,24	0,15	0,37
]5, 15]	0,52	0,34	0,78

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Lien de citoyenneté et rapport aux institutions

Ce que nous entendons ici par *lien de citoyenneté* renvoie au rapport entre l'individu et l'Etat. En particulier, par l'appartenance citoyenne, l'Etat reconnaît à ses membres des droits et des devoirs et en fait des citoyens à part entière. A défaut d'être rattaché à une famille, d'être intégré dans la vie professionnelle, de participer à la vie sociale, le lien de citoyenneté permettrait ainsi à l'individu de pouvoir au moins se prévaloir d'être reconnu et de bénéficier d'un certain nombre de droits (notamment de droits sociaux). Toutefois, le lien de citoyenneté n'est pas, lui non plus, à l'abri de ruptures. 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. 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 la loi.

I. La situation des étrangers au regard de la loi

Par exemple, dans notre population d'étude, même si le statut de séjour des étrangers donne lieu à 7% de non-réponses, au moins 12,5% des étrangers n'ont pas de statut compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle déclarée – 6,6% déclarant être sans papier, c'est-à-dire en situation irrégulière.

DISTRIBUTION DES STATUTS DE SEJOUR DES ETRANGERS

	% (n = 183)
Carte de résident de 10 ans (avec droit de travailler)	46,5
Carte de séjour de moins de 10 ans avec droit de travailler	31,9
Sans papier	6,6
Carte de séjour de moins de 10 ans sans droit de travailler	2,3
Demandeur d'asile (avec documents l'attestant)	2,3
Statut de réfugié	2,0
Carte de séjour pour soins	1,3
Ne sait pas, Sans réponse	7,2

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

II. La confiance dans les institutions

Au-delà des droits effectivement accordés, il convient de s'interroger sur le rapport que chaque individu entretient avec l'Etat et ses institutions. Une dimension importante de ce

rapport est la confiance dans les institutions. Nous avons ainsi interrogé les individus sur leur confiance dans plusieurs institutions de la société française.

REPARTITION SELON LA CONFIANCE DANS DIFFERENTES INSTITUTIONS

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

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Une confiance majoritaire dans le système de santé

On soulignera que le système de santé est le domaine interrogé envers lequel les enquêtés ont le plus confiance. Seuls 2,1% des enquêtés n'ont pas du tout confiance dans ce système.

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

III. Les discriminations

Les ruptures du lien social de citoyenneté renvoient également au sentiment d'être victime de discrimination. Il s'agit d'un élément essentiel dans la mesure où il correspond au sentiment que le principe fondamental d'égalité n'est pas respecté. Etre victime de discrimination menace ainsi le sentiment d'être un citoyen, et a également des répercussions, comme nous le verrons par la suite, sur diverses dimensions du bien-être et de l'image de soi.

Dans l'enquête, plusieurs aspects de la discrimination étaient interrogés. Au total, 35,3% de la population d'étude déclare avoir été victime de discrimination dans l'un ou l'autre des domaines interrogés au cours de l'année écoulée. Le racisme est le sentiment de discrimination le plus souvent ressenti : il a concerné 20,3% des enquêtés. La discrimination sexuelle est également importante : 12,1% des personnes enquêtées disent avoir été victime de discrimination liée au fait d'être un homme ou une femme au cours des 12 derniers mois – essentiellement des femmes (19,8% des femmes contre seulement 2,3% des hommes). Notons que près de 5% de la population d'étude estime avoir été victime de discrimination du fait de son état de santé.

CONFRONTATION PERSONNELLE A DES DISCRIMINATIONS AU COURS DE L'ANNEE ECOULEE
(EN %)

	souvent	de temps en temps	non
Racisme (discrimination liée à votre couleur, origine géographique, etc.)	4,5	15,7	79,7
Discrimination liée au fait d'être un homme ou une femme	3,4	8,7	87,9
Discrimination liée à votre situation sociale ou financière	1,9	7,3	90,7
Discrimination liée à votre religion	1,7	6,6	91,6
Discrimination liée à votre lieu de résidence	1,8	6,0	92,2
Discrimination liée à vos opinions ou à vos activités politiques ou syndicales	1,8	5,6	92,6
Discrimination liée à votre état de santé, à des maladies ou handicaps	1,5	3,3	95,1

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Un tiers des personnes concernées relatent des discriminations dans la sphère professionnelle et une sur cinq dans une institution publique

La majorité (54,4%) des personnes relatant des discriminations au cours de l'année écoulée déclarent avoir subi de telles expériences avec des voisins, l'entourage ou la société en général ; 34,6% ont subi des discriminations dans la sphère professionnelle (au travail ou en cherchant un emploi) ; 21,7% dans une institution publique (administration, école, hôpital, etc.) ; 9,2% dans le cadre de la famille ou d'affaires familiales ; et 16,3% dans une autre situation.⁷⁵

Des discriminations plus souvent ressenties par les chômeurs

La proportion de personnes relatant avoir été victime de discrimination dans l'année, toutes causes confondues, diffère de façon significative selon le statut professionnel. Les retraités sont le moins souvent concernés, avec une proportion de 22,5%. Les autres inactifs et les personnes ayant un emploi sont touchés dans des proportions voisines (respectivement 37,7% et 36,7%) ; tandis que les chômeurs sont les plus nombreux à relater au moins une discrimination à leur rencontre (41,6%, $p=0,01$). Cette situation négative pour les personnes au chômage se repère aussi dans l'enquête nationale sur le ressenti d'attitudes intolérantes ou discriminatoires (dont le champ n'est donc pas tout à fait le même que celui interrogé dans notre enquête).⁷⁶

Le fait d'avoir été victime de discrimination dans l'année écoulée s'avère lié de façon significative à différentes variables de santé, de bien-être et d'image de soi (voir tableau ci-dessous). Rappelons que les corrélations observées ne signifient pas qu'il y ait une relation

⁷⁵ la somme des pourcentages est supérieure à 100 dans la mesure où une même personne pouvait déclarer des expériences de discrimination dans plusieurs sphères sociales.

⁷⁶ Algava E, Beque M. Le vécu des attitudes intolérantes ou discriminatoires : des moqueries aux comportements racistes. *Etudes et Résultats* Drees, n°290, février 2004.

directe de cause à effet. En outre, si subir des discriminations peut affecter de façon péjorative le bien-être et l'image de soi, on doit aussi penser qu'une image de soi dégradée peut augmenter la tendance à ressentir certaines attitudes comme discriminatoires.

	Victime de discrimination		p
	oui	non	
Symptômes de dépression			<10 ⁻³
Oui	38,9	23,7	
Non	61,1	76,3	
Santé perçue			0,03
Bonne	73,2	79,8	
Moyenne / mauvaise	26,8	20,2	
Réussite comparativement à sa famille			0,001
Mieux réussi que sa famille	25,8	21,4	
Moins bien réussi que sa famille	24,5	16,2	
Situation identique à celle de sa famille	49,7	62,4	
Se sent constamment sous pression			<10 ⁻³
Oui	36,0	23,0	
Non	64,0	77,0	
Se sent rejeté par les autres			<10 ⁻³
Oui	11,2	3,2	
Non	88,8	96,8	
S'estime jugé négativement à cause de ses revenus ou de sa situation professionnelle			<10 ⁻³
Oui	21,4	8,5	
Non	78,6	91,5	
Se sent dévalorisé par les personnes rencontrées dans la vie professionnelle			<10 ⁻³
Oui	20,5	7,2	
Non	79,5	92,8	

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Un quart des Français nés de parents étrangers se déclarent victimes de racisme

Parmi les différentes formes de discrimination interrogées, nous nous sommes ici intéressés plus particulièrement au racisme. Les étrangers rapportent plus souvent que les Français avoir été victime de racisme. Mais c'est aussi le cas de près d'un Français sur 5 : 15% parmi les Français de parents français, et 26% parmi les Français de parents étrangers.

Le fait de déclarer avoir été victime de racisme est également lié à l'âge : la classe d'âge 25-34 ans est en effet la plus concernée (plus d'un quart des enquêtés de cette âge ayant été

confronté au racisme au cours de l'année écoulée). Il n'est, en revanche, pas lié au sexe, au niveau scolaire, ni au diplôme obtenu.

On peut enfin noter que les personnes résidant à Saint Blaise - Porte de Montreuil déclarent plus fréquemment avoir été victime de racisme lors de l'année écoulée que celles qui résident à Belleville - Amandiers. Ces différences persistent et restent significatives même après ajustement sur l'âge, la nationalité et le niveau de diplôme.

PROPORTION DE VICTIMES DE RACISME DANS L'ANNEE ECOULEE SELON QUELQUES
CARACTERISTIQUES

	%	p
Age		0,007
18-24 ans	21,7	
25-34 ans	26,6	
35-44 ans	21,2	
45-59 ans	16,6	
60 ans ou +	11,5	
Nationalité		$p < 10^{-3}$
Français	17,6	
Etranger	30,8	
Origine géographique		$p < 10^{-3}$
Français 2 parents français	15,0	
Français parent(s) étranger(s)	25,7	
Etranger	30,8	
Statut professionnel		0,012
A un emploi	20,2	
Chômeur	23,0	
Retraité	10,9	
Autre inactif	26,5	
Quartier de résidence		0,030
Belleville - Amandiers	18,2	
St-Blaise - Pte de Montreuil	24,4	

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

IV. Le rapport aux institutions et à la sphère politique

Les deux tiers (67,4%) des personnes enquêtées étaient inscrites au moment de l'enquête sur les listes électorales alors que près de 80% des enquêtés sont de nationalité française et que seuls 1,3% déclarent ne pas avoir le droit de vote. Ainsi, 84,0% des personnes ayant le droit de vote étaient inscrites sur les listes électorales au moment de l'enquête en 2003, ce qui est

légèrement inférieur aux moyennes nationales puisque 9 citoyens majeurs sur 10 étaient inscrits sur les listes électorales en 2002⁷⁷.

Lors des dernières élections présidentielles en 2002, 56,4% des personnes interrogées dans notre enquête déclarent s'être rendus aux urnes. Parmi les 43,6% restants, plus de la moitié ne s'est pas déplacé faute de s'être inscrit sur les listes électorales, les autres étaient inscrits mais n'ont trouvé aucun candidat répondant à leurs aspirations (15,4%), considéraient que voter ne sert jamais à rien (8,8%) ou n'avaient pas envie de le faire (2,9%). Au final ce sont 83,5% des inscrits qui déclarent avoir voté lors des dernières élections présidentielles, ce qui est cette fois très proche des chiffres nationaux puisque 85% des électeurs inscrits se sont déplacés pour voter sur l'ensemble du scrutin (1^{er} ou 2^{ème} tour)⁷⁸.

Lorsqu'ils sont interrogés sur la confiance qu'ils accordent à un certain nombre d'institutions ou d'instances de la vie publique (cf. supra), ce sont 87,8% des enquêtés qui déclarent avoir plutôt pas ou pas du tout confiance dans les partis politiques ! A titre de comparaison, les institutions auxquelles les personnes interrogées accordent le moins de crédit, après les partis politiques, sont les syndicats, avec 66,8% de personnes n'ayant pas confiance, l'écart est donc conséquent.

Face à cette désaffection envers les instances chargées de les représenter, on peut s'interroger sur le rapport entretenu par les habitants des deux quartiers Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement, avec les instances politiques et associatives locales. Une question permettait de repérer le jugement des interviewés sur la vie politique à l'échelle du quartier⁷⁹ ; on observe que près de la moitié (47,4%) d'entre eux considère que les actions mises en œuvre dans leur quartier ne tiennent pas compte de l'avis des habitants. Il est intéressant de remarquer que les avis sont très similaires sur les deux quartiers.

Par contre, un grand nombre de variables individuelles et de variables liées au rapport au quartier sont liées à cette appréciation. Ainsi, si l'effet de l'âge n'est pas statistiquement significatif, il est remarquable que l'avis évolue avec l'âge, les plus jeunes étant plus souvent satisfaits que les plus âgés. Le niveau scolaire et la situation au regard de l'emploi sont très significativement liés : les niveaux scolaires les plus faibles étant plus souvent convaincus que les autres que les décisions politiques locales ne tiennent pas compte de l'avis des habitants, tout comme les chômeurs et les inactifs vis-à-vis des actifs ayant un emploi.

Les personnes exclues du champ politique et notamment les étrangers, sont significativement plus nombreuses que les autres à considérer ne pas être pris en compte dans les décisions, tout comme les personnes n'ayant aucune activité associative.

Les habitants déclarant ne pas se sentir bien dans leur quartier (ne pas aimer son quartier, ne pas s'y sentir en sécurité, ne pas avoir de bonnes relations avec ses voisins, etc.) pensent moins souvent que les autres que les décisions prises à l'échelle du quartier tiennent compte de l'avis des habitants.

⁷⁷ Clanché F. La participation électorale au printemps 2002, *Insee Première*, n°877, janvier 2003

⁷⁸ Clanché F. *op. cité*.

⁷⁹ « Selon vous, les actions mises en œuvre dans votre quartier tiennent-elles compte de l'avis des habitants du quartier ? » : Oui tout à fait (9,0%), Oui plutôt (43,6%), Non plutôt pas (27,9%), Non pas du tout (19,5%)

JUGEMENT SUR LES DECISIONS POLITIQUES PRISES AU SEIN DU QUARTIER (EN%)

	Tiennent compte de l'avis des habitants	Ne tiennent pas compte de l'avis des habitants
Age (NS)		
18-24 ans	55,0	45,0
25-34 ans	52,9	47,1
35-44 ans	51,7	48,3
45-59 ans	50,0	50,0
60 ans et plus	40,5	59,5
Situation vis à vis de l'emploi (p<10⁻²)		
Actif ayant un emploi	55,4	44,6
Chômeur	46,7	53,3
Inactif	43,4	56,6
Niveau scolaire (p<10⁻²)		
Aucun ou primaire	46,2	53,8
Secondaire cycle 1	37,9	62,1
Secondaire cycle 2	49,8	50,2
Supérieur	57,0	43,0
Nationalité (p=0.04)		
Français	52,7	47,3
Etranger	41,7	58,3
Double nationalité dont français	45,5	54,5
Statut d'occupation du logement (p=0.04)		
Propriétaire ou accédant à la propriété	55,4	44,6
Locataire d'un logement HLM	46,7	53,3
Locataire d'un logement non HLM	56,5	43,5
Autre	43,1	56,9
Ancienneté dans le quartier (p=0.02)		
1 an ou moins	64,2	35,8
]1, 5]	49,6	50,4
]5, 15]	49,0	51,0
plus de 15 ans	46,8	53,2
Rapport au quartier (p<10⁻³)		
Aime son quartier	55,2	44,8
N'aime pas son quartier	33,3	66,7
Relations avec le voisinage (p=0.02)		
Bonnes	52,2	47,8
Mauvaises	31,0	69,0
Aucune	48,1	51,9
Sentiment d'insécurité (p<10⁻³)		
Se sent en sécurité	57,3	42,7
Ne se sent pas en sécurité	30,2	69,8
Participation associative (p=0.01)		
Participe à au moins une association	58,5	41,5
Ne participe à aucune association	48,2	51,8

Données pondérées - Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

V. La participation associative

Une très faible participation associative

La grande majorité de la population d'étude ne participe à aucune activité associative – qu'il s'agisse d'association culturelle, politique, de parents d'élèves, d'animation, de défense de quartier, etc. En effet, seuls 15,5% participent régulièrement aux activités d'une (ou plusieurs) association(s), et 5,0% y participent « de temps en temps ». C'est nettement moins que la moyenne des franciliens, qui sont près de 40% à adhérer ou à participer à une association.⁸⁰ Ce constat rejoint celui sur l'ensemble de la région, à savoir que l'activité associative est d'autant plus rare que l'environnement urbain est modeste (y compris si l'on tient compte de l'âge et de la catégorie socioprofessionnelle).

Dans notre échantillon, la participation associative ne diffère pas de façon significative selon le quartier de résidence, selon le sexe, ni selon le fait de vivre seul ou avec d'autres personnes.

Par contre, et de façon similaire à ce qui est observé dans l'ensemble de la population française, il existe des différences selon l'âge et selon la nationalité.

PARTICIPATION ASSOCIATIVE SELON QUELQUES CARACTERISTIQUES

	Participe aux activités d'au moins 1 association (%)	p
Age		<0,01
18-24 ans	12,3	
25-34 ans	19,3	
35-44 ans	23,3	
45-59 ans	26,9	
60 ans ou plus	17,6	
Nationalité		<0,01
Français	22,8	
Etranger	12,0	
Origine		<10 ⁻³
Français parents Français	24,8	
Français parent(s) étranger(s)	16,2	
Etranger	12,0	

Données pondérées - Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Par ailleurs, les sociologues ont montré - depuis déjà longtemps - que la participation associative concerne un public bien particulier, recruté d'abord parmi les classes supérieures et plus spécialement dans ses fractions intellectuelles⁸¹. Notre échantillon ne déroge pas à la

⁸⁰ En 2001, d'après l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie de l'INSEE. Cf. Andrieux V, Herviant J. Les Franciliens bien insérés dans leur quartier. *Insee Ile-de-France à la page*, n°215, 2002, 4 p.

⁸¹ Héran F. Un monde sélectif : les associations, *Economie et Statistiques*, n°208, 1988

règle : ainsi, si 34% des cadres et professions intellectuelles supérieures interrogés déclarent participer à au moins une association de façon régulière ou plus ponctuelle, l'engagement associatif ne concerne que 16,7% des employés et 19,5% des ouvriers. La « catégorie » la plus distante de la sphère associative serait celle, très hétérogène, composée des inactifs autres que retraités (étudiants, chômeurs n'ayant jamais travaillé, au foyer, invalides, etc.) au sein de laquelle moins d'un individu sur 10 déclare participer à une association.

Au delà la catégorie socioprofessionnelle, la situation au regard de l'emploi est significativement associé ($p < 10^{-2}$) à la participation associative. On remarque ainsi que si les inactifs restent les plus éloignés du monde associatif (15% d'entre eux participent à une ou plusieurs associations), les actifs ont des profils très différents lorsqu'ils ont un emploi et lorsqu'ils sont chômeurs. En effet, si près d'un actif ayant un emploi sur 4 est adhérent d'association, le pourcentage de chômeurs investis dans le monde associatif n'est que de 18%. Comme l'on montré plusieurs auteurs, l'expérience du chômage - bien que génératrice de besoins, d'une part, et de temps libre d'autre part - tend à éloigner fortement de l'investissement associatif⁸².

De la même manière (mais on a déjà vu que toutes ces variables étaient fortement corrélées entre elles), si l'on considère l'échelle des revenus des ménages, on observe que les individus appartenant à des ménages pauvres participent près de 2 fois moins à des associations que les autres (12,8% vs 24,3%). Les individus appartenant à des ménages modestes ont un comportement proche de ceux des ménages pauvres puisque 14,9 % d'entre eux participent à une ou plusieurs associations. La différence selon le niveau des revenus des ménages apparaît très significative ($p < 10^{-2}$).

Une participation majoritairement orientée vers l'espace local

Lorsque les personnes participent à des associations, celles-ci se trouvent principalement dans le quartier de résidence : 63,0% des enquêtés concernés participent aux activités d'au moins une association située dans leur quartier (soit 12% du total des enquêtés).

L'ancienneté dans le quartier a un impact sur la participation associative et pas seulement sur la participation locale, c'est en effet parmi les personnes les plus récemment arrivées que l'on compte le plus de personnes ne participant à aucune activité associative. Par contre si l'on s'intéresse uniquement aux personnes déclarant un investissement associatif, on observe que l'investissement à l'échelle du quartier progresse sensiblement en fonction de l'ancienneté dans celui-ci, et régresse à nouveau au profit d'un investissement extra local quand les personnes interrogées habitent le quartier depuis plus de 15 ans. Par ailleurs, la participation associative à l'échelle du quartier (vs en dehors de celui-ci) est plus l'apanage des participants âgés (plus de 60 ans) que des jeunes participants, (77,3% contre 63,5% maximum pour les autres classes d'âge), mais les différences ne sont pas significatives.

Sur le plan des PCS, l'analyse du lieu d'investissement associatif est intéressante : en effet, si l'investissement associatif dans son ensemble est une pratique qui concerne plutôt les cadres et les professions intellectuelles que les autres catégories socioprofessionnelles,

⁸² Lazarsfeld P., Jahoda M. Zeisel H., *Les chômeurs de Martienthal*, Les éditions de Minuit, coll. Documents, Paris, 1981

Paugam S., Zoyem J.P., Charbonnel J.M., *Précarité et risques d'exclusion en France*, Paris, La Documentation Française, documents du CERC, n°109, 1993

l'investissement sur le local est lui plutôt une pratique des catégories d'ouvriers ou d'employés, mais là encore les différences ne sont pas significatives. Par delà le lieu de l'investissement, c'est aussi sûrement un type d'association différent qui est pratiqué par les uns et les autres, ce que notre questionnaire ne nous permet cependant pas d'approcher.

L'analyse du lieu d'investissement au travers du prisme de la composition des ménages permet de faire apparaître plus clairement le type d'associations locales fréquentées : en effet, on repère que cette pratique d'investissement local concerne plus les familles (bi ou mono-parentales) avec enfants que les autres, ce qui laisse présager de l'importance des associations liées aux pratiques enfantines ou scolaires (club de sport, de musique, associations de parents d'élèves, etc.). Cependant, encore une fois les différences ne sont pas significatives.

Ce rapide portrait de la participation associative dans les quartiers prioritaires de la Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement (renseignée par notre enquête) étant brossé, détaillons à présent quelques unes des implications de ce type d'engagement sur différents aspects de la vie des personnes.

Participation associative et sociabilité locale

Il apparaît clairement que la participation associative est très corrélée avec l'existence d'un réseau amical à l'échelle du quartier. En analyse multivariée, après ajustement sur le sexe, l'âge, le statut d'activité, la nationalité et la PCS, les personnes qui participent à une association s'inscrivent 1,8 fois plus souvent (IC95% = [1,24 – 2,49]) que les autres dans un réseau amical sur le quartier.

Ce meilleur ancrage dans des réseaux locaux permet de poser la question de l'aide potentielle que les individus peuvent attendre de leur entourage en cas de problèmes, suivant qu'ils sont ou non participants d'associations.

L'absence de participation associative rend plus démunie en cas de problème

Lorsque l'on interroge les membres de notre échantillon sur leur connaissance de lieux auprès desquels s'adresser en cas de problème⁸³, les participants d'association paraissent bien plus renseignés sur les potentialités de leur environnement local que les non participants. En analyse univariée, la différence est hautement significative ($p < 10^{-3}$). Après ajustement sur le sexe, l'âge, le statut d'activité, la nationalité et la PCS, les personnes qui participent à une association connaissent presque deux fois plus souvent (OR = 1,95, IC95% = [1,38 – 2,75]) un lieu auquel s'adresser en cas de problème.

Mais l'appui en cas de problème n'est pas nécessairement recherché dans l'espace « institutionnel » local si l'on dispose d'un fort réseau d'aide potentiel privé. Là encore, les personnes participant aux activités d'associations peuvent s'attendre à trouver plus d'aide dans leur entourage direct (famille, voisins, amis) que les non participants. La tableau ci-dessous montre bien les évolutions contraires de l'aide privée potentielle quand on participe aux activités d'une association et quand on n'y participe pas.

⁸³ Cet aspect sera développé plus en détail dans la partie suivante.

FORCE DU RESEAU D'AIDE PRIVEE POTENTIELLE EN FONCTION DE LA PARTICIPATION
ASSOCIATIVE (EN %)

	Participe à au moins une association	Aucune participation associative	Total
Support potentiel fort	40,1	29,6	31,7
Support potentiel moyen	30,2	33,5	32,8
Support potentiel faible	29,7	36,9	35,4

p=0,02

Note de lecture : 40% des personnes participant aux activités d'une ou plusieurs associations bénéficient d'un support potentiel fort quand ce cas ne concerne que 29,6% des personnes ne participant à aucune activité associative.

VI. Le lien avec les institutions locales

On a vu que le jugement des habitants des quartiers Politique de la ville du 20^{ème} arrondissement sur les prises de décisions les concernant dénotait une certaine distance avec les instances politiques locales et/ou les différentes institutions ayant un pouvoir décisionnel sur la vie du quartier. La faiblesse relative de la participation associative pourrait laisser penser à une distanciation importante envers les différentes institutions locales. Les questions ayant trait à la connaissance de certaines d'entre elles par les enquêtés constituent ainsi de bons indicateurs pour approcher, dans une certaine mesure, la question du lien de citoyenneté et celle de l'investissement local des interviewés.

Plus d'un tiers des enquêtés déclare connaître un lieu dans leur quartier où s'adresser en cas de problème

Parmi les enquêtés, 35,1% connaissent un tel lieu à qui s'adresser en cas de problème de santé, de difficultés sociales ou de problèmes familiaux ou personnels. Lorsque l'on demande ensuite à ces personnes de citer expressément un ou plusieurs lieux, 95,2% citent au moins un lieu, 17,6% peuvent en citer deux et 4,5% peuvent en citer trois. Les trois lieux les plus cités sont les services sociaux (16,4%), la mairie (16,1%) et divers hôpitaux (12,8%). Plus finement, le lieu qui est venu le plus spontanément à l'esprit des interviewés (cité en premier) est la mairie avec 17,5% des premières réponses. On trouvera la liste complète des structures citées en annexe. Face à un problème les touchant sur le plan de la santé, de la vie familiale ou sociale, les enquêtés pensent donc plus spontanément aux institutions publiques « classiques » qu'aux associations par exemple.

Si l'on étudie à présent les trois modalités possibles de réponse quant à la fréquentation des lieux cités⁸⁴, 43,6% des interviewés déclarent ne jamais fréquenter au moins un des lieux qu'ils citent et seuls 13,4% déclarent fréquenter souvent un des lieux qu'ils citent. Les lieux les plus fréquentés (souvent ou parfois) sont la mairie (8,5% du total des lieux cités) et les services sociaux (7,4%).

Il convient de préciser que si la question mentionnait « structure dans le quartier », une bonne partie des structures citées n'appartiennent pas *stricto sensu* aux périmètres de l'étude, ni même à l'arrondissement d'enquête. On constate une fois de plus que la définition par les

⁸⁴ Souvent, parfois ou jamais

enquêtés de ce qu'est leur quartier ne recouvre pas les limites administratives mais bien l'espace vécu de proximité.

La connaissance des ressources locales en ce qui concerne l'aide sociale ou de santé liée de manière significative ($p < 10^{-3}$) avec la participation associative, les personnes participant aux activités d'associations étant, on vient de le voir, globalement plus avertis que les personnes sans participation associative. De la même manière, mais les deux variables sont très corrélées, le fait de considérer que les décisions prises dans le quartier tiennent compte de l'avis des habitants suit la même tendance avec le même seuil de significativité. En somme et de manière assez logique, l'investissement dans l'espace local contribue à une meilleure connaissance des potentialités de celui-ci. En revanche, l'ancienneté dans le quartier n'a pas d'effet significatif sur la connaissance des ressources qu'il possède. La situation paraît différente suivant les quartiers, les habitants de Saint Blaise - Porte de Montreuil montrant une meilleure connaissance du potentiel d'aide local que ceux de Belleville – Amandiers.

L'isolement et la vulnérabilité relationnelle renforcent le risque d'ignorance des potentialités d'aide publique

Le croisement de l'indicateur de réseau d'aide privée potentielle, en analyse univariée, avec la connaissance d'un lieu auquel s'adresser en cas de problème donne les résultats suivants :

CONNAISSANCE D'UN LIEU OU S'ADRESSER DANS LE QUARTIER EN CAS DE PROBLEME EN FONCTION DE LA FORCE DU RESEAU D'AIDE PRIVEE POTENTIELLE

	Support potentiel fort	Support potentiel moyen	Support potentiel faible	Ensemble
Saurait où s'adresser dans le quartier	39,8%	40,8%	29,1%	35,0%
Ne saurait pas où s'adresser dans le quartier	60,2%	59,2%	70,9%	65,0%

$p < 10^{-2}$

On repère sans réelle surprise, et la différence est significative ($p < 10^{-2}$), que les personnes ayant le réseau d'aide privée potentiel le plus faible sont aussi celles qui seraient les plus démunies en cas de problèmes (de santé, social, etc.) puisque 71% d'entre elles ne sauraient pas où s'adresser dans leur quartier. La réponse est ensuite quasiment identique quelque soit la force du réseau d'aide privée potentielle. Cependant, en analyse multivariée, si l'on considère la variable de réseau d'aide privée potentielle comme une variable continue (et non plus catégorielle), on observe un Odd-ratio de 1,05 (IC95% = [1,01-1,10]) qui indique que globalement, chaque unité supplémentaire dans le score du support privé potentiel, augmente la probabilité de connaître un lieu auquel s'adresser. Le sentiment d'isolement tend globalement à avoir le même effet que l'indicateur précité mais la différence par rapport à la question qui nous intéresse ici n'est pas significative.

Les bénéficiaires d'aide publique mieux avertis que les non bénéficiaires

Un autre type d'analyse consistait à vérifier si les utilisateurs habituels des services d'assistance (personnes malades, bénéficiaires de minima sociaux⁸⁵, chômeurs, etc.) étaient ou non plus «connaisseurs» que les autres en matière de structures d'aide sur le quartier. Tous les utilisateurs potentiels considérés (chômeurs, bénéficiaires des minima sociaux, personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies graves) connaissent globalement plus souvent un lieu auquel s'adresser en cas de problème, que les autres, mais les différences ne sont jamais significatives.

Les utilisateurs de soins ne sont globalement pas mieux renseignés que les non utilisateurs

Une hypothèse portait sur les utilisateurs de soins dont on peut penser qu'ils sont plus à même que les non utilisateurs de connaître un espace ressource dans le quartier en cas de problème, dont on a vu qu'ils pouvaient concerner la santé. Si l'on s'intéresse aux seules personnes déclarant avoir un médecin régulier, celles-ci ne sont pas plus averties que celles qui n'ont pas de médecin régulier quant à l'existence de structures ressources dans le quartier.

Si l'on s'intéresse par contre de manière globale aux personnes ayant eu recours à des soins au cours des 12 derniers mois, il apparaît en première analyse, que ces utilisateurs sont plus averties que les non utilisateurs vis à vis des ressources potentielles du quartier ($p < 10^{-2}$). En réalité, seuls les utilisateurs de soins de prévention⁸⁶ sont significativement plus souvent informés. Les personnes *a priori* plus soucieuses de leur santé que les autres, seraient aussi mieux renseignées sur les ressources offertes par leur espace local.

Les structures généralistes et de santé sont les plus largement citées

Une analyse plus précise a été tentée en reclassant les structures citées. Nous avons identifié quatre catégories de structures : les structures de santé, les structures d'aide sociale, les structures d'appui médico-social et enfin les structures autres à vocation plus généraliste (mairie, associations, congrégations, syndicats, police...). En cas de problèmes de santé, de difficultés sociales ou autre, les enquêtés font ainsi référence à des structures appartenant à ces quatre thèmes suivant le découpage suivant :

⁸⁵ On rappellera la difficulté à travailler avec assurance sur cette catégorie qui semble très sous déclarée dans notre échantillon par rapport à la situation réelle.

⁸⁶ Les autres motifs de consultation étaient : problème de santé, suivi et autre.

DOMAINES D'INTERVENTION DES STRUCTURES CITEES

Domaine	Fréquence	Pourcentage
Santé	96	26,3%
Aide sociale	85	23,2%
Appui médico social	14	3,8%
Autre	171	46,6%
Total	366	100,0%

Concernant les résultats bruts par type de structure et par ordre décroissant : 16,9% des interviewés peuvent citer au moins une structure « autre », 10% des interviewés peuvent citer au moins une structure de santé, 9,4% des interviewés peuvent citer au moins une structure d'aide sociale et 1,6% des interviewés peuvent citer au moins une structure d'appui médico-social.

Il peut être intéressant d'observer ces résultats en prenant en compte les catégories de bénéficiaires potentiels de ces différents types de service (typiquement : les personnes malades pour les structures de santé, les chômeurs, les précaires, les familles monoparentales, (...) pour les structures d'aide sociale, etc). Les résultats sont rarement significatifs et l'on peut simplement repérer des évolutions en tendance, somme toute assez logiques : les chômeurs et les personnes ayant un emploi précaires apparaissent par exemple, globalement mieux renseignées que les autres vis à vis de l'existence de ressources locales concernant l'aide sociale ($p=0,02$). Globalement, la catégorie des structures de type «autre », qui contient à la fois des institutions plus classiques (mairie, commissariat, etc.) et des associations ou structures non strictement liées aux trois champs de la santé, de l'aide sociale ou de l'aide médicosociale (congrégations, bibliothèques, syndicats, etc.) sont toujours moins citées par les personnes précaires (sur le plan de l'emploi, du revenu, du logement, de l'isolement, etc.) que par les personnes non précaires. Ceci n'est pas constaté pour les autres types de structures où le rapport s'inverse même parfois dans certains cas.

Liens ressentis entre conditions de vie et santé

L'un des objectifs de notre recherche est d'analyser les liens entre la situation sociale considérée au sens large d'une part, et la santé et le recours aux soins d'autre part. Avant d'étudier les corrélations qui peuvent être établies de façon statistique, d'après les données recueillies sur ces domaines, il est intéressant d'étudier les relations que les enquêtés font eux-mêmes. Ces relations subjectivement ressenties ont été interrogées dans les deux sens de la relation : l'impact ressenti des conditions de vie sur la santé, et l'impact ressenti des événements de santé sur les conditions de vie.

I. Perception d'une influence des conditions de vie sur la santé

De nombreuses personnes déclarent que quelque chose dans leur vie nuit à leur santé physique, psychologique ou à leur moral. C'est le cas de près de la moitié de la population enquêtée (48,6%). Cette proportion est identique quels que soient le sexe, la nationalité et le quartier de résidence.

Les principaux problèmes évoqués sont les problèmes économiques ou financiers (34,4%), les problèmes liés aux conditions de travail (30,1%) et les conditions de logement (25,1%).

Viennent ensuite le sentiment d'isolement (23,0%), l'alimentation et les habitudes de vie (21,7%), les conditions de vie dans le quartier (18,4%) et les conflits avec les personnes de l'entourage (17,6%).

La catégorie « autres raisons » a également été citée par 34,6% des enquêtés, ceux-ci s'étant alors exprimés librement. Le recodage de leurs réponses fait apparaître trois grandes catégories : les problèmes liés à la vie citadine (pollution, transports, stress...) pour 27% des réponses « autres », les problèmes de santé (la sienne ou celle de son entourage) représentent 22,1% des « autres », les difficultés liées au travail et – surtout - à l'absence d'emploi sont citées par 18,5% des individus ayant répondu « autres raisons ».

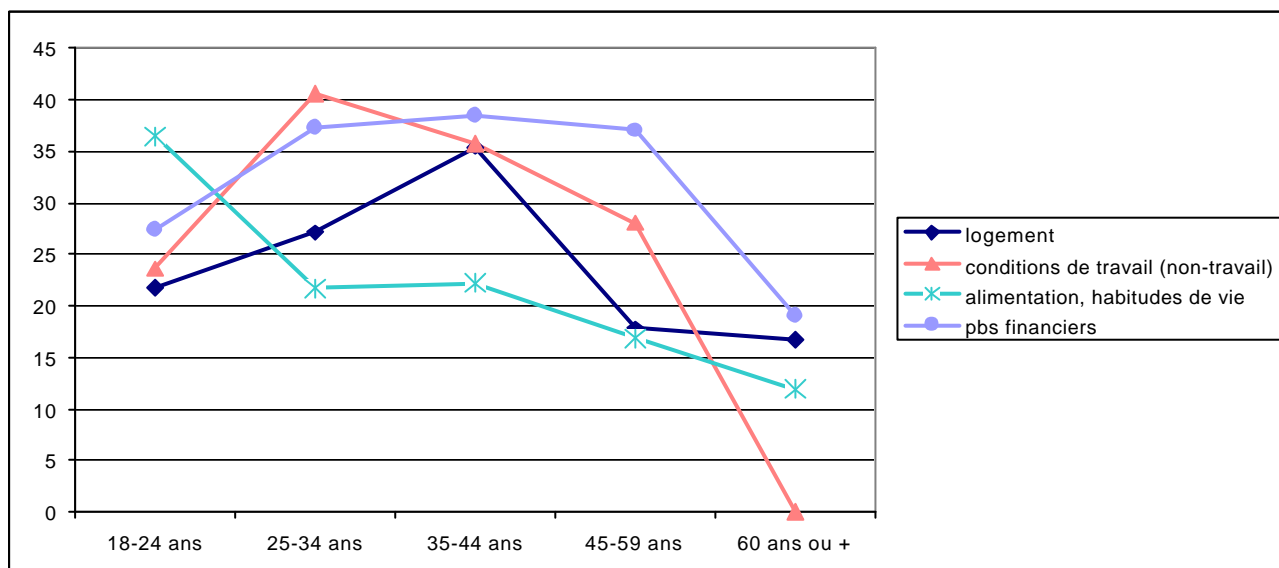
De façon plus générale, les éléments de conditions de vie le plus souvent cités pour leur impact négatif sur la santé sont les conditions de travail (ou de non travail). Au delà de la simple déclaration subjective de causalité, plusieurs études sociologiques et épidémiologiques ont par ailleurs montré l'impact négatif du chômage sur la santé (voir aussi la suite de ce rapport). Sur l'ensemble de la population étudiée, la situation au regard de l'emploi s'avère significativement corrélée au sentiment que ses conditions de vie nuisent à sa santé : 69,9% des chômeurs en effet rapportent ce sentiment, contre 47,2% des actifs ayant un emploi, 42,5% des inactifs et 36,4% des retraités ($p < 10^{-3}$). Pour les chômeurs, ce sont les problèmes économiques et financiers qui sont les premiers en cause (58,6%) alors que ce type de problèmes ne concerne que 14,9% des retraités par exemple.

Considérer que ses conditions de vie influent négativement sur sa santé est plus fréquent dans la tranche d'âge 25-59 ans que dans les deux classes extrêmes de la distribution. Par ailleurs, le nombre cumulé de problèmes déclarés croît avec l'âge. Les deux graphiques ci-dessous présentent le détail des conditions de vie incriminées suivant les classes d'âge.

Les plus jeunes (18-24 ans) déclarent plutôt des problèmes liés aux habitudes de vie et aux conditions de travail (36,4% et 23,6%), alors que les plus âgés (plus de 60 ans) rapportent massivement (40,5%) le sentiment d'isolement comme une caractéristique de leur vie ayant un impact négatif sur leur santé.

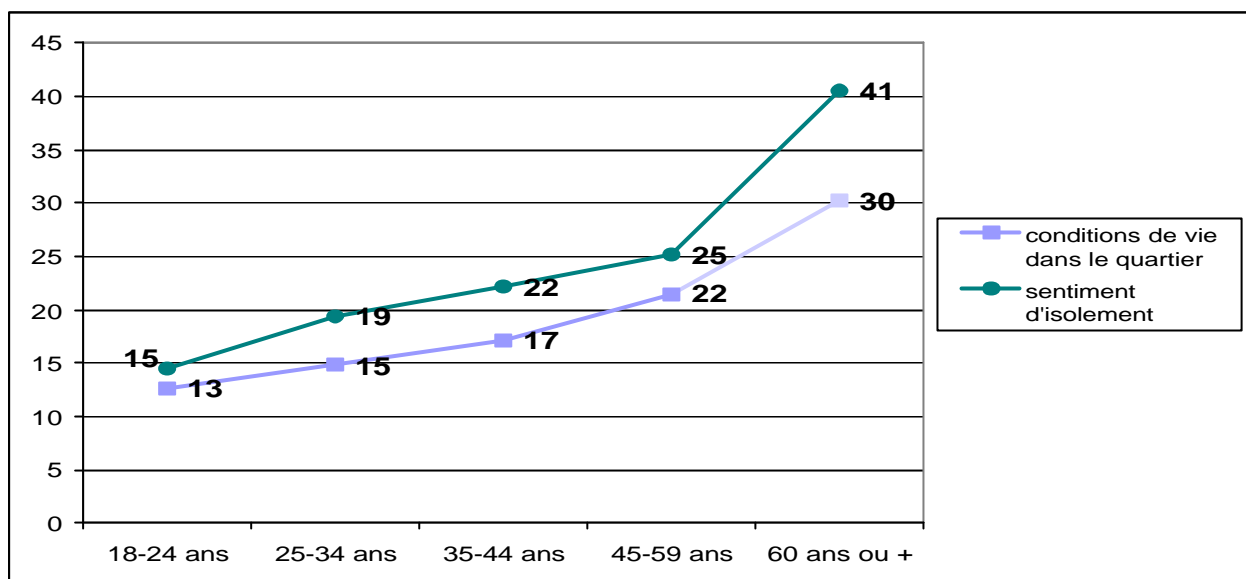
Il est intéressant de noter que les conditions de logement, les conditions de travail (ou l'absence de travail) ainsi que les problèmes financiers sont le plus souvent cités par les personnes des classes d'âges intermédiaires. On peut en effet penser que les difficultés dans ces domaines sont mieux vécues par les plus jeunes, qui considéreraient être dans une période temporaire en attendant que leur situation au niveau du logement, du travail et des revenus s'améliore. Elles seraient également mieux vécues par les plus âgés qui parviendraient davantage à relativiser ces difficultés matérielles, étant donné notamment ce qu'elles ont vécu durant leur vie, ou du fait de besoins matériels moindres depuis le départ de leurs enfants du domicile familial.

CONDITIONS DE VIE EVOQUEES POUR LEUR IMPACT PEJORATIF SUR LA SANTE (EN %)



Deux domaines des conditions de vie sont ressentis de plus en plus fréquemment comme péjoratifs pour la santé au fur et à mesure que l'âge augmente : d'une part, les conditions de vie dans le quartier, que seuls 12,7% des moins de 25 ans considèrent comme nuisant à leur santé physique, psychologique ou à leur moral, alors que c'est le cas de 30,2% des personnes âgées de 60 ans ou plus ; d'autre part le sentiment d'isolement, cité par 15% des jeunes de moins de 25 ans mais par 41% des personnes de 60 ans ou plus.

CONDITIONS DE VIE EVOQUEES POUR L'IMPACT PEJORATIF SUR LA SANTE (EN %)



D'une manière générale, la perception d'un impact péjoratif des conditions de vie sur la santé « physique, psychologique ou le moral » dépend des variables de santé. Elle croît ainsi significativement avec le nombre de maladies chroniques ou graves déclarées et avec un jugement négatif sur son état de santé général.

On peut enfin se référer à une autre dimension de l'impact éventuel de la situation sociale sur la santé. Nous avons demandé aux enquêtés s'ils s'occupaient de leur santé moins souvent, aussi souvent ou plus souvent qu'ils ne le souhaiteraient. Ainsi, 27,7% des personnes répondent qu'elles s'occupent de leur santé moins souvent qu'elles ne le voudraient. Pour expliquer cela, elles avancent principalement le fait qu'elles ont d'autres préoccupations (52,7%), le manque de temps (48,2%), un manque d'argent (27,7%) ; 7,0% parlent de laxisme ou de négligence. Seules 4 personnes (1,7%) disent que cela est dû à leur entourage.

II. Perception d'un impact des problèmes de santé sur les conditions de vie

Dans l'autre sens de la relation, des problèmes de santé peuvent entraîner, plus ou moins directement, différentes ruptures sociales. Parmi les domaines interrogés, les ruptures les plus fréquentes consécutives à un problème sanitaire concernent la vie professionnelle. Ainsi, 17,1% des enquêtés disent qu'au cours de leur vie, des problèmes de santé, des accidents corporels ou des maladies ont entraîné une interruption ou une réorientation professionnelle ou de scolarité. De tels problèmes ont entraîné de graves problèmes d'argent pour 7,7% et une rupture avec leur conjoint ou partenaire de vie pour 2,8% ; enfin, 11,1% rapporte un autre changement important dans leurs habitudes de vie. Au final 23,9% des enquêtés ont subi, à cause de leur santé au moins une des ruptures de la liste qui vient d'être exposée, et 10,1% en ont même subi plus d'une (7 personnes citent les 4).

Si près d'un tiers des enquêtés ont connu dans leur vie des problèmes de santé, des accidents corporels ou des maladies ayant entraîné un changement important dans leur habitudes de vie, toutes les catégories de personnes ne sont pas touchées dans les mêmes proportions. Dans un modèle multivarié incluant le sexe, l'âge, la nationalité, le statut marital, le statut professionnel, le revenu et la couverture maladie, on constate que :

- le risque estimé d'avoir eu des problèmes de santé ayant entraîné des ruptures sociales augmente avec l'âge – ce que l'on peut relier à la période d'exposition (le nombre d'années en l'occurrence), plus longue chez les plus âgés ;
- il est plus élevé pour les hommes que pour les femmes (OR = 1,68) ;
- il est plus élevé pour les personnes vivant seules, comparativement à celles vivant en couple (OR = 1,38) ;
- ce risque est également lié au niveau de couverture maladie : comparativement aux personnes n'ayant que la Sécurité sociale, celles bénéficiant d'une couverture complémentaire ont 1,55 fois plus de risque ; et les personnes ayant la CMU ou l'AME ont 2,63 fois plus de risque d'avoir connu l'une des ruptures sociales interrogées à la suite de problèmes de santé.

Etats de santé

I. Etats de santé ressentis

Près d'une personne sur 4 ne se sent pas en bonne santé

Environ 20% des personnes déclarent un état de santé ressenti «moyen» et 4% un état de santé «mauvais» ou «très mauvais» (contre 76% bon ou très bon) au jour de l'enquête. Ces proportions sont semblables que l'on interroge la santé en général, la santé physique ou la santé mentale. La santé ressentie est d'autant moins bonne que l'on avance en âge : près de 40% des personnes âgées de plus de 60 ans déclarent (à parts égales) un état de santé global moyen ou médiocre ($p < 10^{-6}$). La santé mentale, elle, est beaucoup moins liée à l'âge (les différences observées sont plus faibles et non significatives statistiquement : $p = 0,06$).

DISTRIBUTION DE L'ETAT DE SANTE RESSENTI GLOBAL PAR CLASSE D'AGE

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	60 ans ou +
Très bon	45,3	38,2	31,3	19,8	10,9
Bon	43,0	48,8	50,1	47,5	47,7
Moyen	11,8	12,0	16,1	27,2	30,8
Mauvais ou très mauvais	0	0,99	2,5	5,5	10,6

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

DISTRIBUTION DE L'ETAT DE SANTE MENTALE RESSENTI GLOBAL PAR CLASSE D'AGE

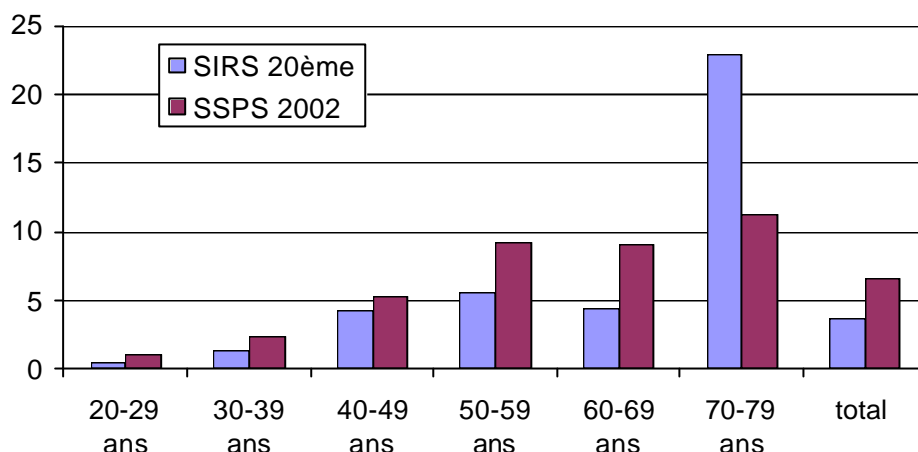
	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	60 ans ou +
Très bon	38,2	28,6	28,3	22,3	28,6
Bon	44,8	48,1	47,2	45,2	43,2
Moyen	14,4	18,5	20,9	24,3	19,5
Mauvais ou très mauvais	2,6	4,8	3,7	8,2	8,7

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Les enquêtés se déclarent moins souvent en mauvaise santé que la population générale

Dans l'ensemble, et pour chaque classe décennale d'âges, les enquêtés sont proportionnellement moins nombreux à se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé que cela n'est le cas sur l'ensemble de la population vivant en France (d'après l'enquête menée par le CreDES en 2002).

PROPORTION DE PERSONNES SE DECLARANT EN MAUVAISE OU TRES MAUVAISE SANTE -
ENQUETE SIRS 20^{EME} ET SSPS 2002 (EN %)



Ces résultats peuvent surprendre face aux constats généraux de problèmes de santé dans les quartiers relevant de la Politique de la ville. Une remarque mérite d'être soulignée dans un premier temps. En effet, il s'agit là de chiffres de « santé perçue », c'est-à-dire d'état de santé déclaré par les personnes. Or différentes études soulignent que la santé perçue ne coïncide pas avec la santé objectivée par des médecins. En outre, des personnes atteintes de maladies chroniques ont parfois tendance à déclarer spontanément un meilleur état de santé que des personnes non malades – du fait notamment d'une certaine intériorisation de (et d'une adaptation à) la dégradation de sa santé.

Ces résultats n'en sont pas moins importants dans la mesure où ils révèlent le sentiment des individus sur leur propre état de santé, et où ils peuvent éclairer certains de leurs comportements thérapeutiques et de santé. Il convient toutefois de les compléter par des indications sur les maladies et problèmes de santé déclarés – tels qu'étudiés ci-dessous.

Des difficultés de santé ayant un retentissement sur la vie sociale et personnelle

Quand on leur pose des questions sur le retentissement social de leur état de santé, 15,9% des personnes interrogées signalent un retentissement sur leur travail, 11,3% sur leur vie sociale, 11,1% sur leurs loisirs, 10,3% sur leur capacités à s'occuper de leur maison, 4,9% sur leur vie sexuelle et 4,0% sur leurs relations avec les membres de leur foyer. Au total, 22,6% signalent au moins un retentissement péjoratif de leur santé dans les domaines précédents.

RETENTISSEMENT DE L'ETAT DE SANTE DANS DIFFERENTES ACTIVITES SOCIALES, PAR
CLASSE D'AGE

	Classes d'âge				
	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	60 ans ou +
Est-ce que votre état de santé vous cause des problèmes pour travailler ?					
oui	4,0	11,5	18,3	27,1	15,1
Est-ce que votre état de santé vous cause des problèmes pour vous occupez de votre maison ?					
oui	0,9	5,4	7,1	16,5	24,0
Est-ce que votre état de santé vous cause des problèmes pour votre vie sociale ?					
oui	3,1	7,3	10,9	15,5	21,5
Est-ce que votre état de santé vous cause des problèmes pour vos loisirs ?					
oui	6,6	8,3	8,0	17,5	16,6
Est-ce que votre état de santé vous cause des problèmes dans vos relations avec les membres de votre foyer ?					
oui	0,9	2,9	2,8	7,0	7,9
Est-ce que votre état de santé vous cause des problèmes dans votre vie sexuelle ?					
oui	1,4	4,5	4,5	7,1	7,5

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Ces retentissements sont globalement plus fréquents quand on avance en âge, en particulier sur le travail ($p < 10^{-5}$), la vie domestique ($p < 10^{-6}$), la vie sociale ($p < 10^{-5}$), les loisirs ($p < 0,01$). Concernant les relations avec les autres personnes du foyer, ils ne dépassent la fréquence moyenne qu'à partir de 45 ans ($p < 0,02$). De tels retentissements sur la vie sexuelle ne sont pas rares dès 25 ans (les tendances par âge ne sont pas significatives mais les effectifs sont faibles).

On n'observe pas de différence de ces retentissements en fonction de la nationalité des personnes, en dehors du retentissement sur les loisirs, cité deux fois plus souvent par les français que par les étrangers (respectivement 12,6% et 5,1%, $p = 0,004$).

II. Handicaps et incapacités

Près d'une personne sur 5 se sent sévèrement ou très sévèrement limitée dans les activités habituelles

Le problème du handicap était interrogé à partir d'une question utilisée au niveau européen⁸⁷, visant à déceler des limitations que les individus ressentent éventuellement dans la vie quotidienne. Selon cette question, 5,9% des enquêtés déclarent une limitation des activités

⁸⁷ Question issue d'une réflexion visant à harmoniser les indicateurs de morbidité au niveau européen. Cf. Robine JM, Romieu I. Euro-reves : un ensemble cohérent d'indicateurs de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, 2003, 42, p. 39-42.

« habituelles » de tout un chacun à cause de problèmes de santé. La fréquence et la gravité de cette limitation augmentent toutes deux avec l'âge. Elle est jugée sévère ou très sévère par près d'un enquêté sur 5 autour de la cinquantaine et au-delà de 60 ans, ce qui est considérable.

LIMITATION DEPUIS AU MOINS 6 MOIS A CAUSE D'UN PROBLEME DE SANTE, DANS LES ACTIVITES QUE LES GENS FONT HABITUELLEMENT, PAR CLASSE D'AGE

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	60 ans ou +
très sévère ou sévère	0,8	2,6	3,6	9,5	15,1
oui mais pas sévère	5,7	5,6	11,1	13,1	17,6
non	93,5	91,8	85,3	77,4	67,3

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Sur tous ces items, nous n'observons pas de différences significatives entre les hommes et les femmes, ni selon le quartier de résidence. Seules, en moyenne, la santé physique et la santé mentale perçues apparaissent légèrement plus dégradées à Saint-Blaise qu'à Belleville - Amandiers mais cette différence disparaît quand on standardise sur la distribution par âge des deux quartiers.

III. Maladies chroniques ou graves

Une liste de la maladies, explicitement qualifiées de « chroniques ou graves », a été soumise aux enquêtés qui devaient signaler si (à leur connaissance) ils en étaient atteints actuellement. La fréquence des réponses affirmatives, par sexe, est présentée dans le tableau ci-dessous.

Les principales affections ainsi déclarées sont, comme en population générale, les maladies des articulations et des os, les troubles du sommeil, les céphalées, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires, et les maladies respiratoires.

Précisons que ce type de question ne permet pas une évaluation rigoureuse de la prévalence de ces différentes affections : pour être déclarée par l'enquêté, une affection doit être en effet reconnue par lui et, dans une certaine mesure, par la médecine. Cette question est, en revanche, utile pour permettre d'ajuster certaines analyses sur l'état morbide déclaré des personnes.

Chacune de ces maladies touche dans des proportions similaires les hommes et les femmes, excepté :

- le diabète, pour lequel les hommes sont près de deux fois plus souvent atteints que les femmes : 5,7% contre 2,8% ($p=0,03$) ;
- la malnutrition ou l'obésité, qui touche 4,0% des femmes contre seulement 1,5% des hommes ($p=0,03$) ;
- la migraine, qui touche deux fois plus les femmes que les hommes : 16,0% contre 7,5% ($p<10^{-3}$).

FREQUENCE DE MALADIES CHRONIQUES OU GRAVES SELON LE SEXE (EN %)

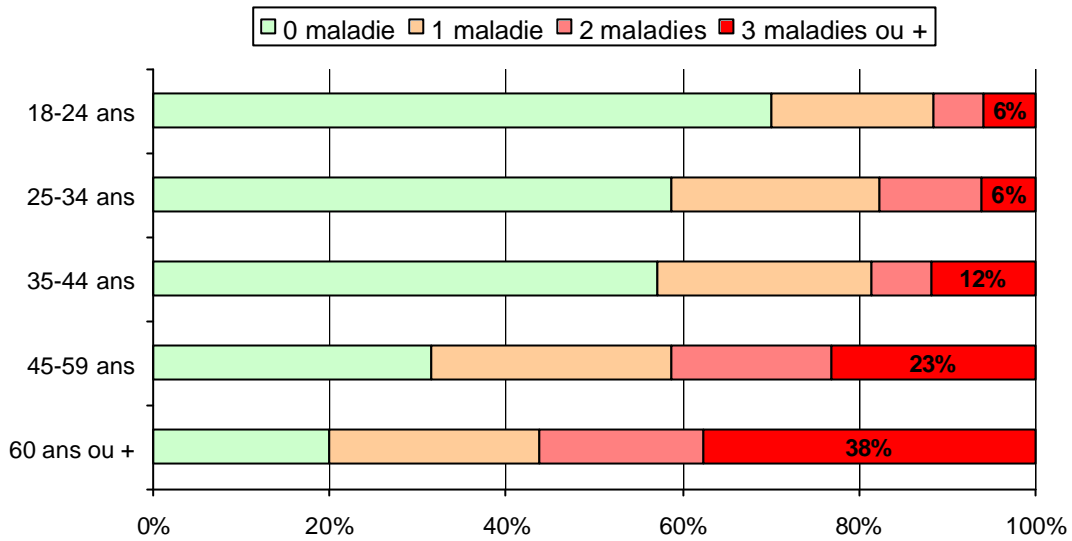
	ensemble	hommes	femmes
Maladie des articulations ou des os	12,9	11,8	13,8
Troubles importants du sommeil	12,7	11,1	14,0
Migraine	12,2	7,5	16,0
Hypertension artérielle chronique	9,0	7,7	10,0
Maladie du cœur, des veines ou des artères	7,4	6,2	8,4
Maladie des bronches ou des poumons	7,1	7,9	6,4
Dépression, états dépressifs fréquents	8,5	8,2	8,8
Maladie de l'estomac, de l'intestin ou du système digestif	8,4	7,4	9,2
Autres séquelles d'accidents ou de maladie grave	5,8	7,2	4,8
Maladie de la peau	5,3	6,4	4,6
Diabète	4,1	5,7	2,8
Maladie des reins ou de la vessie	3,8	4,4	3,4
Maladie du système nerveux	3,3	2,6	3,4
Maladie du foie ou de la vésicule biliaire	3,1	3,3	3,0
Malnutrition ou obésité	3,0	1,5	4,0
Autres troubles psychologiques ou psychiatriques	2,2	2,1	2,2
Cancer, leucémie, tumeur	1,4	0,8	1,8
Paralysie partielle ou totale	1,1	1,0	1,4
Surveillance d'une maladie grave ou chronique passée	7,6	6,2	8,8
Autre maladie chronique ou grave diagnostiquée	5,4	5,9	4,8

Plus de la moitié des enquêtés sont atteints d'au moins une maladie grave ou chronique

Au total, la moitié seulement des enquêtés (48,4%) ne rapporte aucune des maladies chroniques citées, sans différence selon le sexe. 23,7% rapportent une maladie, 12,1% en rapportent deux, et 15,7% rapportent être atteint simultanément de trois maladies ou plus.

Ces proportions varient selon l'âge, et augmentent avec lui (voir figure ci-dessus, $p < 10^{-3}$). La situation est particulièrement critique pour les personnes âgées de 60 ans ou plus, qui ne sont que 20% à déclarer n'être atteint d'aucune des maladies citées, et sont 37,7% à déclarer au moins trois maladies.

NOMBRE DE MALADIES GRAVES OU CHRONIQUES SELON L'AGE (EN %)



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

En analyse multivariée (voir le tableau suivant), l'âge est un facteur de risque de déclarer au moins 3 maladies graves ou chroniques – les Odds ratio augmentant régulièrement avec les classes d'âge. Mais d'autres dimensions, en particulier certains facteurs sociaux, s'avèrent liées, « toutes choses égales par ailleurs », au risque d'un cumul (ressenti) de maladies. Ainsi, les chômeurs ont un risque estimé deux fois plus important que les personnes qui travaillent, de même que la classe de revenus inférieure. L'absence de toute couverture maladie constitue également un risque – en gardant à l'esprit que ces caractéristiques correspondent à la situation des individus au jour de l'enquête, et pas nécessairement au moment où ils ont contracté les maladies en question.

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ASSOCIEES AU FAIT DE DECLARER AU MOINS TROIS
MALADIES GRAVES OU CHRONIQUES

	OR	IC95%	
Sexe			
Homme (vs femme)	1,06	0,70	1,60
Age			
18-24 ans	0,80	0,32	2,03
25-34 ans	ref	-	-
35-44 ans	2,21	1,08	4,51
45-59 ans	5,41	2,74	10,68
60 ans ou plus	11,38	3,80	34,09
Nationalité			
Français (vs étranger)	1,67	,96	2,92
Statut professionnel			
Travaille	Ref	-	-
Chômeur	2,00	1,09	3,70
Retraité	0,99	0,38	2,56
Autre inactif	1,26	0,66	2,43
Couverture maladie			
Sécu seule	Ref	Ref	Ref
Sécu + couv. complémentaire	1,70	0,92	3,15
CMU-AME	2,09	0,96	4,56
aucune	6,90	1,44	33,12
Diplôme			
Au moins Bac+3	Ref	Ref	Ref
Aucun ou CEP	1,74	0,89	3,37
BEPC, CAP, BEP	1,66	0,89	3,12
Bac	2,48	1,21	5,07
Bac+2	1,76	0,83	3,71
Revenus mensuels par UC			
2000 € ou plus	Ref	Ref	Ref
< 1500 € par Unité de consommation	2,74	1,37	5,49
1500-2000 €	1,24	0,57	2,67

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Bien-être et santé mentale

Le bien-être et la santé mentale sont des phénomènes multidimensionnels et complexes. Les réponses données aux différentes questions approchant ce thème dans notre questionnaire le soulignent bien.

I- Dépression et troubles dépressifs

8,5% des enquêtés se déclarent dépressifs

Une liste de 20 maladies graves ou chroniques (comprenant la dépression) a été soumise aux enquêtés qui devaient répondre s'ils en souffraient actuellement ou non. A partir de cette question, 8,5% des enquêtés déclarent souffrir de dépression ou d'états dépressifs fréquents ; et 2,2% d'autres troubles psychologiques ou psychiatriques. Cette prévalence de la dépression spontanément déclarée est un peu plus élevée dans notre population d'étude que ce qui était constaté en 1996-97 en population générale où, selon le CreDES et à partir de la même méthode, 7,0% des personnes étaient concernées.⁸⁸

Mais la proportion de personnes souffrant de troubles émotionnels ou psychologiques est plus importante si l'on se réfère à des modes d'interrogation qui ne définissent pas ces troubles en tant que « maladie grave ou chronique ».

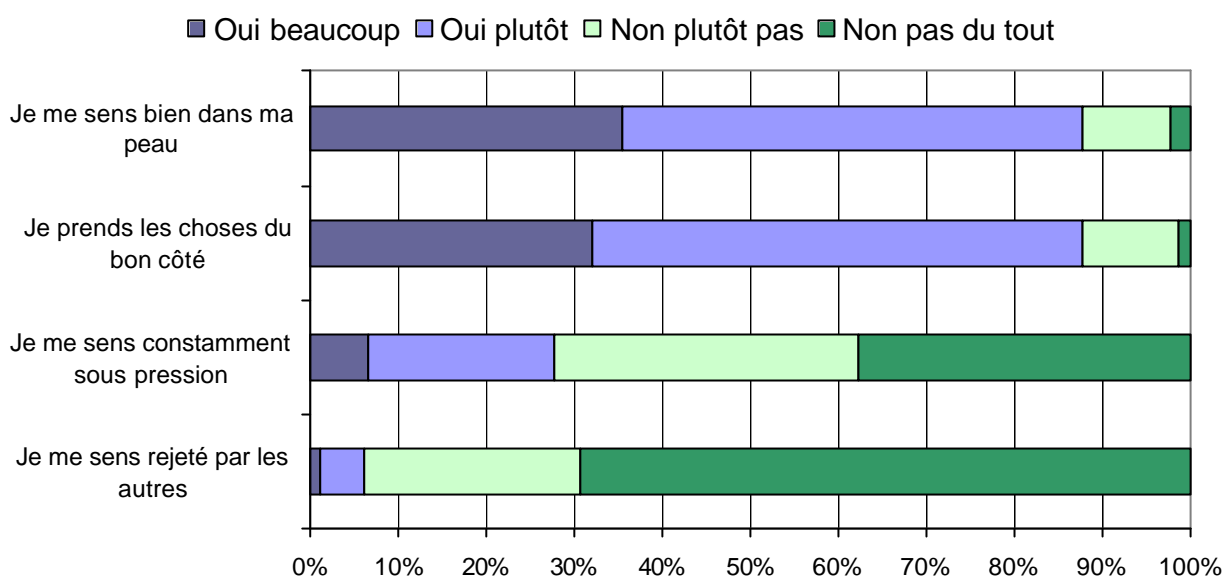
Ainsi, lorsqu'on leur demande de qualifier leur état de santé psychologique et émotionnel, un quart des enquêtés ne l'estime pas de façon positive : 74,7% le qualifient de « très bon » ou « bon » ; 19,8% de « moyen » ; et 5,6% de « mauvais » ou « très mauvais ».

Par ailleurs, un tiers des enquêtés (34,1%) rapporte s'être senti triste, cafardeux, déprimé régulièrement au cours des deux dernières semaines. C'est plus fréquemment le cas des femmes que des hommes (respectivement 37,3% et 30,0%, $p=0,02$) ; des étrangers que des Français (45,1% vs 31,3%, $p<10^{-3}$). De plus, 17,1% des enquêtés déclarent que durant les deux dernières semaines, ils avaient presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui leur plaisaient habituellement – et ce plus fréquemment chez les étrangers que chez les Français (25,7% vs 15,3%, $p=0,001$).

De surcroît, 12,3% des enquêtés répondent ne pas se sentir bien dans leur peau ; 12,1% ne pas prendre les choses du bon côté ; 27,7% disent se sentir constamment sous pression ; et 6,0% se sentir rejetés par les autres.

⁸⁸ Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97. *Questions d'économie de la santé*, n°21, 1999, 6 p.

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



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

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

Notre questionnaire comprenait une batterie validée de 9 questions, permettant de détecter un ensemble de symptômes susceptibles d'être reliés à la dépression : le *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (« Mini-Diag »⁸⁹). Selon cet outil, 29,0% de la population d'étude présente un ensemble de symptômes pouvant évoquer des troubles dépressifs. Ce taux est bien supérieur à celui observé avec la même méthode en population générale, que le Credes estimait à 12% en 1996-97.

Les femmes sont plus fréquemment touchées que les hommes – un tiers d'entre elles présentant de tels symptômes (32,6% vs 24,4% des hommes, $p < 0,01$). En population générale également, ce sont les femmes qui ont le plus souvent un Mini-Diag positif.

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

⁸⁹ Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview: the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl 20), 1998: 22-57.

QUELQUES DIMENSIONS RELIEES AUX SYMPTOMES DEPRESSIFS (MINI-DIAG)

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

Au total, 31% de personnes sont touchées par des troubles dépressifs

De façon similaire à ce qui a été constaté par d'autres études, la population déclarant spontanément une dépression ne se superpose pas totalement à celle des personnes dont les réponses au Mini-Diag évoquent un diagnostic de dépression. Ainsi, une personne sur cinq (24,4%) ne déclarant pas spontanément une dépression présente néanmoins un ensemble de symptômes dépressifs.

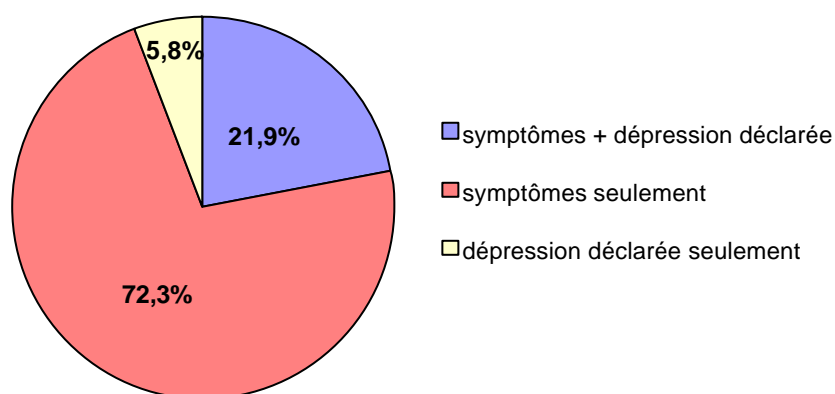
En conjuguant les deux méthodes d'interrogation des troubles dépressifs (déclaration spontanée et Mini-Diag), on obtient un total de 30,8% de personnes souffrant de troubles dépressifs. Soit deux fois plus qu'en population générale. Ce taux est plus élevé chez les femmes (34,2%) que chez les hommes (26,5%, $p=0,013$). Notons que si, pour les deux sexes, la prévalence des troubles dépressifs est plus élevée à Belleville - Amandiers et Saint-Blaise qu'en population générale, cette fréquence accrue est particulièrement marquée pour les hommes. En effet, le CreDES estime, par la même méthode, à 14,9% le taux de dépressifs chez les personnes âgées de plus de 16 ans ; 20% chez les femmes et 9% chez les hommes.

Symptômes dépressifs et dépression déclarée ne concordent pas exactement

Il est intéressant de confronter les prévalences obtenues selon chacun des deux modes d'évaluation de la dépression – à savoir la déclaration spontanée et le questionnement sur certains sentiments (le Mini-Diag).⁹⁰ On peut alors constater :

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

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DECLARES DE DEPRESSION (EN %)



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

⁹⁰ Comme l'avaient fait Annick Le Pape et Thérèse Lecomte sur les données nationales du CreDES. Cf. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97. *Questions d'économie de la santé*, n°21, 1999, 6 p.

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

Si l'on considère l'ensemble des troubles dépressifs (c'est-à-dire à la fois les symptômes repérés par le Mini-Diag et la déclaration spontanée de dépression), on observe des différences en fonction de l'origine migratoire des enquêtés. Ainsi, les personnes « issues de l'immigration » et les étrangers présentent des troubles dépressifs à des fréquences très semblables, et ce plus souvent que les Français dont les deux parents sont de nationalité française (respectivement 35,9%, 35,5% contre « seulement » 27,6%).

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

Le chômage apparaît aussi comme un facteur de risque (même si les différences ne sont pas significatives) : les chômeurs sont 38,9% à présenter des troubles dépressifs contre 29,8% des personnes occupant un emploi et des inactifs non retraités. Sur l'ensemble de la France en 1997, d'après le Credes, 24,2% des chômeurs présentaient ces troubles, contre seulement 13,1% des actifs occupés. D'après les données de cette enquête nationale, « il semble que ce ne soit pas le fait de ne pas exercer une profession qui influence le risque de dépression mais le fait de ne pas choisir cette situation. »⁹¹. Parmi les personnes qui travaillent au moment de l'enquête, la satisfaction dans le travail joue également un rôle important.

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

⁹¹ Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97. *Questions d'économie de la santé*, n°21, 1999, p. 5.

QUELQUES DIMENSIONS LIEES AUX TROUBLES DEPRESSIFS (DEPRESSION DECLAREE + MINI-DIAG POSITIF)

	Troubles dépressifs		
	oui	non	p
Sexe			0,01
Homme	26,5	73,5	
Femme	34,2	65,8	
Nationalité			NS
Français	29,6	70,4	
Etranger	35,5	64,5	
Origine géographique			0,04
Français de parents français	27,6	72,4	
Français de parent(s) étranger	35,9	64,1	
Etranger	35,5	64,5	
Niveau scolaire			0,01
Aucun ou primaire	32,5	67,5	
Secondaire 1 ^{er} cycle	33,5	66,5	
Secondaire 2 ^{ème} cycle	37,9	62,1	
Supérieur	25,4	74,6	
Statut marital			0,001
Vit en couple	26,0	74,0	
Ne vit pas en couple	35,9	64,1	
Revenus mensuels par Unité de consommation			0,003
Ménage « pauvre »	40,3	59,7	
Ménage « modeste »	32,2	67,8	
< 1500 €	34,0	66,0	
1500-2000 €	24,8	75,2	
2000 € ou plus	21,9	78,1	
Ménage bénéficiaire d'un minima social			<10 ⁻³
Oui	50,0	50,0	
Non	29,2	70,8	
Statut professionnel			NS
Occupe un emploi	29,8	70,2	
Chômeur	38,9	61,1	
Retraité (ou pré-retraité)	28,7	71,3	
Autre inactif	29,8	70,2	

	Troubles dépressifs		
	oui	non	p
Difficultés avant 18 ans : nombre de sphères touchées			<10 ⁻³
0	23,8	39,6	
1	26,4	23,5	
2	25,6	22,9	
3	13,9	8,9	
4 à 6	10,3	5,0	
Difficultés avant 18 ans : nombre de difficultés recensées			<10 ⁻³
0	23,8	39,5	
1	23,8	19,9	
2	21,2	17,3	
3	12,1	12,5	
4	8,1	5,7	
5 à 13	11,0	5,0	
A été SDF au moins une nuit dans sa vie			0,002
Oui	41,9	58,1	
Non	28,8	71,2	
Qualité de la relation de couple / amoureuse			<10 ⁻³
Très bonne	18,0	82,0	
Bonne	38,2	61,8	
Mauvaise	68,0	32,0	
Satisfaction au travail			<10 ⁻³
Pas satisfait	43,8	56,2	
Peu satisfait	25,8	74,2	
Très satisfait	22,9	77,1	
Aime habiter son quartier de résidence			0,01
Oui	28,8	71,2	
Non	38,4	61,6	
Se sent en sécurité dans son quartier			0,04
Oui tout à fait	27,9	72,1	
Oui plutôt	29,1	70,9	
Non	37,6	62,4	
Se sent bien dans son logement			0,01
Oui	29,1	70,9	
Non	40,1	59,9	

	Troubles dépressifs		
	oui	non	p
Victime de racisme ou discrimination			0,001
Oui au cours des 12 derniers mois	40,6	59,4	
Non au cours des 12 derniers mois	28,2	40,6	
Sentiment de réussite relative			<10 ⁻³
A mieux réussi que la plupart de sa famille	30,3	69,7	
Sa situation est identique à celle de sa famille	25,1	74,9	
A moins bien réussi que sa famille	50,3	49,7	
Sentiment de solitude			<10 ⁻³
Se sent très seul	73,2	26,8	
Se sent plutôt seul	51,4	48,6	
Se sent plutôt entouré	24,7	75,3	
Se sent très entouré	23,0	77,0	
Etat de santé général perçu			<10 ⁻³
Bon	21,3	78,7	
Moyen ou mauvais	63,5	36,5	
Handicap			<10 ⁻³
Sévèrement limité	66,0	34,0	
Limité	63,7	36,3	
Non limité	24,4	75,6	
Couverture maladie			<10 ⁻³
Aucune	-	-	
Sécurité sociale seule	32,2	67,8	
Sécurité sociale + couverture complémentaire	27,2	72,8	
CMU ou AME	47,1	52,9	
Total	30,7	69,3	-

II- Recours médicaux liés à des problèmes dépressifs

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

Tenon) ; et 11,2% consultent dans un dispensaire, un centre de santé, une association ou une PMI ; enfin, pour 2 personnes, le professionnel consulté l'est à leur domicile.⁹²

La tendance à parler de ces symptômes à un professionnel ne diffère pas selon le sexe, mais est corrélée à plusieurs caractéristiques socio-démographiques et économiques. Ce sont les plus jeunes qui parlent le moins de ces symptômes (lorsqu'ils en sont atteints) à un professionnel de la santé (12% seulement des personnes concernées âgées de 18 à 24 ans). Les étrangers ont également moins souvent recours que les Français à des professionnels pour ces troubles (28,1% vs 40,7%, mais les effectifs sont faibles, et les différences ne sont pas significatives).

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

DEPRESSION (DECLAREE OU REPEREE) ET FREQUENCE DE LA CONSOMMATION DE TRANQUILLISANTS, SOMNIFERES OU ANTI-DEPRESSEURS (EN %)

Consommation de tranquillisants, somnifères ou anti-dépresseurs	(1) Dépression déclarée spontanément	(2) Symptômes dépressifs (Mini-Diag)	Troubles dépressifs (1+2)	Total
Presque tous les jours	50,7	20,1	21,2	8,1
Plusieurs fois par semaine	5,3	4,2	4,4	2,0
Plusieurs fois par mois	2,7	4,2	4,0	3,2
Plus rarement ou jamais	41,3	71,4	70,3	86,7
p	<10 ⁻³	<10 ⁻³	<10 ⁻³	

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

III- Consommation de tranquillisants, somnifères et anti-dépresseurs

Sur l'ensemble des enquêtés, 13,3% prennent des tranquillisants, somnifères ou anti-dépresseurs au moins plusieurs fois par mois – la consommation quotidienne ou quasi-quotidienne concernant 8,1% des enquêtés. A titre de comparaison, d'après l'enquête du CreDES sur l'ensemble de la France en 2002, ce sont 8,5% des enquêtés qui ont pris la veille de l'enquête des médicaments psychotropes (psycholeptiques ou psychoanaleptiques).

Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes (13,0% vs 6,4%, p=0,001) à consommer ce type de médicaments plusieurs fois par semaine ou presque tous les jours. La consommation est corrélée à l'âge : les jeunes de moins de 25 ans et les personnes de 25-34 ans sont peu nombreux à consommer ces médicaments (respectivement 1,4% et 5,2%) ; mais

⁹² La somme des pourcentages est supérieure à 100% dans la mesure où certaines personnes consultent plusieurs professionnels et dans plusieurs types d'endroits.

ces proportions s'établissent autour de 14% de consommateurs dans les classes 35-44 ans et 45-59 ans, et à 16% pour les personnes âgées de 60 ans ou plus ($p < 10^{-3}$).

Une consommation plus fréquente chez les bénéficiaires de minima sociaux et les inactifs

On peut noter également que les consommateurs réguliers (plusieurs fois par semaine au moins) sont trois fois plus nombreux parmi les personnes vivant dans un ménage bénéficiaire de minima sociaux (24,6% vs 8,9% pour les autres types de ménages, $p < 10^{-3}$).

Le travail semble constituer un « facteur protecteur » de ce type de consommation. En effet, les personnes occupant un emploi sont deux fois moins nombreuses (6,3%) à consommer plusieurs fois par semaine ces médicaments que les chômeurs, les retraités et les inactifs – ces trois catégories ayant des taux de consommateurs autour de 15% ($p < 10^{-3}$).

Les personnes souffrant de troubles dépressifs sont très largement plus souvent consommatrices de tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs (25,5% vs 3,3%, $p < 10^{-3}$). Mais la consommation de ces médicaments ne concerne pas uniquement les personnes repérées comme dépressives – même si ces dernières en consomment plus souvent que la moyenne ($p < 10^{-3}$) : ainsi, 22,2% des consommateurs fréquents de tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs ne sont pas atteints de troubles dépressifs (tels que nous les mesurons dans l'enquête).

III- Tentatives de suicides

a- Dans l'enfance et la jeunesse :

Dans les quartiers étudiés, 3,1% des personnes ont fait une tentative de suicide avant leurs 18 ans : 3,4% des femmes et 2,8% des hommes (sans différences significatives selon le sexe). L'âge lors de cette tentative (ou, le cas échéant, de la première tentative) est en moyenne de 15 ans. Dans certains cas il est particulièrement bas : ainsi, un jeune homme déclare avoir tenté de se suicider lorsqu'il avait 9 ans ; 2 femmes lorsqu'elles avaient 12 ans et 2 autres personnes (un homme et une femme) à 13 ans.

Dans la population enquêtée, le problème des tentatives de suicide dans la jeunesse concerne surtout les personnes de nationalité française : seule une personne étrangère rapporte une tentative de suicide avant 18 ans.

b- A l'âge adulte :

Par ailleurs, 4,0% des enquêtés déclarent avoir fait une tentative de suicide à l'âge adulte : 3,3% des hommes et 4,4% des femmes (sans différences statistiquement significative selon le sexe). Là encore, les tentatives de suicide à l'âge adulte sont rapportées essentiellement par des personnes de nationalité française (seuls deux étrangers mentionnent ce problème).

Tentatives de suicide dans la jeunesse et tentatives de suicide à l'âge adulte apparaissent liés : ainsi, un tiers des enquêtés qui ont tenté à leurs jours avant l'âge de 18 ans déclarent également une tentative de suicide à l'âge adulte (32,1%, vs 3,1% pour ceux n'ayant pas fait de TS avant 18 ans, $p < 10^{-3}$).

Les effectifs de personnes concernées étant faibles, il n'est pas possible d'un point de vue statistique de mener des analyses très approfondies sur les caractéristiques des personnes ayant fait des tentatives de suicide. On doit toutefois remarquer que le taux de tentative de suicide depuis l'âge de 18 ans chez les personnes actuellement au chômage est très élevé, s'élevant à 11,5%.

c- Tout au long de la vie :

Globalement, la fréquence des tentatives de suicide est comparable dans la population enquêtée à ce qu'elle est dans l'ensemble de la population vivant en France.

En effet, 6,1% des enquêtés déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie : 7,2% des femmes et 4,6% des hommes (différences non significative). Sur l'ensemble de la France en 1999, 7,7% des femmes et 3,3% des hommes étaient dans ce cas.

Différentes situations sociales ou événements de vie sont liées au fait d'avoir ou non tenté d'attenter à ses jours au cours de sa vie. Soulignons que les caractéristiques des personnes présentées ci-dessous sont celles recueillies le jour de l'enquête, et qu'elles peuvent donc avoir évolué (parfois même largement) depuis la tentative de suicide relatée.

Comme en population générale, les personnes au chômage sont particulièrement touchées, puisque 13,3% des enquêtés au chômage relatent une tentative de suicide au cours de leur vie. Les personnes inactives non retraitées sont également touchées plus que la moyenne, avec un taux de 7,3%. En population générale, d'après le CFES, 9,1% des hommes et 12,6% des femmes au chômage ont fait une tentative de suicide dans leur vie (contre 3,7% des hommes et 8,1% des femmes ayant un emploi).

Le taux de tentative de suicide au cours de la vie est plus faible chez les personnes vivant actuellement en couple que chez celles sans conjoint. De façon similaire à ce qui est observé sur l'ensemble de la population française, les personnes ayant connu une rupture de vie de couple sont davantage touchées que les autres : 8,6% vs 3,6% ($p=0,002$).

Les étrangers sont moins concernés que les Français : 2,2% rapportent une tentative de suicide, contre 7,2% des Français.

FREQUENCE DES TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DE LA VIE SELON QUELQUES
CARACTERISTIQUES AU MOMENT DE L'ENQUETE

	Ensemble	Hommes	Femmes
Age	p<0,01		
18-24	5,1	6,0	4,5
25-34	7,3	2,5	12,4
35-44	6,2	6,6	5,8
45-59	9,8	7,9	11,1
60 ans ou +	0	0	0
Nationalité	p=0,01		
Français	7,2	5,8	8,3
Etranger	2,2	2,1	2,3
Stat. professionnel	P=0.002		
Travaille	4,8	4,3	5,7
Chômeur	13,3	6,7	20,8
Retraité	2,3	1,9	2,6
Autre inactif	7,3	8,9	7,5
Statut marital	P<0.05		
En couple	4,6	3,3	5,9
Seul	7,8	6,3	8,5
Ruptures de vie de couple	p=0,002		
Oui	8,6	7,0	9,9
Non	3,6	2,1	4,7
Total	6,1 %	4,6 %	7,2 %

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Pour terminer ce chapitre sur la santé mentale, signalons enfin que d'une manière générale, et pour toutes causes diagnostiques confondues, 3,3% des enquêtés déclarent avoir été en hôpital psychiatrique depuis l'âge de 18 ans.

Comportements et habitudes de vie

I- Consommation d'alcool

Un tiers de consommateurs, et 11% de consommateurs excessifs chez les hommes

Dans les quartiers étudiés, 34,8% des personnes majeures déclarent ne jamais boire de vin, de bière ni d'alcool. Ces «non consommateurs» sont principalement des femmes (41,9% des femmes contre seulement 25,7% des hommes, $p < 10^{-3}$), des jeunes (48,9% des 18-24 ans), des personnes de nationalité étrangère (59,9% des étrangers contre seulement 28,9% des Français, $p < 10^{-3}$) ou des Français de parents étrangers (52,4% contre 21,7% chez les Français de parents français, $p < 10^{-3}$).

Le fait de consommer ou non de l'alcool est également lié au niveau scolaire et au niveau de diplôme : plus ceux-ci sont élevés, plus la proportion de buveurs augmente.

Les problèmes d'alcoolisme étaient interrogés par un outil de dépistage comportant quatre questions : le CAGE⁹³. Il est généralement considéré qu'un total de 2 réponses positives au CAGE peut éveiller un soupçon de problèmes d'alcool, trois réponses positives confirmant ce type de problèmes.

Au total, 6,6% des enquêtés ont un score au CAGE au moins égal à 2 et 1,8% un score supérieur ou égal à 3.

Le fait d'avoir un CAGE supérieur ou égal à 2, c'est-à-dire une consommation risquant d'être excessive, est plus fréquent chez les hommes (11,3% des hommes contre 3,0% chez les femmes, $p < 10^{-3}$) ; ainsi que chez les chômeurs (11,1% chez les chômeurs contre 6,6% pour l'ensemble des enquêtés).

II- Consommation de tabac

Plus d'un tiers des enquêtés fument actuellement : davantage qu'en population générale

Dans les quartiers étudiés, 34,7% des personnes déclarent fumer ; 44,2% n'ont jamais fumé et 21,1% ont fumé par le passé mais se sont arrêtés.

⁹³ Samet JH, Rollnick S, Barnes H. Beyond CAGE, a brief clinical approach after detection of substance abuse. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2287-2293.

La population résidant dans les quartiers Belleville - Amandiers et Saint-Blaise est donc confrontée au tabac plus souvent que la population générale : elle est plus nombreuse à fumer (34,7% contre 27,8% sur l'ensemble de la France en 2002), moins nombreuse à n'avoir jamais fumé et moins nombreuse à s'être arrêtée de fumer.

POURCENTAGE DE FUMEURS ET D'ANCIENS FUMEURS DANS LES QUARTIERS ETUDIÉS ET SUR L'ENSEMBLE DE LA FRANCE

	SIRS 20 ^{ème}	France entière*
	18 ans et +	16 ans et +
Fume actuellement	34,7	27,8
A fumé par le passé	21,1	26,0
N'a jamais fumé	44,2	46,2

*Credes, enquête SSPS 2002

Sources : Enquête SIRS 20^{ème} 2003 – Credes enquête SSPS 2002

Ces proportions varient selon l'âge et le sexe. Mais la surreprésentation des fumeurs dans la population enquêtée (comparativement à la population générale) se retrouve indépendamment du sexe et pour tous les groupes d'âge (cf. schémas ci-dessous) – excepté, semble-t-il, pour les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans (mais les données ne sont pas strictement comparables puisque le Credes interroge les personnes à partir de 16 ans, contre 18 ans dans notre enquête).

Le taux de fumeurs est le plus élevé parmi les 25-34 ans

C'est dans la classe d'âge des 25-34 ans que l'on compte proportionnellement le plus de fumeurs : 37% des femmes et même la moitié des hommes de cette classe d'âge déclarent en effet fumer.

PROPORTION DE FUMEURS SELON L'ÂGE ET LE SEXE

	Hommes *	Femmes**	Total*
18-24 ans	40,0	23,9	29,7
25-34 ans	50,4	37,2	44,0
35-44 ans	38,5	35,0	36,3
45-59 ans	46,1	34,2	38,9
60 ans ou +	13,5	15,2	14,5
total	40,5	30,2	34,6

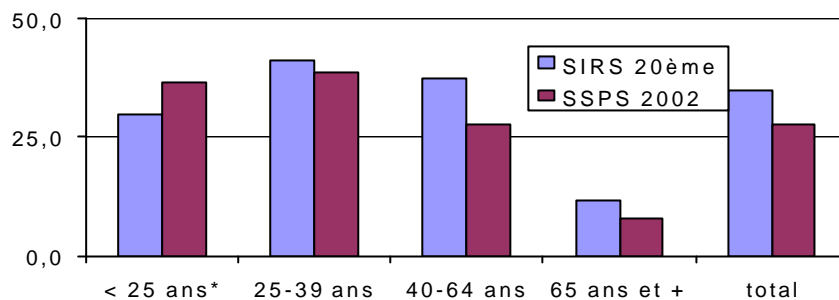
* p=0,000 ; **p=0,005

Source : Enquête SIRS 20^{ème} 2003

Les hommes sont plus souvent fumeurs que les femmes

Au total, 40,5% des hommes et 30,1% des femmes déclarent fumer (p=0,001). Quelque soit l'âge considéré, les hommes sont plus nombreux à fumer que les femmes (cf. graphiques ci-dessous). Cette tendance est similaire à ce que l'on constate sur l'ensemble de la France

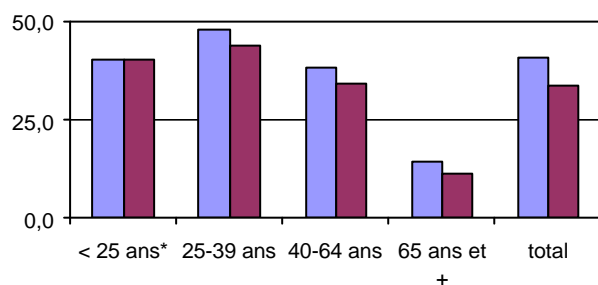
(excepté chez les plus jeunes où, contrairement aux quartiers étudiés, les hommes et les femmes sont autant à être fumeurs).



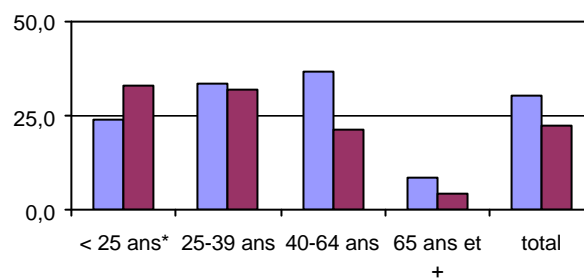
PROPORTION DE FUMEURS (ACTUELS) SELON L'ÂGE
Enquête SIRS 20^{ème} : 18-24 ans / Enquête SSPS : 16-24 ans

PROPORTION DE FUMEURS (ACTUELS) SELON L'ÂGE, PARMI LES HOMMES ET LES FEMMES

Hommes



Femmes



* Enquête SIRS 20^{ème} : 18-24 ans / Enquête SSPS : 16-24 ans

Près de la moitié des hommes issus de l'immigration concernés pas le tabagisme

Dans l'ensemble, les étrangers sont moins fréquemment fumeurs que les Français : 25,1% fument, contre 37,1% des Français ($p=0,002$). Cette différence est encore plus marquée chez les femmes, puisque seules 12,6% des femmes étrangères sont fumeuses contre 33,7% des Françaises ($p<10^{-3}$). Chez les hommes, les Français sont toujours plus souvent fumeurs mais les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Des différences de comportement se constatent également en fonction de l'origine géographique, mais diffère selon le sexe. Ainsi, les femmes françaises issues de l'immigration (ayant un ou deux parents de nationalité étrangère) sont moins souvent fumeuses que les Françaises dont les deux parents sont Français (respectivement 23,1% et 37,3% de fumeuses, $p<10^{-3}$). En revanche, ce sont les hommes issus de l'immigration qui comptent le plus de fumeurs, et ce dans une proportion importante : 45,2% d'entre eux fument, contre 40,7% parmi les Français dont les deux parents sont Français, et 36,8% parmi les étrangers (mais les effectifs sont réduits et les différences non significatives).

III- Consommation de drogues illégales

Une consommation de cannabis plus fréquente chez les hommes que chez les femmes

Un enquêté sur trois (32,8%) déclare avoir déjà fumé du cannabis au moins trois fois dans sa vie. Cette expérimentation du cannabis est plus fréquente que sur l'ensemble de la France. D'après le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) en effet, entre 15 et 75 ans, plus d'une personne sur cinq a déjà consommé au moins une fois au cours de sa vie du cannabis (données recueillies en 1999).

EXPERIMENTATION DU CANNABIS SELON L'AGE ET LE SEXE (EN %)						
	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	60 ans ou +	Total p
	n=138	n=234	n=193	n=193	n=131	N=889
Hommes	36,0	61,2	50,0	32,0	3,8	42,0 p<10 ⁻³
Femmes	31,8	38,4	28,4	20,5	2,5	25,3 p<10 ⁻³
Ensemble	34,1	50,4	38,9	24,9	3,8	33,0 p<10 ⁻³

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Dans notre population d'étude, comme en population générale, l'expérimentation du cannabis est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (42,4% vs 25,4%, p<10⁻³), dans les tranches d'âge 25-34 ans (où la moitié des personnes a déjà consommé du cannabis au moins trois fois) et 35-44 ans (38,9%) que chez les plus jeunes ou les plus âgés, ainsi que parmi les Français (37,7% vs 14,2% parmi les étrangers, p<10⁻³).

La part de la population concernée augmente par ailleurs avec le niveau scolaire et le niveau de diplôme (de 2,6% pour les personnes n'ayant pas dépassé l'école primaire, jusqu'à 44,1% parmi celles ayant été dans l'enseignement supérieur, p<10⁻³).

L'expérimentation du cannabis est également plus fréquente à Belleville - Amandiers qu'à Saint-Blaise (36,5% vs 25,4%, p=0,001).

1 enquête sur 10 a déjà consommé d'autres drogues illégales

9,8% des enquêtés déclarent avoir déjà consommé d'autres drogues illégales que le cannabis, que ce soit par injection, fumée, par voie orale ou nasale. 1,3% disent qu'ils en consomment encore. Le fait d'avoir pris de tels produits (dans le passé et/ou actuellement) se rencontre plus souvent chez les hommes que chez les femmes (respectivement 14,9% et 5,8%, p<10⁻³); chez les Français que chez les étrangers (15,5% contre seulement 2,7%, p<10⁻³); il est d'autant plus fréquent que le niveau de diplôme est élevé.

Il est également plus fréquent parmi les personnes interrogées à Belleville - Amandiers que chez celles interrogées à Saint-Blaise (11,3% vs 6,8%, p=0,03).

5% des enquêtés déclarent avoir ou avoir eu des problèmes avec l'alcool ou la drogue

Sur l'ensemble des enquêtés, 4,8% déclarent qu'ils ont eu depuis l'âge de 18 ans des problèmes avec l'alcool ou la drogue (2,1% s'estimant en être encore marqués).

Etant donnée la faiblesse (statistique) des effectifs, nous avons regroupé les personnes ayant eu des problèmes de ce type qu'elles en soient ou non encore marquées. Au total, la probabilité de déclarer avoir eu, depuis sa majorité, des problèmes personnels avec l'alcool ou la drogue ne diffère pas significativement entre les hommes et les femmes, selon la classe d'âge ni entre les personnes en couple et celles vivant seules. Par contre, la nationalité s'avère liée à la déclaration de ce type de problème, les étrangers étant moins touchés que les Français (seul un enquêté étranger a déclaré avoir eu, depuis ses 18 ans, des problèmes avec l'alcool ou la drogue).

Des différences significatives sont à noter selon le statut professionnel, les chômeurs étant particulièrement touchés par ce type de problèmes : parmi les personnes au chômage au moment de l'enquête⁹⁴, une sur 10 (10,6%) dit qu'elle a eu, depuis sa majorité, des problèmes avec l'alcool ou la drogue (6,2% en sont encore marquées, et 4,4% les ont surmontés). Cette proportion est de 5,2% parmi les actifs occupés, 0,8% parmi les retraités et 2,0% parmi les autres inactifs ($p=0,001$).

IV- Quelques habitudes de vie

Nous présentons dans le tableau ci-dessous la fréquence de quelques habitudes de vie au sein de la population enquêtée.

La fréquence de certains comportements péjoratifs pour la santé apparaît particulièrement élevée. Ainsi, près d'un enquêté sur cinq ne prend jamais de petit déjeuner avant de quitter son domicile. Autour de 15% de la population interrogée ne consomme pas de fruits ou de légumes crus plusieurs fois par semaine. Un peu plus de 15% ne consomment pas de viande plus de quelque fois par mois. Enfin, seule la moitié des personnes consomme du poisson régulièrement.

Un quart des personnes ne paraît pas dormir suffisamment, 20% travaillent plus de 10 heures par jour (au moins) plusieurs fois par semaine, et la moitié déclare une activité physique insuffisante.

Enfin, 16% des personnes consomment quotidiennement des substances pour se détendre, pour dormir ou anti-dépressives : ce taux comprend pour moitié le recours à des médicaments et pour moitié le recours à l'allopathie. Au total, un quart des personnes consomment de telles substances – médicamenteuses ou non – plusieurs fois par semaine.

⁹⁴ Soulignons que ces données ne laissent pas présager de la situation professionnelle au moment où la personne avait des problèmes avec la drogue ou l'alcool.

DISTRIBUTION SELON LA FREQUENCE DE QUELQUES HABITUDES DE VIE

	Presque tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par mois	Plus rarement ou jamais
Prise d'un petit déjeuner avant de quitter son domicile	71,2	7,3	2,8	18,7
Consommation de fruits ou légumes crus	57,9	28,1	7,7	6,4
Consommation de lait ou de produits laitiers	73,2	16,8	4,7	5,3
Consommation de viande	43,0	40,5	10,9	5,6
Consommation de poisson	9,5	41,3	37,5	11,7
Au moins 7 heures de sommeil par nuit	56,1	18,6	10,9	14,3
Se lave entièrement (bain ou douche)	88,4	9,7	1,0	1,0
Travail plus de 10 heures par jour	9,2	10,6	10,2	70,0
Activité physique (marche, gymnastique, sport...)	33,0	21,2	13,6	32,2
Consommation de vitamines, minéraux, compléments alimentaires	10,5	3,7	5,4	80,4
Prise de médicaments pour se détendre (tranquillisants), pour dormir (somnifères) ou des anti-dépresseurs ? (hors homéopathie)	8,1	2,1	3,2	86,6
Prise d'autre chose pour ces mêmes raisons : homéopathie, herbes, tisane, ou tout autre remède	8,1	6,4	7,7	77,8

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

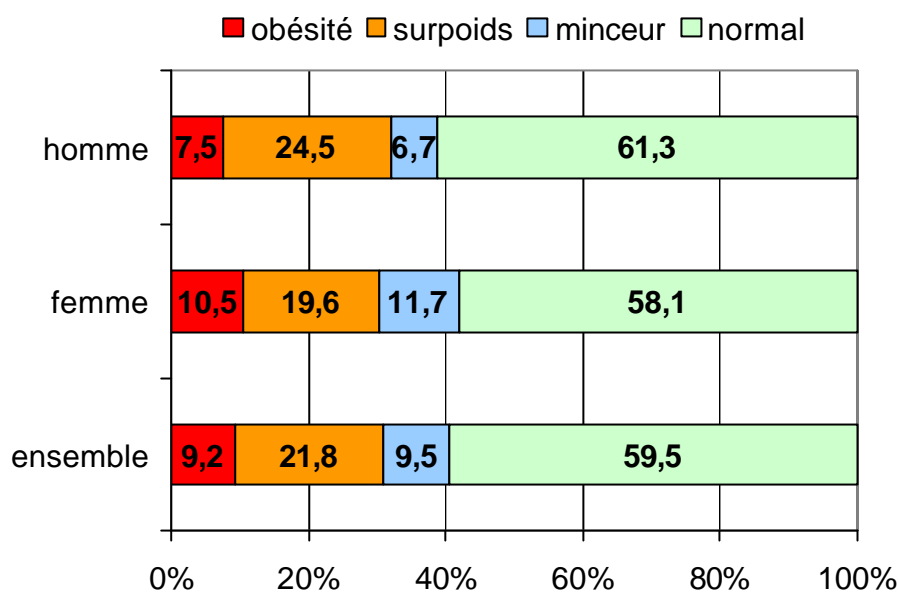
V- Les problèmes de poids

Lorsqu'on demande directement aux enquêtés, parmi une liste de maladies chroniques ou graves, s'ils souffrent de malnutrition ou d'obésité, 3% répondent par l'affirmative. Mais les problèmes de poids semblent, dans notre population d'étude, plus largement répandus.

Pour étudier les problèmes de poids, en lien avec la santé, on utilise généralement l'Indice de Masse Corporelle (IMC)⁹⁵. Nous avons ainsi demandé aux enquêtés d'indiquer leur taille et leur poids, à partir desquels nous avons calculé leur IMC. Sur l'ensemble de la population enquêtée, 40,5% présentent des problèmes liés au poids – plus souvent les femmes (41,9%) que les hommes (38,7%, $p < 10^{-3}$). Ces problèmes sont pour la plupart des problèmes de surpoids et d'obésité, la « minceur » (IMC inférieur à la normale) concernant 9,5% des personnes enquêtées.

⁹⁵ L'IMC est calculé en divisant le poids de la personne par sa taille au carré.

INDICE DE MASSE CORPORELLE SELON LE SEXE



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

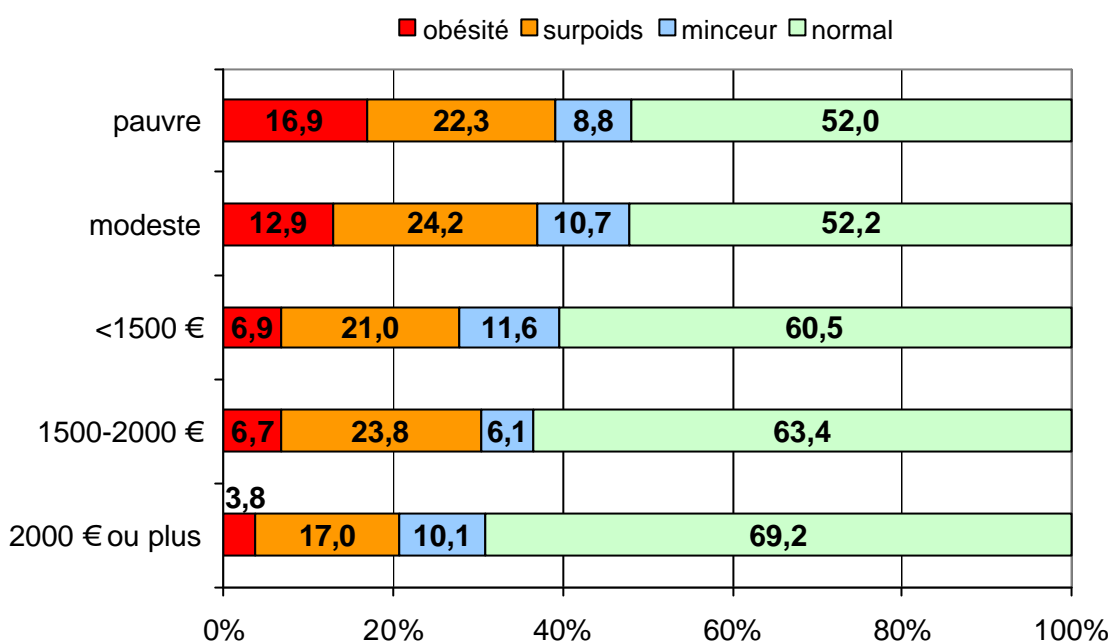
L'obésité repérée par l'IMC touche 10,5% des femmes, et 7,5% des hommes ($p < 10^{-3}$). Dans notre échantillon, si l'on distingue selon le statut professionnel, les retraités sont particulièrement touchés par l'obésité (17,3%), près de deux fois plus souvent que les autres catégories : 8,5% pour les actifs occupés, 6,3% pour les chômeurs, et 6,1% pour les autres inactifs. Des différences significatives s'observent selon l'âge, avec une tendance générale à l'augmentation du taux d'obèse avec l'âge : autour de 5% des moins de 25 ans et des 25-34 ans, autour de 10% dans les classes d'âges 35-44 et 45-59 ans, cette proportion s'élevant à 20,2% chez les personnes âgées de 60 ans ou plus.

L'obésité touche préférentiellement les étrangers et les pauvres

Les étrangers également souffrent d'obésité deux fois souvent que les Français (14,5% vs 7,8%, $p < 10^{-3}$).

L'IMC apparaît très corrélé au niveau de revenus : 16,9% des personnes vivant dans un ménage pauvre est obèse contre 3,8% des personnes vivant dans un ménage dont les revenus mensuels égalent ou dépassent 2000 €UC

INDICE DE MASSE CORPORELLE SELON LA CLASSE DE REVENUS



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Par delà les critères objectivés concernant l'Indice de Masse Corporelle, nous avons demandé aux personnes si, pour leur santé, leur poids leur semblait trop faible, trop élevé ou comme il faut. Seuls 55,1% des enquêtés disent que leur poids est, pour leur santé, «comme il faut» – c'est-à-dire moins que la proportion de personnes ayant un indice de masse corporelle « normal ». Un enquêté sur dix environ estime que son poids est trop faible, et plus d'un tiers estiment qu'il est trop élevé pour sa santé.

INDICE DE MASSE CORPORELLE SELON LE JUGEMENT PORTE SUR SON POIDS (EN %)

<i>Pour votre santé, votre poids vous semble...</i>	Indice de Masse Corporelle (IMC)				total
	IMC normal	surpoids	obésité	mince	
trop faible	10,3	1,0	0	33,3	9,6
trop élevé	22,5	66,1	80,2	1,2	35
comme il faut	67,2	32,8	19,8	65,5	55
Total	100%	100%	100%	100%	100%
N	525	192	80	84	881

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Parmi les personnes dont l'Indice de Masse Corporelle témoigne d'une obésité :

- 20% estiment que leur poids ne pose pas de problèmes pour leur santé
- 22% seulement déclarent souffrir de malnutrition ou d'obésité (questionnés à partir de la liste des maladies chroniques)

Quant aux personnes qui déclarent souffrir d'obésité à partir de cette liste de maladies chroniques), 75% ont effectivement un IMC révélant une obésité.

Représentations, attitudes et rapport à la santé et à la médecine

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

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

Nous avons intégré à notre questionnaire différentes questions sur les représentations et attitudes individuelles liées à la santé et à la maladie (nous étudierons par la suite des dimensions moins individuelles), complétées par certaines questions issues d'un outil utilisé dans plusieurs autres recherches : le « Health Perceptions Questionnaire »⁹⁶. Ces questions concernent les perceptions sur la santé dans le passé, le présent et le futur, ainsi que sur la résistance à la maladie et les attitudes vis-à-vis de la maladie. Nous avons également élaboré quelques questions sur les représentations et attitudes liées au rapport à la médecine.

I. Représentations liées à la santé

Les comportements liés à la santé et même les conduites thérapeutiques ne relèvent pas uniquement d'une rationalité bio-médicale, ni même uniquement d'une logique de santé.⁹⁷ En outre, il serait erroné de penser que "conserver" ou "améliorer" sa santé est systématiquement - et pour tout le monde - un objectif prioritaire et immuable.

Ainsi, dans les quartiers étudiés, si la grande majorité des personnes considèrent que la santé est une priorité dans leur vie, il faut souligner que ce n'est pas le cas pour 26,7% – notamment 7,6% qui disent que ce n'est « pas du tout » le cas. Dans notre échantillon, les étrangers répondent plus souvent que les Français que la santé est une priorité (90,6% vs 68,9%, $p < 10^{-3}$); on ne note pas, en revanche, de différence significative selon le sexe. Une autre question incite, de façon similaire, à relativiser la place attribuée à la santé : lorsqu'on leur

⁹⁶ Ware JE Jr. Scales for measuring general health perceptions. *Health Serv Res*, 1976, 11: 396-415.

⁹⁷ Fainzang S. Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades. *Sciences Sociales et Santé*, vol. 15, n°3, 1997 : 5-22.

demande quelle importance ils accordent au fait d'avoir « une bonne santé », la grande majorité des enquêtés répond que c'est « très important », mais 14,7% répond que c'est seulement « plutôt important » (1 enquêté répondant même « plutôt pas important »).

Nous avons également interrogé les enquêtés sur la manière dont ils envisagent leur propre sensibilité et leur propre rapport à la maladie.

La très grande majorité (88,0%) des personnes rapporte un sentiment de résistance à la maladie, répondant par la négative à la question « pensez-vous que vous tombez malade plus facilement que les autres ? ». Les femmes disent plus fréquemment que les hommes qu'elles tombent malade plus facilement que les autres (14,4% vs 8,5%, $p < 0,01$), mais les Français et les étrangers ne diffèrent pas significativement sur ce sentiment de résistance à la maladie.

Les perspectives de santé sont plutôt positives pour les trois quarts de la population enquêtée : en effet, seuls 23,8% pensent que leur santé dans cinq ans se sera dégradée. Ce sentiment ne diffère pas selon le sexe ni la nationalité ; par contre, et comme on pouvait s'y attendre, il est d'autant plus fréquent que l'âge augmente : il concerne une personne sur dix (10,9%) chez les jeunes de moins de 25 ans, contre un tiers des personnes de 45 à 59 ans, et la moitié (51,5%) des personnes âgées de 60 ans ou plus ($p < 10^{-3}$).

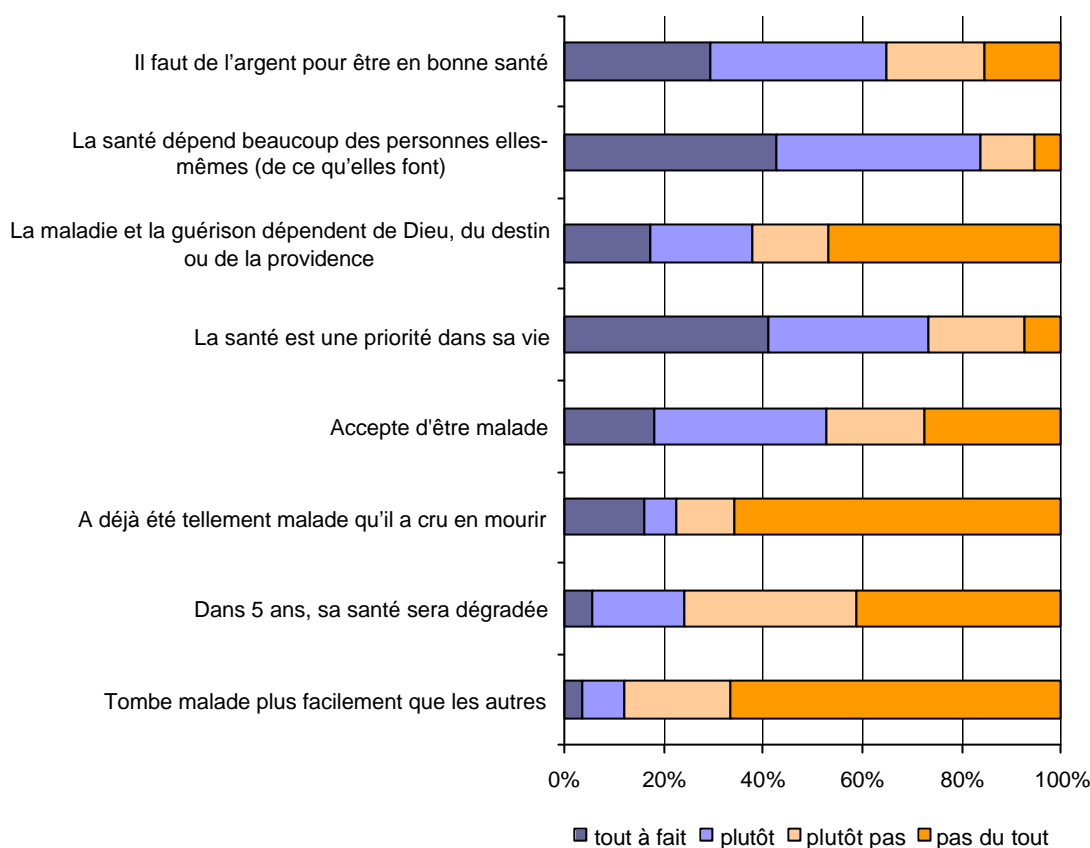
Concernant l'acceptation de la maladie, 52,6% des enquêtés disent qu'en général, ils n'acceptent pas d'être malade – et ce sans différence selon l'âge, le sexe ni la nationalité. Cette dimension partage donc en 2 la population d'étude.

On peut également noter que 22,4% des enquêtés rapportent avoir déjà été tellement malade qu'ils ont cru en mourir. Cela se repère d'autant plus souvent qu'ils sont plus âgés. Ainsi, 13,8% des jeunes de moins de 25 ans disent qu'il leur est déjà arrivé d'être tellement malade qu'ils ont cru en mourir, et cette proportion s'accroît progressivement pour atteindre 28,5% parmi les personnes de 60 ans ou plus. En ajustant simultanément sur l'âge, le sexe et la nationalité, seul l'âge est significativement lié à cette expérience passée de maladie grave.

Enfin, deux questions renvoyaient à l'étiologie de la santé, de la maladie et de la guérison. A la question « Pensez-vous que la santé dépend beaucoup des personnes elles-mêmes (de ce qu'elles font) ? », 83,6% des enquêtés répondent par l'affirmative – plus souvent les hommes que les femmes (87,0% vs 80,9%, $p = 0,02$). Cette responsabilité attribuée aux individus dans la détermination de leur état de santé se repère aussi dans les réponses à la deuxième question. En effet, 38,0% des enquêtés pensent que « la maladie et la guérison dépendent de Dieu, du destin ou de la providence » – les étrangers étant deux fois plus souvent d'accord que les Français avec cette proposition (62,2% vs 31,8%, $p < 10^{-3}$).

Cela peut probablement être relié au fait que plus des deux tiers des enquêtés (64,9%) considèrent qu'il faut de l'argent pour être en bonne santé (sans différences significatives selon l'âge, le sexe ni la nationalité).

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



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

II. Représentations liées à la médecine

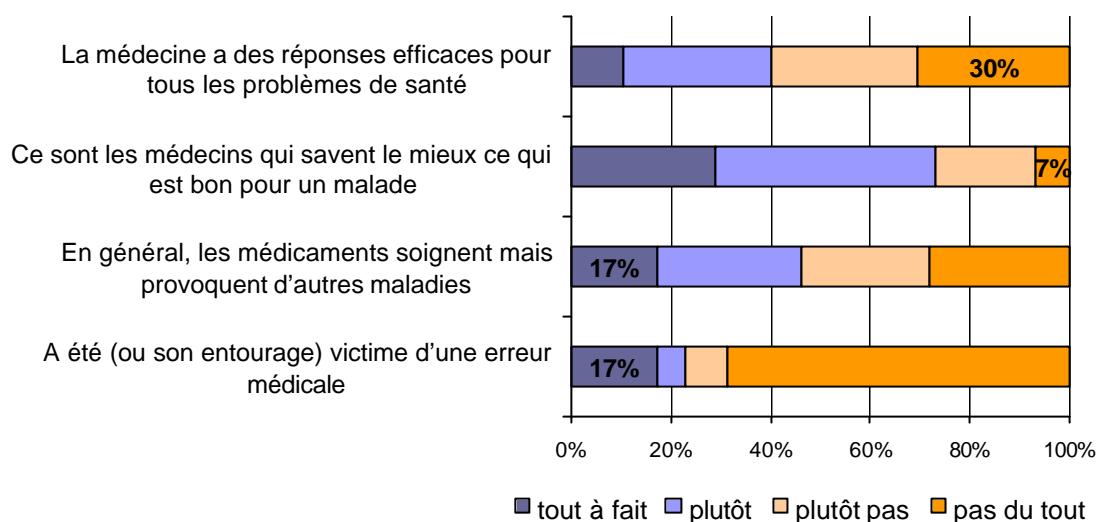
La vision que les personnes ont de la médecine apparaît globalement mitigée dans les quartiers étudiés.

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

Mais, parallèlement, près de la moitié des enquêtés (46,3%) estiment qu'en règle générale, les médicaments les soignent mais provoquent d'autres troubles. C'est plus fréquemment le cas des femmes que des hommes (49,6% vs 42,2%, $p=0,03$). Concernant les différences selon l'âge, ce sont les jeunes de moins de 25 ans qui considèrent le moins fréquemment que les

médicaments ont des effets à la fois positifs et négatifs sur la santé (37,7%, $p=0,003$). On peut souligner également que 22,9% des enquêtés répondent qu’eux-mêmes ou leur entourage ont déjà été victime d’une erreur médicale. Les Français sont plus nombreux que les étrangers à répondre ainsi (24,4% vs 17,0%, $p=0,04$) – sans que l’on puisse ici savoir si cette différence provient d’une exposition plus grande à ce risque (notamment par des recours à la médecine plus nombreux) ou à une tendance différente à interpréter certains événements en termes d’erreur médicale.

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



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

III. Jugements portés sur le déroulement des consultations médicales

Une vision positive du médecin régulier

Les personnes qui ont un médecin régulier estiment en très grande majorité que celui-ci leur consacre suffisamment de temps et d’attention (93,8% des personnes concernées estiment que c’est tout à fait ou plutôt le cas ; seul 1% estiment que ce n’est pas du tout le cas) – et ce sans différences significative selon le sexe, l’âge ni la nationalité.

Des critiques concernant le déroulement des consultations

Aux 693 personnes qui ont consulté un médecin au cours de la dernière année, que ce soit pour un problème de santé, un suivi, en prévention ou pour un autre motif, nous avons posé des questions sur les éventuelles réflexions négatives qu’ils se seraient faites après la consultation. Les résultats bruts sont présentés dans le tableau ci-dessous.

La réflexion la plus fréquemment rapportée porte sur l’absence de discussion entre le médecin et le malade concernant le traitement prescrit. Ainsi, 21,4% des enquêtés se sont fait la

réflexion que le médecin ne leur a pas demandé leur avis sur le traitement (sans différences significatives selon le sexe, ni l'âge ni la nationalité).

Un nombre important de personnes a eu le sentiment que le médecin n'était pas réceptif à l'ensemble de leurs difficultés. Ainsi, 16,8% rapportent s'être fait la réflexion, après une consultation de l'année précédente, que le médecin n'a pas écouté tout ce qu'elles lui ont dit, ou n'a pris en compte qu'une partie de leurs problèmes.

Environ une personne sur dix exprime également une réflexion critique concernant l'ampleur des explications fournies par le médecin. 13,4% des personnes ayant consulté au cours des 12 derniers mois ont constaté que le médecin ne leur a pas expliqué les raisons de leurs troubles – et ce sans différence significative selon le sexe, la nationalité ou encore le niveau d'études ou de diplôme. Egalement, 9,2% des personnes se sont fait la réflexion d'une absence d'explication concernant le traitement prescrit (sans différence significative selon le sexe, l'âge, la nationalité ou le niveau de formation).

Moins fréquemment que pour les réflexions précédentes, mais touchant tout de même près d'une personne sur dix : 9,1% des personnes disent qu'il leur est arrivé, au cours d'au moins une consultation effectuée lors des 12 derniers mois, de ne pas vraiment comprendre ce que le médecin leur disait. C'est deux fois plus souvent le cas des femmes que des hommes (11,4% vs 5,7, $p=0,01$) ; et deux fois plus souvent le cas des étrangers que des Français (15,4% vs 7,5%, $p=0,004$). Il est important de remarquer que la mauvaise compréhension des dires du médecin ne tient pas uniquement à une mauvaise maîtrise de la langue française, ni à un faible niveau socioculturel. En effet, la proportion de personnes s'étant fait cette réflexion ne diffère pas de façon significative selon le niveau scolaire ni le niveau de diplôme. En outre, 8,7% des personnes ayant fait des études supérieures, et 13,9% des personnes ayant un diplôme de niveau Bac+2, disent s'être fait cette réflexion au cours de l'année écoulée. Ce que l'on mesure là renvoie donc plus largement à des difficultés de communication entre médecins et patients.

Enfin, on peut noter que 4,9% des enquêtés disent s'être fait la réflexion, au moins une fois au cours de l'année précédente, d'un manque de sympathie ou de politesse de la part du médecin. Cette proportion ne diffère pas de façon significative selon le sexe ni la nationalité. Les personnes de plus de 60 ans sont les moins nombreuses (une seule sur les 110 interrogées) à s'être fait cette réflexion ; les personnes âgées de 25 à 34 ans sont le plus concernées, avec 10,5% d'enquêtés relatant une telle réflexion. Par ailleurs, les chômeurs et les inactifs (non compris les retraités) apparaissent plus fréquemment touchés que les autres, avec respectivement 7,3% et 9,2% d'entre eux qui disent qu'un médecin n'a pas été sympathique ou poli avec eux.

FREQUENCE DE CERTAINES REFLEXIONS NEGATIVES APRES UNE CONSULTATION MEDICALE
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

	% *
Le médecin ne m'a pas demandé mon avis sur le traitement	21,4
Le médecin ne m'a examiné que très superficiellement, ou pas assez	17,5
Le médecin n'a pas écouté tout ce que je lui ai dit, ou n'a pris en compte qu'une partie de mes problèmes	16,8
Le médecin ne m'a pas expliqué les raisons de mon trouble	13,4
Le médecin ne m'a pas assez expliqué le traitement prescrit	9,2
Je n'ai pas vraiment compris ce que le médecin me disait	9,1
<u>Le médecin n'a pas été sympathique ou poli avec moi</u>	<u>4,9</u>

* Pourcentage d'individus s'étant fait au moins une fois cette réflexion après une consultation au cours des 12 derniers mois. Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Nous avons construit un score en calculant le nombre d'items pour lesquels l'enquêté s'est fait au moins une fois, au cours de la dernière année, les réflexions correspondantes. Au total, 63,3% des personnes ayant vu un médecin dans l'année ne se sont fait aucune des réflexions négatives mentionnées ; 23,4% se sont fait une ou deux de ces réflexions ; et 13,3% s'en sont fait trois ou plus.

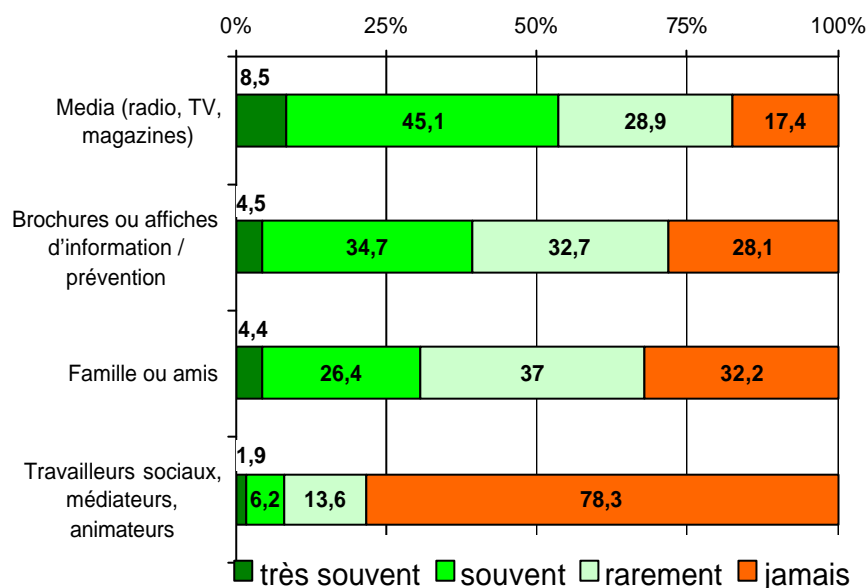
Ce score ne diffère pas de façon significative selon le sexe ni selon la nationalité. Mais les personnes âgées de plus de 40 ans se sont fait moins souvent ces réflexions que les plus jeunes. Des différences sont également observées selon le quartier de résidence (même s'il faut être prudent concernant l'interprétation de cette donnée) : les personnes vivant à Saint-Blaise sont plus nombreuses que celles vivant à Belleville - Amandiers à ne s'être fait aucune de ces réflexions (71,2% vs 59,5%), et elles sont moins nombreuses à s'être fait au moins trois réflexions (8,6% vs 15,7%, $p=0,006$).

Il est également intéressant de noter que ces jugements négatifs portés sur les médecins sont davantage le fait de personnes dont l'état de santé est mauvais. Ainsi, la proportion de personnes s'étant fait trois (ou plus) de ces réflexions est deux fois plus élevée parmi les enquêtés qualifiant leur santé comme « moyenne » ou « mauvaise » que parmi ceux la qualifiant de « bonne » (16,0% vs 8,9%, $p=0,01$). De même, cette proportion augmente avec le nombre de maladies chroniques ou graves dont l'individu est atteint : de 7,7% chez les personnes sans maladie déclarée, jusqu'à 18,4% chez celles atteintes de 3 maladies ou plus ($p=0,001$). Il semblerait que les personnes attendent d'autant plus d'attention et d'explication de la part des médecins qu'elles sont atteintes de troubles suscitant l'inquiétude et/ou un investissement personnel important ; par suite, elles seraient plus insatisfaites du déroulement « classique » des consultations que les personnes ne présentant que des affections légères et non chroniques.

IV. Moyens d'information sur la santé et les centres de soins

Nous avons interrogé les personnes enquêtées sur quelques-uns des moyens par lesquels ils obtiennent des informations sur la santé ou sur les centres de soins. Nous leur avons plus précisément demandé à quelle fréquence, au cours de l'année écoulée, ils avaient obtenu des informations dans ces domaines au travers des media, des brochures ou d'affiches d'information et de prévention, de la famille ou des amis ; et enfin, des travailleurs sociaux, animateurs ou médiateurs.

MODES D'INFORMATION SUR LA SANTE ET LES CENTRES DE SOINS AU COURS DE S 12 DERNIERS MOIS



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Les media : un mode important d'information sur la santé et les centres de soins

Les media (radio, télévision, magazines) constituent le principal moyen d'information cité : plus de la moitié des enquêtés ont obtenu par ce biais des informations dans le domaine médical et sanitaire «très souvent » ou «souvent » au cours des 12 derniers mois. Ce mode d'information est cité autant par les hommes que par les femmes, et autant par toutes les classes d'âges considérées. Par contre, les étrangers ne sont que 44,0% à citer ce mode d'information, contre 56,2% des français ($p < 10^{-3}$).

Les étrangers restent mal ciblés par les brochures et affiches de prévention

Les étrangers sont également moins nombreux à être informés sur ces sujets par le biais de brochures ou d'affiches d'information et de prévention. En outre, la moitié d'entre eux environ (47,3%) déclare avoir n'avoir jamais eu d'informations par ce biais au cours des 12 derniers mois (contre 23,2% des Français, $p < 10^{-3}$).

Il est possible que ces différences selon la nationalité puissent être reliées en partie aux difficultés à lire en Français, qui touchent plus fréquemment les étrangers. En effet, les personnes ayant « beaucoup » de difficultés à lire en Français (et, dans une moindre mesure, celles qui ont « quelques » difficultés) déclarent nettement moins que les autres avoir été informées par le biais de brochures ou d'affiches.

Par ailleurs, les femmes citent plus souvent ce mode d'information que les hommes. Une hypothèse d'explication est qu'elles sont plus souvent amenées que les hommes, particulièrement lorsqu'elles ont des enfants, à fréquenter des lieux où des affiches de prévention sont exposées et où des brochures sont distribuées : école, dispensaires, centres de loisirs pour enfants, etc. Pour appuyer cette hypothèse, on signalera que les personnes vivant avec des enfants mineurs dans leur ménage sont plus souvent informées par ce moyen que celles vivant dans un ménage sans enfants.

La transmission intrafamiliale des informations sur la santé

Un tiers des enquêtés dit n'avoir reçu aucune information par le biais de leur famille et de leurs amis au cours de l'année écoulée, concernant la santé et les centres de soins – et ce indépendamment du sexe, du statut marital. Cette proportion augmente avec l'âge : de 24,6% chez les 18-24 ans, jusqu'à 42,7% pour les personnes de 60 ans ou plus ($p=0,026$).

Notons qu'un tiers des jeunes (34,1% des 18-24 ans) disent avoir eu « très souvent » ou « souvent » des informations sur la santé ou les centres de soins par l'intermédiaire de relations amicales ou familiales au cours de l'année précédente.

Les étrangers rapportent moins souvent que les Français avoir été informés au sein de la famille sur la santé : 43,2% disent que cela n'a jamais été le cas au cours de l'année écoulée, contre seulement 29,3% des Français. ($p<10^{-3}$) ; cette proportion atteint même 52,0% parmi les ressortissants d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Ces données doivent être interprétées avec prudence. En effet, la transmission de savoirs en matière de santé peut souvent s'effectuer au sein des familles sans que les connaissances échangées soient consciemment reliées à une information en matière de santé (que l'on pense par exemple aux échanges concernant la nutrition, ou la prévention domestique, etc.). Les représentations de la santé différant selon les cultures, il est possible qu'une partie des résultats présentés ici soient liés à une compréhension différente du champ recouvert par la question.

Peu de personnes informées sur la santé et les centres médicaux par les travailleurs sociaux

Enfin, il convient de souligner que peu de personnes disent avoir été informées dans le domaine sanitaire par des travailleurs sociaux, médiateurs ou animateurs : seuls 8,1% des enquêtés en effet disent avoir eu « souvent » ou « très souvent » par leur intermédiaire des informations sur la santé et les centres de soins. Cela semble provenir à la fois des pratiques de ces professionnels et du fait qu'une partie de la population enquêtée n'a aucun contact avec eux. En outre, la proportion de personnes n'ayant jamais été informée par l'intermédiaire des travailleurs sociaux, médiateurs ou animateurs est moins élevée par les personnes vivant dans un ménage bénéficiaire d'un minima social que parmi les autres personnes (61,4% vs 79,7%, $p<10^{-3}$).

FREQUENCE DE QUELQUES ATTITUDES ET REPRESENTATIONS LIEES A LA SANTE EN
FONCTION DE L'EXISTENCE D'UN SUIVI MEDICAL (EN %)

	Ensemble	A un médecin régulier	Pas de médecin régulier	p
Tombe malade plus facilement que les autres	12,0	14,0	5,6	0,001
Acceptation de la maladie	52,6	52,4	52,8	NS
Dans 5 ans, sa santé sera dégradée	23,8	26,6	16,5	0,002
A déjà été tellement malade qu'il a cru en mourir	22,4	25,5	13,7	<10 ⁻³
La santé est une priorité dans sa vie	73,3	73,5	72,8	NS
En général, les médicaments soignent mais provoquent d'autres maladies	46,3	46,2	46,6	NS
La santé dépend beaucoup des personnes elles-mêmes (de ce qu'elles font)	83,6	84,5	81,3	NS
Ce sont les médecins qui savent le mieux ce qui est bon pour un malade	73,3	74,3	69,8	NS
Il faut de l'argent pour être en bonne santé	64,9	64,8	65,4	NS
La maladie et la guérison dépendent de dieu, du destin ou de la providence	38,0	40,3	31,6	0,02
A été (ou son entourage) victime d'une erreur médicale	22,9	24,1	19,4	NS
La médecine a des réponses efficaces pour tous les problèmes de santé	40,2	41,1	37,5	NS

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Couverture du risque maladie

La quasi-totalité de la population interrogée (98,9%) possède une couverture maladie : 90,7% relèvent de la Sécurité sociale «standard», 6,6% de la CMU (contre 4,6% de la population France entière, selon l'ESPS de 2002), 1,6% de l'Aide Médicale d'Etat (AME). Les femmes bénéficient plus souvent de la CMU (8,5%) que les hommes (4,1%). La CMU est par ailleurs un peu plus fréquente entre 18 et 24 ans d'une part (7,9%), et entre 45 et 59 ans d'autre part (8,7%) que parmi le reste de la population interrogée mais les différences ne sont pas significatives.

FREQUENCE D'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR PAR CLASSE D'AGE

18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	60 ans ou +
6,2 %	7,6 %	9,6 %	18,7 %	38,7 %

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Près de 15% des personnes interrogées sont exonérées du ticket modérateur par la Sécurité sociale (contre 10,6% dans la population générale). Une telle exonération est évidemment plus fréquente avec l'âge ($p < 10^{-6}$).

Sur la vie entière, 35,3% des étrangers déclarent avoir été au moins 3 mois sans couverture maladie. Il est possible que cela concerne des périodes de vie passée hors de France (en particulier dans le pays d'origine). Mais les Français nés de parents étrangers sont aussi un peu plus fréquemment à déclarer une telle période sans couverture (22,9%) que les Français nés de parents français (18,8%, $p < 10^{-6}$).

Le jour de l'enquête, on observe des différences significatives et importantes dans la couverture maladie des personnes selon leur origine avec une fréquence croissante du recours à la CMU et à l'Aide médicale chez les Français de parents français, les Français issus de l'immigration et les étrangers ($p < 10^{-14}$).

DISTRIBUTION DES TYPES DE COUVERTURE MALADIE EN FONCTION DE L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE (EN %)

	Français de parents français	Français de parents étrangers	Etranger
Sécurité sociale	96,3	88,4	76,4
CMU	2,9	9,4	15,0
Aide médicale	0,3	0	6,9
Sans couverture	0,6	2,2	1,7

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

De même, l'accès à une couverture maladie complémentaire est significativement différent selon l'origine ($p < 10^{-14}$). Deux fois plus d'étrangers que de Français ne possèdent aucune

assurance complémentaire (40,8% des étrangers n'en ont pas). Par ailleurs, près de deux fois moins d'étrangers que de Français bénéficient d'une assurance mutualiste ou privée : une partie de cette différence s'explique sans doute par des écarts de revenus (la CMU complémentaire étant délivrée, comme la CMU de base, sous condition de ressources).

DISTRIBUTION DES TYPES LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE EN FONCTION DE L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE (EN %)

	Français de parents français	Français de parents étrangers	Etranger
CMU	5,9	13,6	19,7
Mutuelle ou assurance privée	75,3	63,5	39,5
Aucune	18,8	22,9	40,8

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Un quart de la population reste sans assurance complémentaire ni exonération du ticket modérateur malgré la CMU

Par ailleurs, les trois quarts de la population enquêtée bénéficient d'une assurance complémentaire : 65,8% à titre privée et 10,1% par la CMU (contre, respectivement, 87,4% et 4,2% en population générale). Une telle complémentaire est plus fréquente chez les femmes (83,3%) que chez les hommes (66,5%) – que ce soit à titre privé ou grâce à la CMU (p=0,02). Finalement, 20% des personnes interrogées ne bénéficient ni d'exonération du ticket modérateur, ni d'assurance complémentaire, ce qui est une proportion plus importante qu'en population générale (8%).

Près d'une personne interrogée sur 5 (19,7%) a déjà été sans couverture maladie au moins 3 mois dans sa vie, ce qui suggère une amélioration des conditions en général (ou de leurs conditions en particulier) d'accès à ce droit. Cette proportion est plus importante chez les hommes (23,3% contre 16,9% des femmes, p=0,02) et culmine chez les 25-34 ans (p=0,02) ; ce qui peut s'interpréter comme un effet conjugué de l'âge (juste après l'âge d'être encore ayant droit) et de la période (avant l'instauration de la CMU en 2000).

FREQUENCE DE L'ABSENCE DE COUVERTURE MALADIE PENDANT AU MOINS 3 MOIS SUR LA VIE ENTIERE, PAR CLASSE D'AGE

18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-59 ans	60 ans ou +
16,4 %	26,3 %	19,2 %	19,8 %	12,3 %

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Sur tous ces items de couverture maladie, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les 2 quartiers enquêtés.

Recours aux soins

I. Consultations au cours des 12 derniers mois

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 22,0% des enquêtés n'ont vu aucun médecin en ville ni à l'hôpital. Ceux qui ont consulté l'ont fait principalement pour un problème de santé, une maladie, un accident (74,8% ont eu au moins une consultation pour ce type de raison au cours de l'année écoulée) ; 50,0% ont consulté au moins une fois pour un suivi (y compris de grossesse) ou un renouvellement d'ordonnance ; 32,0% ont consulté au moins une fois en prévention (bilan, pour voir si tout va bien, vaccins, etc.) ; et 15,6% pour d'autres raisons (par exemple pour un certificat médical).

Les femmes sont plus nombreuses, proportionnellement, que les hommes à avoir consulté un médecin dans l'année (82,8% contre 71,7%, $p < 10^{-3}$). Cette tendance est similaire à ce qu'on observe sur l'ensemble de la population en France – et tout particulièrement à l'âge de la maternité et de la formation des familles (26 à 39 ans), où les femmes ont des consommations médicales de ville supérieures de 50% à celles des hommes.⁹⁸ D'une manière générale, les femmes s'avèrent plus familières du système de santé que les hommes, notamment (mais pas uniquement) parce que la contraception ou la maternité les conduisent généralement à recourir régulièrement au corps médical.

Toujours au cours des 12 mois précédant l'enquête, 36,3% de la population d'étude ont vu un médecin dans le cadre de la médecine du travail, et seuls 8,6% ont eu un bilan de santé dans le cadre de la Sécurité sociale.

La médecine du travail : un suivi minimum pour ceux qui ne consultent pas autrement ?

Le recours à la médecine du travail est bien sûr lié à l'activité professionnelle. Si l'on interroge les seuls actifs occupés (au jour de l'enquête), ce sont alors 56,5% qui disent avoir consulté dans ce cadre : 65,3% des personnes en CDI, 46,6% des personnes en CDD, emploi aidé ou stage, et seulement 15,9% des personnes ayant un emploi non salarié (essentiellement des personnes à leurs compte et quelques personnes travaillant de façon non déclarée). Les employés (66,5%) et les ouvriers (62,1%) sont les plus nombreux, proportionnellement, à avoir vu un médecin du travail, les cadres n'étant que 56,9% dans ce cas et les professions intermédiaires que 48,0% ($p < 10^{-3}$).

Notons que le fait de ne pas avoir de médecin régulier ne modifie pas statistiquement le risque de ne pas avoir consulté dans le cadre de la médecine du travail (respectivement 43,6% et 43,3% des personnes ayant et n'ayant pas de médecin régulier ont vu un médecin du travail au cours de l'année précédente).

⁹⁸ Mizrahi An, Mizrahi Ar. *Comment se soigne-t-on en France ?* Paris, PUF, 2003.

II. Recours aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique au cours des 12 derniers mois

Un recours aux urgences hospitalières plus fréquent qu'en population générale...

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 17,3% des personnes interrogées se sont rendues au moins une fois aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique. C'est bien plus qu'en population générale où ce taux n'est que de 10% (d'après l'enquête SSPS du CreDES menée en 2002).

Moins de la moitié des personnes concernées (42,9%) déclarent que l'un de ces recours étaient motivés par une blessure ou un accident ; par contre, 55,3% disent être allé au moins une fois aux urgences dans l'année pour une maladie ou une consultation de médecine.

... particulièrement chez les chômeurs et les personnes aux faibles revenus

En population générale (d'après l'enquête du CreDES), ce sont surtout les chômeurs et les personnes vivant dans un ménage d'employés ou d'ouvriers non qualifiés qui ont recours aux urgences ; ainsi que les personnes vivant seules ou en famille monoparentale ; les personnes ayant un faible niveau d'études ou de revenus ; les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire, ou encore les personnes sans couverture maladie complémentaire. Dans les quartiers étudiés du 20^{ème} arrondissement, on n'observe pas de différences significatives (en sachant toutefois que les effectifs sont plus réduits) selon le quartier, le sexe, l'âge, la nationalité, le statut marital, le fait d'habiter seul ou non ni la PCS (codée en 8 classes). Par contre, parmi les actifs, les personnes au chômage sont effectivement plus nombreuses à s'être rendues aux urgences durant les 12 derniers mois (23,9% contre 14,1% de ceux qui travaillent, $p=0,01$).

Par ailleurs, le recours aux urgences est lié à différentes variables touchant aux revenus. Ainsi, les personnes vivant dans un ménage bénéficiaire de minima sociaux sont proportionnellement deux fois plus nombreuses à s'être rendues aux urgences que les autres (30,0% vs 16,2%, $p=0,004$). Il en est de même pour les personnes qui décrivent la situation financière de leur ménage par l'expression « y arrive difficilement » : 30,0% d'entre elles ont eu recours aux urgences dans l'année écoulée, contre 16,2% de celles qui répondent « c'est juste, il faut faire attention », et 13,8% de celles qui répondent « est à l'aise » ($p<10^{-3}$).

Le recours aux urgences s'avère également lié à la couverture maladie : ainsi, les personnes n'ayant aucune couverture ou celles bénéficiant d'une prise en charge gratuite (par la CMU ou l'AME) sont les plus nombreuses à s'être rendues au moins une fois aux urgences au cours de l'année écoulée.

Les recours aux urgences s'effectuent le plus souvent à l'hôpital Tenon

Pour étudier plus précisément le recours aux urgences, nous nous sommes intéressés au dernier recours lors des 12 derniers mois.

C'est à l'hôpital Tenon que ce recours a été le plus souvent effectué (dans 39,1% des cas, et pour 40,6% des personnes concernées résidant dans les quartiers Belleville - Amandiers) ; l'hôpital de la Croix St-Simon constitue également un lieu de recours privilégié (dans 9,1% des cas, mais dans 22,8% des cas pour les personnes résidant sur les quartiers St-Blaise ou Porte de Montreuil).

REPARTITION DES LIEUX DE DERNIER RECOURS AUX URGENCES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (EN %)

	Belleville - Amandiers n=101	St-Blaise n=57	Ensemble n=158
Tenon	40,6	33,3	39,1
Croix St Simon	1,0	22,8	9,3
St Louis	8,9	1,8	6,7
Lariboisière	7,9	1,8	5,9
Pitié Salpêtrière	4,0	3,5	3,9
Saint-Antoine	2,0	3,5	2,7
Robert Debré	2,0	3,5	2,7
Hôpital en province / à l'étranger	10,9	5,3	9,0
Autre *	22,7	24,5	23,0

* ont été regroupés dans "autre" tous les hôpitaux ou cliniques cités par moins de 4 personnes.

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Le dernier recours a été motivé dans 39,5% des cas par une blessure ou un accident ; dans 53,0% des cas par une maladie ou une consultation de médecine ; et dans 7,5% des cas par une autre raison (y compris un accouchement).

REPARTITION SELON LA PERSONNE QUI A CONSEILLE DE SE RENDRE AUX URGENCES (POUR LE DERNIER RECOURS)

	%
Personne (initiative propre)	46,1
Un médecin	20,7
Service d'urgence (pompiers, Samu, sos médecin)	18,8
Un ami, voisin, membre de la famille	10,4
Un pharmacien ou autre professionnel de santé	2,6
L'employeur, un collègue, sur le lieu de travail	1,9
Autre	3,2

* le total est supérieur à 100%, quelques personnes ayant donné plusieurs réponses

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Lors de ce dernier recours, la moitié environ (46,1%) des personnes disent avoir été aux urgences de leur propre initiative ; une sur cinq a été adressée par un médecin (20,7%), et à peu près autant (18,8%) par un service d'urgence (pompiers, Samu, Sos médecin).

RAISONS DU DERNIER RECOURS AUX URGENCES (PLUTOT QU'À UN MEDECIN DE VILLE)

	%
C'était la nuit, le soir, le week-end, un jour férié	43,1
Après avoir vu un médecin de ville	17,6
Préfère voir un médecin aux urgences	15,0
Médecin habituel non disponible	8,9
Plus pratique, plus proche du domicile	3,9
Moins cher	2,9
Ne sait pas à qui d'autre s'adresser	2,9
Aucun médecin disponible	1,4
Autre	4,3
N	124

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Pour la plupart, les personnes se sont rendues aux urgences car c'était la nuit, le soir, le week-end ou un jour férié, du fait de l'indisponibilité de leur médecin ou encore parce qu'aucun médecin n'était disponible. Mais pour une personne sur cinq toutefois, le recours aux urgences (du moins la dernière fois) semble relever d'un choix préférentiel pour ce type de consultation : 15,0% disent préférer voir un médecin aux urgences, 2,9% y sont allées parce que c'est moins cher, et 3,9% soulignent que c'était plus pratique, plus proche du domicile.

Ce choix préférentiel se retrouve plus souvent parmi la population de Belleville que celle de Saint-Blaise (28% vs 12%, $p=0,03$). La faiblesse des effectifs concernés (27 personnes) ne nous permet pas d'approfondir l'analyse sur ce point.

III. Renoncement aux soins pour raisons financières

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

Après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau de revenus, le nombre de maladies chroniques déclarées, la nationalité et la couverture maladie (toutes variables connues, en population générale, pour être associées à la déclaration d'un tel renoncement), nous observons, en analyse multivariée, que d'autres caractéristiques individuelles sont associées statistiquement à un tel renoncement :

- d'une part, des besoins de santé effectivement non pris en charge ; problèmes dentaires et problèmes de vue ;
- d'autre part, des caractéristiques socio-économiques de l'ordre du ressenti subjectif : ainsi, après avoir ajusté sur le niveau « objectif » de revenus, les difficultés financières ressenties sont associées à un tel renoncement ;
- mais aussi des événements biographiques (l'association avec le fait d'avoir été victime de violences physiques ou sexuelles était déjà retrouvée dans l'enquête dans les 5 ZUS

d'Ile-de-France), certaines attitudes, représentations et expériences de santé, et le sentiment d'isolement.

FACTEURS ASSOCIES AU RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIERES (MODELE MULTIVARIE AJUSTE*)

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

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

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Suivi médical

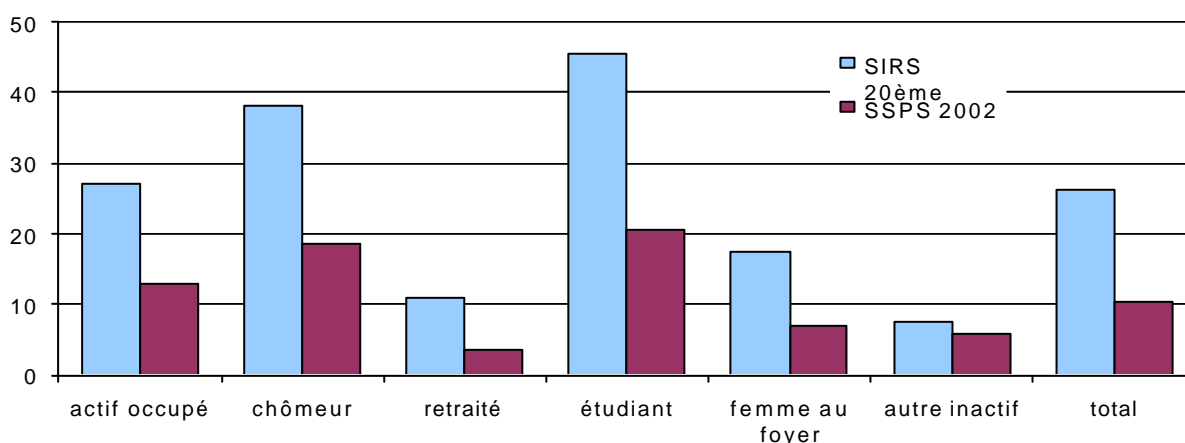
I- Avoir ou non un médecin régulier

7 personnes sur 10 ont un médecin régulier : moins souvent qu'en population générale

Le fait d'avoir un médecin régulier est généralement considéré comme un atout pour le suivi et la prise en charge des personnes. Suivi médical, connaissance des personnes et des dossiers médicaux, connaissance permettant le dépistage et la prévention, etc.

Dans les quartiers étudiés, 73,7% des enquêtés ont un médecin régulier qui les connaît déjà et qu'ils vont consulter en priorité (médecin de famille ou médecin de quartier par exemple). Cette proportion, similaires dans les deux quartiers étudiés, est loin d'être négligeable. C'est cependant moins que sur l'ensemble de l'unité urbaine de Paris, où 81,7% des personnes ont un médecin généraliste habituel. Et encore moins qu'en population générale où, d'après le CreDES, 9 adultes sur 10 déclaraient avoir un médecin généraliste régulier en 2002. Ainsi, sur l'ensemble de la France, seuls 13% des hommes et 8% des femmes n'en ont pas ; tandis que ces taux s'élèvent à 34,9% chez les hommes et 19,6% chez les femmes dans les quartiers de Belleville - Amandiers et Saint-Blaise.

POURCENTAGE DE PERSONNES N'AYANT PAS DE MEDECIN REGULIER



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Avoir un médecin régulier ne constitue pas un comportement réparti également à tous les âges. A Belleville - Amandiers et Saint-Blaise, la proportion de personnes ayant un médecin

régulier augmente à partir de 35 ans (73,6% chez les 35-44 ans, jusque 90,1% pour les personnes de 60 ans ou plus, $p < 10^{-3}$). C'est globalement la même tendance qui est observée sur l'ensemble de la France.

La présence d'enfants dans le ménage semble augmenter la tendance à avoir un médecin régulier pour l'adulte : c'est en effet le cas de 79,0% de ceux vivant avec au moins un mineur, contre 70,7% pour les autres ($p = 0,01$). On peut rapprocher cela de l'attention accrue portée par certains à leur santé du fait de l'attention qu'ils portent à la santé de leurs enfants.

Comme on pouvait s'y attendre, le fait d'avoir un médecin régulier est par ailleurs corrélé avec des variables sur l'état de santé – en particulier avec le nombre de maladies chroniques dont les personnes sont atteintes. Il est aussi lié au niveau de protection sociale dont elles bénéficient, puisque plus le niveau de remboursement est élevé, plus les personnes ont un médecin régulier (voir le tableau ci-dessous). Toutefois, si la tendance à avoir un tel médecin est d'autant plus courante que les personnes sont malades, il convient de souligner que 10% de celles qui déclarent au moins deux maladies graves ou chroniques ne bénéficient pas du suivi d'un médecin régulier. Sur ces 27 personnes, 12 déclarent souffrir de maladie des articulations ou des os, 5 de maladie des bronches ou des poumons, 5 de maladies de la peau, 7 de graves séquelles d'accidents ou de maladies graves, 7 de dépression ou d'états dépressifs fréquents, 7 de migraine, 12 de troubles importants du sommeil.

Notons que le fait d'avoir un médecin régulier est statistiquement lié au fait d'avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois. Ceux qui ont consulté sont 79,8% à avoir un médecin régulier, contre seulement 52,6% de ceux qui n'ont vu aucun médecin dans l'année écoulée ($p < 10^{-3}$). Réciproquement, ceux qui ont un médecin sont moins nombreux à ne pas avoir consulté que ceux qui n'ont pas de médecin régulier (15,7% vs 39,9%, $p < 10^{-3}$).

On peut enfin rappeler ici (voir le chapitre précédent sur les représentations, attitudes et rapport à la santé et à la médecine) que la très grande majorité (94%) des personnes qui ont un médecin régulier estiment que ce dernier leur consacre suffisamment de temps et d'attention.

FREQUENCE DU BENEFICE D'UN MEDECIN REGULIER SELON QUELQUES CARACTERISTIQUES

	%	p
Sexe		
Homme	65,1	<10 ⁻³
Femme	80,4	
Age		
18-24 ans	62,3	<10 ⁻³
25-34 ans	58,8	
35-44 ans	73,6	
45-59 ans	89,1	
60 ans ou +	90,1	
Nationalité		
Français		
Etranger		
Présence de mineurs dans le ménage		
Oui	79,0	0,007
Non	70,7	
Niveau scolaire		
Aucun ou primaire	86,1	0,001
Secondaire 1 ^{er} cycle	77,4	
Secondaire 2 ^{ème} cycle	74,3	
Supérieur	68,4	
Statut professionnel		
Travaille	73,0	<10 ⁻³
Chômeur	61,9	
Retraité	89,1	
Autre inactif	71,7	
Profession et catégorie professionnelle*		
Chefs d'entreprise, commerçant, artisans	66,7	0,02
Cadres et professions intellectuelles sup.	68,6	
Professions intermédiaires	65,8	
Employés	79,4	
ouvriers	80,7	
Nbre de maladies chroniques		
0	61,9	<10 ⁻³
1	80,1	
2 ou +	89,1	
Couverture maladie		
Aucune	44,4	0,014 **
Sécu seulement	66,1	
Sécu + couv complémentaire	75,2	
Gratuite (CMU-AME)	80,6	
Total	73,7	

* Cette variable est étudiée parmi les personnes ayant un emploi, et le Khi2 est calculé en excluant la catégorie « chefs d'entreprises, commerçant, artisan » pour des raisons d'effectifs ; ** Khi2 calculé sur les personnes ayant une couverture maladie, pour des raisons d'effectifs ; Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

L'absence de médecin régulier : rarement pour des raisons financières

Parmi les personnes n'ayant pas de médecin régulier, plus de la moitié (55,5%) répond qu'elles n'en ont pas besoin, qu'elles sont en bonne santé. Les autres explications avancées (parmi une liste pré-établie, voir tableau) pour expliquer l'absence de médecin régulier sont que les circonstances font qu'elles changent chaque fois de médecin (20,7%) ; que les personnes se soignent seules (20,4%) ; qu'elles ne savent pas à qui s'adresser ou ne connaissent pas de médecin (13,9%) ; et qu'elles n'ont pas trouvé de médecin avec qui elles se sentent à l'aise (12,6%) ; 5,1% disent que les horaires de travail des médecins ne leur conviennent pas ; 4,3% ont recours à d'autres types de personnes tel qu'un ostéopathe ou un guérisseur, etc. ; seules 3,6% expliquent le fait de ne pas avoir de médecin régulier par des raisons financières ; enfin, 12,1% l'expliquent pas d'autres raisons.⁹⁹

RAISONS EVOQUEES POUR NE PAS AVOIR DE MEDECIN REGULIER (EN %)	
	%
N'en n'a pas besoin, est en bonne santé	55,5
Les circonstances font que change de médecin à chaque fois	20,7
Se soigne tout seul	20,4
Ne sait pas à qui s'adresser, ou ne connaît pas de médecin	13,9
N'a pas trouvé de médecin avec lequel se sent à l'aise	12,6
Horaires de travail des médecins ne conviennent pas	5,1
Recourt à d'autres types de personnes (tel qu'un ostéopathe, guérisseur, etc.)	4,3
Raisons financières	3,6
Autre	12,1

Remarque : Le total est supérieur à 100% dans la mesure où les enquêtés pouvaient donner plusieurs raisons pour expliquer le fait de ne pas avoir de médecin régulier. Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Les expériences et attitudes en matière de santé apparaissent corrélées au fait d'avoir, ou non, un médecin régulier

D'une façon générale, l'existence d'antécédents médicaux personnels ou familiaux – ou, plus largement, des expériences de la maladie – s'accompagne plus fréquemment du fait d'avoir un médecin régulier ; confirmant le fait que de telles expériences s'accompagnent d'une plus grande proximité au système de santé.

⁹⁹ plusieurs explications pouvaient être données par un même enquêté, la somme des pourcentages est donc supérieure à 100.

LIENS ENTRE LE FAIT D'AVOIR UN MEDECIN REGULIER ET QUELQUES EXPERIENCES ET
ATTITUDES EN MATIERE DE SANTE

	A un médecin régulier	N'a pas de médecin régulier	p
Expériences personnelles de santé			
A eu de graves problèmes de santé après 18 ans			$<10^{-3}$
oui, en est encore marqué	87,1	12,9	
oui, les a surmontés	80,0	20,0	
non	70,8	29,2	
Déclare une dépression ou présente des états dépressifs			0,008
oui	86,7	13,3	
non	72,6	27,4	
A déjà été tellement malade qu'il a cru en mourir			$<10^{-3}$
oui	83,8	16,2	
non	70,7	29,3	
Expériences de santé concernant des proches			
Ses parents ont eu de graves problèmes de santé durant son enfance ou sa jeunesse (avant 18 ans)			0,01
oui	80,7	19,3	
non	71,7	28,3	
Représentations en matière de santé			
Pense qu'il tombe malade plus facilement que les autres			0,001
oui	78,6	12,4	
non	71,9	28,1	
Pense que dans 5 ans, sa santé se sera dégradée			0,002
oui	81,8	18,2	
non	70,9	29,1	
Pense que la maladie et la guérison dépendent de Dieu, du destin ou de la providence			0,02
oui	78,2	21,8	
non	71,1	28,9	
Ensemble	73,7	26,3	

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Concernant les représentations de santé, une plus grande « fragilité » ressentie à la maladie et des perspectives de santé péjoratives pour l'avenir sont aussi statistiquement associées au fait d'avoir un médecin régulier. Il en va de même pour les croyances religieuses : de façon peut être un peu surprenante, les personnes qui pensent que la maladie et la guérison dépendent de Dieu, du destin ou de la providence ont (aussi) plus souvent un médecin régulier que celles qui pensent le contraire. Ce résultat renvoie à ce que nous avons déjà observé dans une

recherche conduite auprès de consultants de centres de soins gratuits¹⁰⁰ : les croyances religieuses (ou « traditionnelles ») en matière de santé ne s'accompagnent pas – ou, du moins, pas forcément – d'une plus grande distance vis-à-vis du système médical de santé ; les deux systèmes de représentations et de pratiques (traditionnel et biomédical) se complétant plutôt l'un l'autre.

II- Lieu de consultation du médecin régulier

1 personne sur 10 a son médecin régulier à l'hôpital ou dans un dispensaire

Sur les 655 personnes qui ont un médecin régulier, 9 sur 10 consultent ce dernier en ville, dans son cabinet. Environ 6% déclarent qu'elles consultent leur médecin régulier à l'hôpital ou dans une clinique.

Notons que ces proportions ne diffèrent pas de façon significative selon que les personnes résident dans les quartiers Belleville - Amandiers ou St Blaise - Porte de Montreuil.

LIEU DE CONSULTATION DU MEDECIN REGULIER				
	Belleville - Amandiers	St-Blaise	Ensemble	
En ville, en cabinet médical	91,8	89,1	90,9	NS
A l'hôpital, dans une clinique	5,4	8,3	6,4	NS
Dans un dispensaire, un centre de santé, une PMI ou une association	4,9	4,4	4,7	NS
A domicile*	0,9	0,4	0,7	NS

* La modalité « à domicile » n'étant pas prévue initialement dans le questionnaire, il est possible que les taux de réponses soient sous-estimés pour cette modalité. Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Le médecin régulier se trouve en grande majorité dans le 20^{ème} arrondissement.

La grande majorité des enquêtés qui ont un médecin régulier consulte celui-ci dans leur arrondissement de résidence.

Ainsi, parmi ceux qui ont leur médecin régulier à l'hôpital ou dans une clinique, un tiers le consulte à l'hôpital Tenon. Notons parallèlement que pour un sur dix environ, l'hôpital concerné est l'hôpital Saint-Antoine et pour la même proportion il s'agit de l'hôpital Robert Debré.

Lorsque le médecin régulier est un médecin de ville, son cabinet se situe pour les trois quarts des enquêtés dans le 20^{ème} arrondissement.

¹⁰⁰ Lebas J, De Montaigne AB, Chauvin P. Errances, maladies, prise en charge médicale : une seule trajectoire de vie. *Champ Psychosomatique* 2000; 20: 119-130.

D'une façon plus générale, on peut noter que le médecin régulier se situe dans Paris intra-muros pour 96% des personnes concernées. Autour de 4% des enquêtés consultent leur médecin régulier dans un autre département d'Ile-de-France, et environ 1% le consultent en province.

DISTRIBUTION SELON L'ARRONDISSEMENT OU LE DEPARTEMENT DANS LEQUEL LE MEDECIN REGULIER EST CONSULTE, LORSQUE CELUI-CI EST CONSULTE EN VILLE (EN %)

	Belleville - Amandiers n=390	St-Blaise – Pte de Montreuil n=199	Ensemble n=589	
Paris Intra-Muros	95,9	94,5	95,3	NS
1 ^{er} , 2 ^e , 3 ^e ou 4 ^e arrondissement			1,2	
5 ^e , 6 ^e , 7 ^e , 13 ^e , 14 ^e ou 15 ^e ardt			4,1	
8 ^e , 9 ^e , 16 ^e , 17 ^e ou 18 ^e ardt			5,1	
10 ^e , 11 ^e ou 12 ^e ardt			6,8	
19 ^e arrondissement			3,6	
20 ^e arrondissement			74,7	
Autres départements franciliens	3,1	4,5	3,7	NS
Seine St Denis (93)	-	-	1,3	
Val de Marne (94)	-	-	1,0	
Essonne (91)	-	-	0,7	
Seine et Marne (77)	-	-	0,5	
Hauts de Seine (92)	-	-	0,4	
Oise (60)	-	-	0,2	
Province	1,0	1,0	1,0	NS

* l'arrondissement dans lequel le médecin régulier est consulté est repéré par la station de métro du cabinet. Les données doivent être considérées en gardant à l'esprit que les stations de métro sont parfois à cheval sur plusieurs arrondissements.

Note : étant donné le nombre de personnes interrogées, ces proportions doivent être lues comme des ordres de grandeur et non comme un recensement exhaustif.

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Globalement, les résidents de Belleville - Amandiers d'une part et ceux de St-Blaise - Porte de Montreuil d'autre part ont, dans les mêmes proportions, leur médecin régulier dans le 20^{ème} arrondissement.

A une échelle plus fine, on constate que les enquêtés des deux quartiers ont pareillement tendance à consulter à côté de leur domicile. Des différences significatives apparaissent ainsi, selon les quartiers, concernant la station de métro du cabinet du médecin (voir le tableau ci-dessous). Celui doit être considéré à titre indicatif, les effectifs interrogés ne permettant pas, bien sûr, d'avoir une vision exhaustive des lieux de consultation de l'ensemble des habitants des quartiers étudiés). Ainsi, à Saint-Blaise - Porte de Montreuil, près de la moitié des enquêtés ont leur médecin régulier (de ville) autour de la station de métro « Porte de Montreuil » ; et environ un sur cinq autour de la station « Porte de Bagnolet ». A Belleville -

Amandiers, le médecin régulier de ville se situe plutôt autour de la station « Ménilmontant », « Père Lachaise », « Couronnes » ou « Pyrénées ».

STATION DE METRO DU MEDECIN REGULIER LORSQUE CELUI-CI EST CONSULTE EN VILLE DANS
LE 20^{EME} ARRONDISSEMENT

	Belleville - Amandiers n=293	St Blaise n=148	Ensemble n=441
Belleville	11,3	1,4	7,9
Couronnes	14,7		9,8
Gambetta	9,6	4,1	7,7
Jourdain	5,8		3,9
Maraichers	1,0	10,1	4,1
Ménilmontant	28,0		18,6
Père Lachaise	14,3	2,0	10,2
Porte de Bagnole	1,7	18,9	7,5
Porte de Montreuil		47,3	15,9
Porte de Vincennes		7,4	2,5
Pyrénées	13,0	0,7	8,8
Autres*	0,6	8,1	3,1

* sont regroupées dans la modalité « autres » toutes les stations de métro qui ont été citées par moins de 10 personnes (soit moins de 2,3% du total).

Note : étant donné le nombre de personnes interrogées, ces proportions doivent être lues comme des ordres de grandeur et non comme un recensement exhaustif.

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Santé dentaire et recours aux soins de dentistes

La santé dentaire et le recours aux soins de dentisterie sont, en France¹⁰¹ comme dans la plupart des pays européens¹⁰², un excellent marqueur des inégalités sociales de santé. Ces inégalités peuvent relever d'obstacles d'ordre financier vis-à-vis de soins mal pris en charge par l'Assurance maladie, ou d'autres types de raisons – en particulier des facteurs psychosociaux - susceptibles de laisser les personnes « à distance » des soins dentaires.

Dans les quartiers étudiés, l'état dentaire de la population apparaît plus dégradé qu'en population générale :

DISTRIBUTION COMPAREE DES ETATS DENTAIRE DANS LES 2 QUARTIERS ETUDIES ET DANS LA POPULATION GENERALE

	SIRS Paris 20 ^{ème}	Population générale
	2003	(Credes 2002)
toutes les dents intactes	17,3	21,7
toutes, dont certaines traitées ou remplacées	60,5	49,7
perdu une partie	17,6	16,6
perdu toutes ou presque	4,6	12,0

Cette comparaison doit être effectuée en tenant compte de la structure par âge et par sexe des populations considérées. Si nous n'avons pas observé de différences significatives selon le sexe des personnes interrogées, des différences sont à noter en fonction de l'âge.

DISTRIBUTION COMPAREE DE L'ETAT DENTAIRE DANS LES 2 QUARTIERS ETUDIES ET DANS LA POPULATION GENERALE, PAR CLASSE D'AGE (EN %)

	18-39 ans		40-64 ans		65 ans et plus	
	SIRS	Credes	SIRS	Credes	SIRS	Credes
	2003	2002*	2003	2002	2003	2002
toutes les dents intactes	26,0	27,5	7,6	6,6	8,8	3,2
toutes, dont certaines traitées ou remplacées	62,8	62,6	63,3	57,0	39,6	29,0
perdu une partie	11,0	8,7	24,3	25,2	26,5	26,6
perdu toutes ou presque	0,0	1,2	4,8	11,2	25,0	41,2

* 16-39 ans.

¹⁰¹ Beynet A, Menahem G. *Problèmes dentaires et précarité*. Paris : Credes, 2002, 140 p.

¹⁰² Chauvin P and the EUROPROMED working group, eds. *Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*. Amsterdam : IOS Press, 2002, 198 p.

Un état dentaire plus dégradé à Saint Blaise - Porte de Montreuil qu'à Belleville - Amandiers

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

Il sont aussi plus nombreux à déclarer avoir des dents à soigner (respectivement 51,1% et 42,0% des personnes interrogées, $p=0,01$). Les motifs de non recours sont identiques dans les deux quartiers.

DISTRIBUTION COMPAREE DES ETATS DENTAIRE A BELLEVILLE - AMANDIERS ET SAINT-BLAISE (EN %)

	Belleville - Amandiers	Saint-Blaise
toutes les dents intactes	21,8	8,3
toutes, dont certaines traitées ou remplacées	58,0	65,6
perdu une partie des dents	15,0	22,8
perdu toutes ou presque toutes les dents	5,2	3,3

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Près de la moitié de la population nécessite des soins dentaires et un individu sur 5 nécessite des soins sans y recourir

Au total, 45,0% de la population enquêtée déclare avoir des dents « à soigner, en mauvais état ou à remplacer » ; les étrangers un peu plus souvent que les Français (respectivement 55,2% et 42,4%, $p=0,002$). Parmi eux, seuls 52,7% sont effectivement suivis par un dentiste, avec – là aussi – moins d'étrangers que de Français (respectivement 43,6% et 55,8%, $p=0,03$). Ainsi, 21,2% des individus nécessitent des soins dentaires sans y recourir.

Par ailleurs, 43,7% de la population enquêtée n'a pas consulté de dentiste depuis plus d'un an. Les motifs d'un tel non recours figurent ci-dessous : une visite annuelle de contrôle (à titre préventif) chez le dentiste n'apparaît pas indispensable chez la moitié des non consultants ; les 3 autres raisons principalement citées sont en rapport avec la hiérarchie des préoccupations des individus, leur situation financière et leur réticence à consulter.

MOTIFS DE NON-RECOURS DEPUIS PLUS D'UN AN

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

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

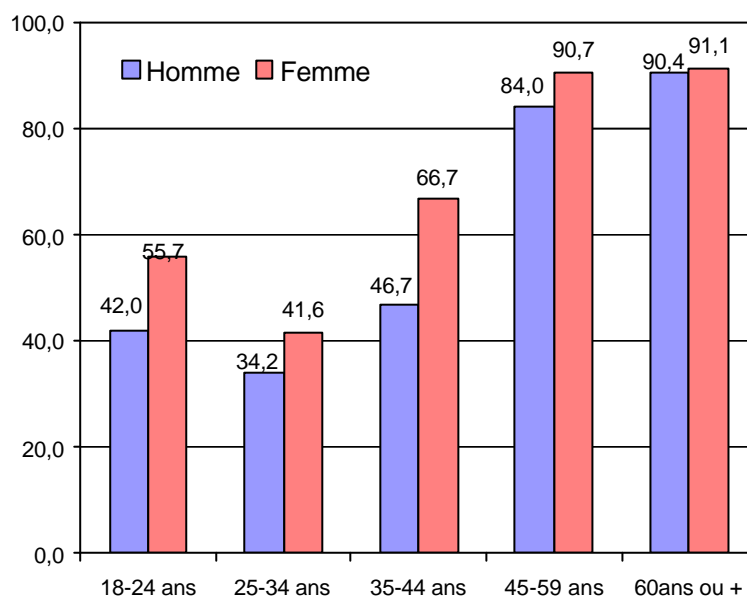
L'absence de besoin ressenti est citée particulièrement fréquemment par les plus jeunes (58,0% des 18-24 ans) et les plus âgés (57,6% des plus de 60 ans, $p=0,01$), plus fréquemment aussi par les Français (51,6%) que les étrangers (38,9%, $p=0,04$). Le motif «pas le temps, autres soucis» est cité plus fréquemment par les jeunes que les actifs que les plus de 60 ans : respectivement par 32,5% des 18-24 ans, 34,3% des 25-34 ans, 28,0% des 35-44 ans, 16,5% des 45-59 ans et 8,9% des plus de 60 ans ($p<0,001$). Les fréquences des autres motifs ne sont pas significativement différentes selon l'âge. La seule différence selon le sexe est, de nouveau, l'absence de besoin ressenti, un peu plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (citée par, respectivement, 54,7% des hommes et 44,0% des femmes, $p=0,03$). Les étrangers déclarent deux fois plus souvent ne pas savoir où s'adresser que les Français (respectivement 12,4% et 6,4%, la différence n'est pas significative – $p=0,06$ – mais les effectifs sont faibles).

Santé et recours aux soins ophtalmologiques

Plus des deux tiers de la population enquêtée rapportent des problèmes de vue

67,2% des enquêtés disent avoir des problèmes de vue, les femmes plus souvent que les hommes (68,5 vs 55,3%, $p < 10^{-3}$). Comme on pouvait s'y attendre, cette proportion augmente avec l'âge – avec toutefois une exception : les 25-34 ans rapportent des problèmes de vue moins souvent que les 18-24 ans.

POURCENTAGE DE PERSONNES DECLARANT DES PROBLEMES DE VUE SELON LE SEXE ET L'AGE



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Un quart de la population a des problèmes de vue mais pas de correction adaptée

Sur les 558 personnes qui déclarent des problèmes de vue, les trois quarts seulement (76,5%) disent avoir des corrections (lunettes ou verres de contact) adaptées ; 13,1% portent des lunettes ou des verres de contact mais disent que les corrections ne sont plus adaptées ; et, enfin, 10,4% n'ont aucune correction.

L'importance des problèmes de vue mal résolus dans les quartiers étudiés est sans doute d'autant plus marquée que ces problèmes sont appréhendés à partir des déclarations des enquêtés : il n'est donc pas à exclure que des personnes aient effectivement des problèmes de vue mais qu'elles ne les perçoivent pas comme tels, ou que certaines perçoivent mal

l'inadaptation de leurs lunettes. Ce risque pourrait être accru lorsque les personnes ne consultent pas d'ophtalmologistes, aucun médecin ne venant apporter une reconnaissance médicale de problèmes de vue.

Le fait de ne pas bénéficier d'une correction adaptée ne diffère pas de façon significative selon le quartier de résidence, le sexe ni l'âge. Mais il est plus fréquent chez les étrangers que chez les Français (32,3% vs 21,7%, $p=0,03$) et, parmi les Français, plus fréquent pour les personnes de parents étrangers que pour celles de parents français (31,7% vs 19,0%, $p=0,003$). Parmi les actifs, les chômeurs sont plus touchés par ce problème que ceux qui travaillent : respectivement 37,3% et 23,0% n'ont pas de corrections adaptées à leurs problèmes de vue ($p=0,02$).

Le fait de bénéficier d'une correction adaptée semble par ailleurs très dépendant des questions financières. Il est ainsi largement corrélé au niveau de revenus : la proportion de personnes n'ayant pas de telles corrections s'élève à 35,7% parmi les enquêtés vivant en-dessous du seuil de pauvreté (c'est-à-dire avec moins de 650 Euros mensuels par Unité de consommation), et à 33,3% parmi ceux qui appartiennent à un ménage modeste (au sens de l'Insee, contre 17,2% pour les autres ($p<10^{-3}$). Le bénéfice de corrections adaptées est également corrélé au niveau de couverture maladie : la proportion de personnes reconnaissant être mal équipées est de 18,2% lorsqu'elles ont une couverture maladie complémentaire, mais s'élève à 38,3% lorsqu'elles ne bénéficient que de la Sécurité sociale, et à 39,0% lorsqu'elles bénéficient d'une prise en charge CMU ou AME qui, si elle autorise une prise en charge gratuite de divers soins, prend encore mal en charge la correction ophtalmologique ($p<10^{-3}$).

16% des étrangers n'ont jamais eu de contrôle de la vue

Par ailleurs, 5,1% de la population enquêtée disent n'avoir jamais eu de contrôle de la vue – majoritairement des étrangers (qui sont 16,2% dans cette situation, contre 2,4% des Français, $p<10^{-3}$). Les personnes aux faibles revenus sont aussi plus souvent confrontées à ce problème : 9,4% des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté ; 6,7% des personnes appartenant à un ménage modeste ; contre 3,5% pour les autres tranches de revenus par Unité de consommation ($p=0,01$). Le fait d'avoir eu des contrôles de la vue s'avère également lié à la couverture maladie : 8,1% des personnes couvertes seulement par la Sécurité sociale, et 12,2% de celles couvertes par la CMU complémentaire ou l'AME n'ont jamais eu de contrôle de la vue, contre « seulement » 2,7% des personnes bénéficiant de la Sécurité sociale et d'une couverture maladie complémentaire ($p<10^{-3}$).

Lorsque les personnes ont déjà eu un contrôle de la vue, le dernier contrôle remonte en moyenne à plus de deux ans. 43,4% ont eu un contrôle au cours de la dernière année, et 18,0% il y a un an ; mais pour 6,1% des enquêtés, le dernier contrôle remonte à 10 ans ou plus.

Les recommandations de consultations ophtalmologiques diffèrent selon l'état de santé visuelle. Il faut noter que dans les quartiers étudiés, 11% de la population qui déclare avoir des problèmes de vue n'a pourtant pas eu de contrôle depuis au moins 5 ans.

ANCIENNETE DU DERNIER CONTROLE DE LA VUE (EN %)

	1 an ou moins	2 à 4 ans	5 ans ou plus (ou jamais)	p
A des problèmes de vue				<10 ⁻³
Oui	66,2	22,8	11,0	
Non	44,4	22,2	22,6	
Age				0,02
18-24 ans	57,2	27,5	15,2	
25-34 ans	50,9	21,5	27,6	
35-44 ans	61,4	19,0	19,6	
45-59 ans	61,8	24,1	14,1	
60 ans ou +	61,8	22,1	16,0	
Nationalité				<10 ⁻³
Français	59,8	24,3	15,9	
Etranger	52,2	15,7	32,0	
Ensemble	58,2	22,6	19,3	

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Santé des femmes

I- Le suivi gynécologique

Un tiers des femmes ne sont pas suivies pour les questions de gynécologie

71,2% des femmes enquêtées sont régulièrement suivies pour les questions de gynécologie. La très grande majorité d'entre elles le sont par un spécialiste gynécologue (91,3%) ; 8,4% par un médecin généraliste ; et 1,0% déclare être suivies par un autre professionnel.

PROPORTION DE FEMMES SUIVIES POUR LES QUESTIONS GYNECOLOGIQUES SELON QUELQUES CARACTERISTIQUES

	Suivi gynécologique	p
QUARTIER DE RESIDENCE		NS
Belleville - Amandiers	68,8	
St-Blaise	75,7	
AGE		p<10 ⁻³
18-24 ans	55,7	
25-34 ans	75,0	
35-44 ans	81,6	
45-59 ans	85,5	
60 ans ou +	48,8	
SITUATION MARITALE		p<10 ⁻³
En couple	85,8	
Seule	57,9	

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Le suivi gynécologique s'effectue majoritairement dans des cabinets de ville

Le suivi gynécologique s'effectue de façon prioritaire en ville, puisque plus des trois-quarts des femmes suivies (76,2%) le sont en ville, dans le cabinet du médecin (gynécologue ou généraliste). Les autres femmes suivies le sont à l'hôpital ou en clinique, pour 18,2% d'entre elles, et de façon plus rare en dispensaire, centre de santé, PMI ou association, pour 8,3% d'entre elles. Comme pour les autres motifs de recours aux soins, les femmes suivies à l'hôpital s'adressent principalement à l'hôpital Tenon (un quart des femmes suivies à l'hôpital s'y adressant, tandis qu'aucun autre hôpital ne suit en gynécologie plus de 5% des enquêtées).

Le suivi gynécologique à l'hôpital est plus fréquent parmi les femmes d'origine étrangère

Le suivi à l'hôpital constitue un mode de recours aux soins gynécologiques particulier. Parmi les femmes suivies en gynécologie, il est plus fréquent : dans le quartier Saint-Blaise – Porte de Montreuil (25,2% contre 14,2% à Belleville - Amandiers, $p=0,01$), et parmi les femmes étrangères (37,7%, contre 14,2% chez les Françaises, $p<10^{-3}$). Des différences s'observent également selon l'origine géographique : 37,7% des femmes étrangères suivies pour des raisons gynécologiques le sont à l'hôpital, contre 26,6% parmi les Françaises de seconde génération (ayant un ou deux parents étrangers), et seulement 10,8% chez les Françaises dont les deux parents sont français. ($p=0,000$). Enfin, le suivi à l'hôpital est d'autant moins fréquent que l'on s'élève dans la hiérarchie des catégories socioprofessionnelles : parmi les femmes suivies pour des raisons gynécologiques, le suivi s'effectue à l'hôpital pour 60,0% des ouvrières, pour 21,4% des employées, 11,0% des femmes occupant une profession intermédiaire et 5,1% des femmes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure.

Les raisons de non-suivi gynécologique

RAISONS EXPRIMEES POUR NE PAS AVOIR DE SUIVI GYNECOLOGIQUE *	
	%
N'en a pas besoin	56,9
N'a pas le temps, ou a d'autres soucis	25,2
N'aime pas ou ne veut pas d'examens gynécologiques	23,2
N'a pas trouvé de médecin avec lequel se sent à l'aise	14,6
Ne sait pas à qui s'adresser, ne connaît pas de médecin pour cela	10,8
Pour des raisons financières	8,7
Les circonstances font qu'elle change de médecin à chaque fois	6,7
Son entourage ne souhaite pas qu'elle ait des examens gynécologiques	2,5
Autre	10,0

* Le total est supérieur à 100, les femmes ayant pu donner plusieurs explications au fait de ne pas être suivies. Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

II- Le bénéfice d'examens préventifs

La mammographie

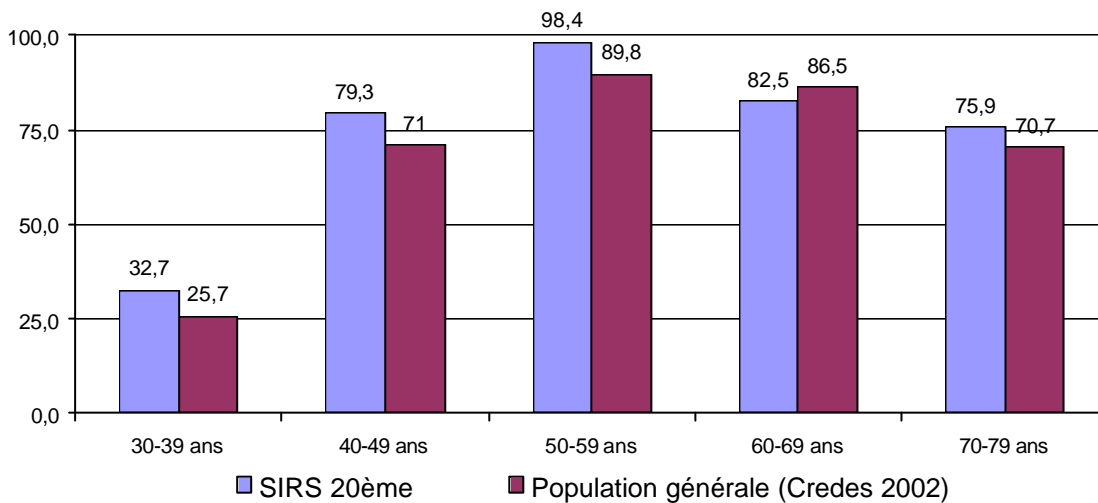
Un peu plus de la moitié des femmes seulement (52,6%) ont déjà eu une mammographie au cours de leur vie (47,1% déclarent n'en avoir jamais eu, et 0,4% ne savent pas). Cette proportion est inférieure à ce qu'on observe en population générale où, en 2002, d'après le CreDES, 66,9% des femmes étaient concernées. Elle est par contre beaucoup plus élevée que ce que l'on observait dans les 5 ZUS étudiées en 2001 (où seulement 35,5% des femmes avaient eu une mammographie).

Les recommandations médicales concernant cet examen dépendant de l'âge des femmes, il convient d'analyser ces données par classe d'âges. Dans notre échantillon comme en population générale, ce sont les femmes de plus de 40 ans qui ont eu le plus recours à la

mammographie, ce qui est conforme aux recommandations médicales liées au dépistage du cancer du sein.

Il est important de souligner que dans les quartiers étudiés, cette « population cible » des femmes de plus de 40 ans est plus nombreuse à avoir eu une mammographie dans leur vie qu'en population générale. C'est tout particulièrement le cas chez les femmes âgées de 50 à 59 ans, où 98,4% ont déjà eu une mammographie, contre seulement 89,8% sur l'ensemble de la France (d'après l'enquête du CreDES menée en 2002). Cette fréquence importante est peut-être à relier avec un programme de dépistage spécifique dans ces quartiers.

FREQUENCE DU RECOURS A LA MAMMOGRAPHIE (VIE ENTIERE) SELON L'AGE (EN %)



Parmi les femmes âgées de 40 à 79 ans, le recours à la mammographie (au cours de la vie) est plus fréquent chez les Françaises que chez les étrangères (86,7% vs 71,8%, $p=0,02$). On observe également des différences significatives selon le niveau de protection maladie : les femmes bénéficiant de la Sécurité sociale et d'une couverture complémentaire sont les plus nombreuses, proportionnellement, à avoir eu une mammographie (87,5%), devant les femmes ayant une prise en charge au titre de la CMU ou de l'AME (82,4%) et, enfin, un taux de seulement 65,2% parmi les femmes couvertes par la Sécurité sociale mais sans couverture complémentaire ($p=0,004$). Par ailleurs, la mammographie est plus répandue chez les femmes suivies régulièrement pour les questions de gynécologie : 87,5% contre seulement 73,7% pour celles qui ne sont pas suivies régulièrement ($p=0,01$).

Sur l'ensemble des femmes ayant déjà eu une mammographie (quel que soit l'âge), les trois quarts (76,1%) ont passé cet examen radiographique au cours des trois dernières années. Le fait de ne pas avoir eu de mammographie depuis moins de trois ans renvoie à différentes raisons. La raison principale avancée par les femmes est qu'aucun médecin ne leur a proposé cet examen, ou qu'elles n'en ont pas besoin.

RAISONS DE NON RECOURS A LA MAMMOGRAPHIE LORS DES TROIS DERNIERES ANNEES
(PARMI LES FEMMES AYANT DEJA EU UNE MAMMOGRAPHIE)

	%
Personne ne lui a proposé	44,1
N'en a pas besoin	40,4
Manque de temps	5,9
Par négligence	5,9
N'aime pas cet examen, ne veut pas le faire	5,8
Ne voit pas de médecin	3,9
Ne sait pas où faire cet examen	1,9
N'a pas assez d'argent	0,9
Autre	20,1

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Le frottis du col

Sur l'ensemble des femmes enquêtées, 83,0% ont déjà eu un frottis du col (16,7% déclarant n'en avoir jamais eu, et 0,4% ne pas savoir si elles en ont eu ou non). C'est légèrement moins qu'en population générale en 2000 où 84,7% des femmes âgées de 18 à 75 ans avaient eu un frottis au cours de leur vie¹⁰³ (dans notre échantillon, aux mêmes intervalles d'âge, cette proportion est de 84,2%).

Moins de la moitié (44,1%) des femmes enquêtées a bénéficié de cet examen préventif au cours des 12 derniers mois, ce qui constitue pourtant une norme de prévention des cancers du col de l'utérus. Lorsqu'elles ont bénéficié de cet examen au cours de l'année précédente, c'est principalement par l'intermédiaire d'un gynécologue : c'est en effet le cas de 85,8% d'entre elles, contre seulement 7,2% qui évoquent un médecin généraliste (7,0% ne sachant pas quel type de médecin a pratiqué cet examen préventif pour la dernière fois, au cours des 12 derniers mois).

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

- se retrouve le plus fréquemment parmi les femmes âgées de 60 ans ou plus et parmi les jeunes femmes de moins de 25 ans : respectivement 77,6% et 65,5% d'entre elles n'ont jamais eu de frottis, ou en ont eu un il y a plus d'un an ($p < 10^{-3}$) ;
- touche davantage les femmes sans conjoint que celles vivant en couple (65,5% vs 45,5%, $p < 10^{-3}$) ;
- est plus fréquent pour les femmes vivant dans un ménage en dessous du seuil de pauvreté ou dans les ménages « modestes » au sens de l'Insee (32%) que les femmes ayant des revenus supérieurs (52,5%, $p < 10^{-3}$) ;
- on n'observe par contre pas de différence significative selon la nationalité des femmes.

¹⁰³ Baromètre Santé 2000.

III- L'utilisation de la contraception

Sur l'ensemble des femmes interrogées, 41,6% utilisent un moyen de contraception. Ce taux est bien sûr largement dépendant de l'activité sexuelle et du désir éventuel d'être enceinte. Il diffère donc selon l'âge des femmes.

TAUX D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES PAR GROUPE D'AGES (EN %)

	ensemble des femmes	femmes n'étant ou ne souhaitant pas être enceinte
18-19 ans	41,2	46,7
20-24 ans	61,1	69,8
25-29 ans	68,6	77,8
30-34 ans	56,5	62,5
35-39 ans	44,4	54,1
40-44 ans	43,9	46,3
45-49 ans	63,0	63,0
50-54 ans	15,4	15,4
55-59 ans	12,5	12,5
60 ans et +	0	0
total	41,6	44,6

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Parmi les non-utilisatrices de la contraception, seulement une sur cinq attend ou désire un enfant

Parmi les femmes âgées de 18 à 49 ans qui n'utilisent pas de moyen de contraception, une sur cinq (21,0%) est enceinte ou désire l'être ; 16,9% expliquent leur non-utilisation de contraceptif par le fait qu'elles « n'aiment pas ça ». Les autres femmes (62,1%) avancent d'autres types de raisons (la plupart disant qu'elles n'en ont pas besoin parce qu'elles n'ont pas de partenaire).

Il est intéressant de remarquer qu'alors que nous avons proposé comme modalité de réponse « ne sait pas à qui s'adresser » et « n'ose pas en faire la demande », aucune femme n'a répondu par l'affirmative à ces modalités. Il en est de même pour la modalité « son partenaire ne le veut pas », qui n'a été retenu par aucune femme.

39% des femmes ne désirant pas d'enfants n'utilisent aucun moyen de contraception

Au total, sur les 324 femmes âgées de 18 à 49 ans et qui ne désirent pas un enfant (et ne sont pas enceintes), 38,6% n'utilisent pas de moyen de contraception. Ce chiffre peut paraître très élevé ; mais il concerne à la fois des personnes susceptibles d'être enceintes et d'autres qui sont stériles ou n'ont pas de partenaires.

Des taux de contraception similaires à Belleville - Amandiers et à Saint-Blaise

Dans aucune des classes d'âges considérées, la proportion d'utilisatrices de contraceptifs ne diffère significativement selon le quartier de résidence.

Parmi les femmes âgées de 18 à 24 ans n'étant pas enceintes et ne désirant pas l'être actuellement, des différences significatives sont constatées selon le statut matrimonial. En effet, les femmes en couple sont nettement plus nombreuses à recourir à la contraception que les femmes seules (94,1% vs 57,4%, $p=0,005$). Par ailleurs, les femmes étrangères ont tendance à utiliser un moyen de contraception moins souvent que les Françaises (respectivement 55,6% et 65,7% d'utilisatrices, mais les effectifs sont faibles et les différences ne sont pas significatives).

Dans la classe d'âge des 25-34 ans également, le statut matrimonial influe, puisque les femmes en couple (marié ou non) utilisent à 79,2% un moyen de contraception, contre 58,3% des femmes seules ($p=0,02$).

Parmi les femmes âgées de 35 à 44 ans, et n'étant pas enceintes ni ne désirant l'être, les étrangères sont moins nombreuses à utiliser un moyen de contraception, mais les différences ne sont pas significatives (36,8% vs 52,8% parmi les femmes Françaises de cette tranche d'âges). Les femmes seules ont également tendance à moins utiliser la contraception (40,0% vs 57,4% chez les femmes en couple) mais là encore, les effectifs sont faibles et les différences non significatives. On peut enfin noter que dans cette classe d'âge, les femmes au chômage sont moins d'un tiers (31,3%) à utiliser un moyen de contraception, contre 46,7% pour les inactives et 54,1% pour les femmes qui travaillent (même si les effectifs sont faibles et les différences ne sont pas significatives).

La pilule est le moyen de contraception le plus utilisé

Comme pour l'ensemble de la population en France, la pilule représente dans les quartiers étudiés la principale méthode de contraception rapportée, et ce quelque soit l'âge. Dans l'ensemble (Baromètre Santé 2000), 63% des femmes enquêtés utilisent un contraceptif oral – contre 59,9% pour l'ensemble de la France.

MOYENS DE CONTRACEPTION UTILISES PAR LES FEMMES SOUS CONTRACEPTIFS (EN %)

	SIRS Paris 20ème* (n=208)	France entière**
Pilule, contraceptif oral	63,0	59,9
Stérilet	14,4	22,9
Préservatifs uniquement	17,2	17,2
Autre	5,4	

* les femmes déclarant à la fois la pilule et le contraceptif sont comptabilisées ici comme utilisatrices de la pilule

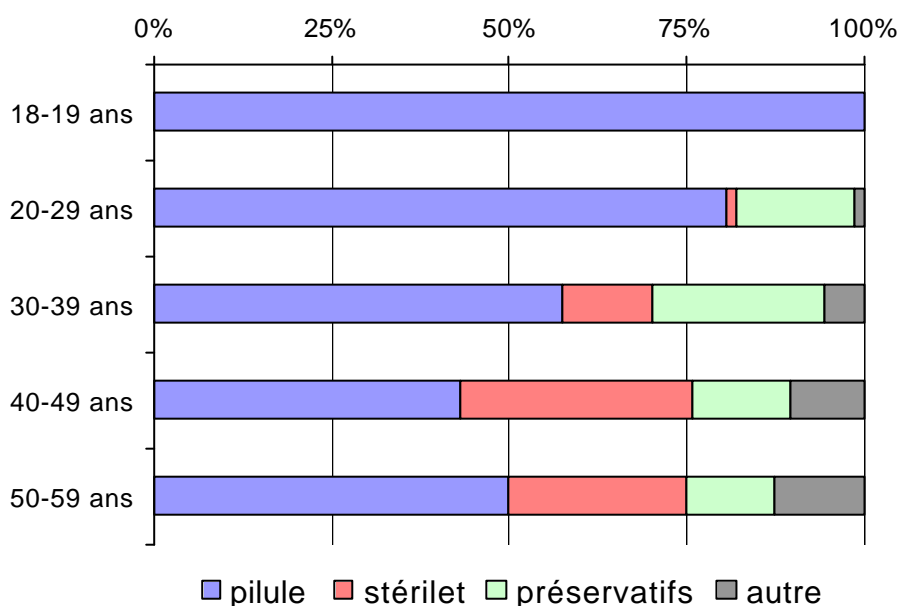
** Baromètre Santé 2000 ; les données portent sur les femmes utilisatrices de contraception et ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

Dans la population enquêtée, le préservatif représente le deuxième moyen de contraception utilisé, et concerne 17,2% des femmes utilisant un moyen de contraception. Notons que l'usage du préservatif n'était pas interrogé en tant que tel, mais uniquement comme modalité

de réponse à la question sur les moyens de contraception.

Le stérilet constitue le troisième moyen de contraception cité : il est cité par 14,4% des femmes utilisatrices, alors qu'il représente en population générale le deuxième moyen de contraception et touche 22,9% des femmes (d'après le Baromètre Santé 2000). L'utilisation du stérilet atteint un maximum dans la classe d'âge 40-49 ans où il concerne un tiers des femmes sous contraception (32,8%). L'utilisation du stérilet augmente avec l'âge (jusqu'à 50 ans) ; il reste très rare parmi les femmes jeunes, ce qui correspond aux pratiques médicales en vigueur – le jeune âge et le fait de n'avoir pas d'enfants ayant été considérés comme des contre-indications à l'usage du stérilet en raison des risques de stérilité qui lui étaient associés. Les autres méthodes (retrait, méthode Ogino, etc.) sont minoritaires, mais concernent toutefois 5,4% de la population enquêtée.

MOYEN DE CONTRACEPTION UTILISE SELON L'AGE (EN %)



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

IV- Maternité et interruptions volontaires de grossesse

Un premier enfant à 27 ans en moyenne

Près de 55% des personnes interrogées déclarent avoir eu des enfants. Sur les 478 enquêtés (hommes et femmes) concernés, 3,2% ont eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans. Parmi les femmes (286 ayant déjà eu un enfant), cette proportion s'élève à 4,1 %.

AGE AU 1^{ER} ENFANT CHEZ LES FEMMES ET CHEZ L'ENSEMBLE DES ENQUETES (EN%)

	Ensemble (n=478)	Femmes (n=286)
moyenne	27,0 ans	25,9 ans
moins de 18 ans	3,2	4,1
18-24 ans	35,2	42,1
25-39 ans	59,0	52,3
40 ans ou plus	2,6	1,4

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Plus d'une femme sur quatre a eu une IVG au cours de sa vie : davantage qu'en population générale

Sur l'ensemble des femmes interrogées, plus d'une sur quatre (26,3%) a eu au cours de sa vie au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG). Le recours à l'IVG s'avère donc plus important dans les quartiers étudiés que sur l'ensemble de la France où, d'après le CFES, un peu moins d'une femme sur cinq (18,6%) déclare avoir eu une IVG au cours de sa vie.

PROPORTION DE FEMMES AYANT EU UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

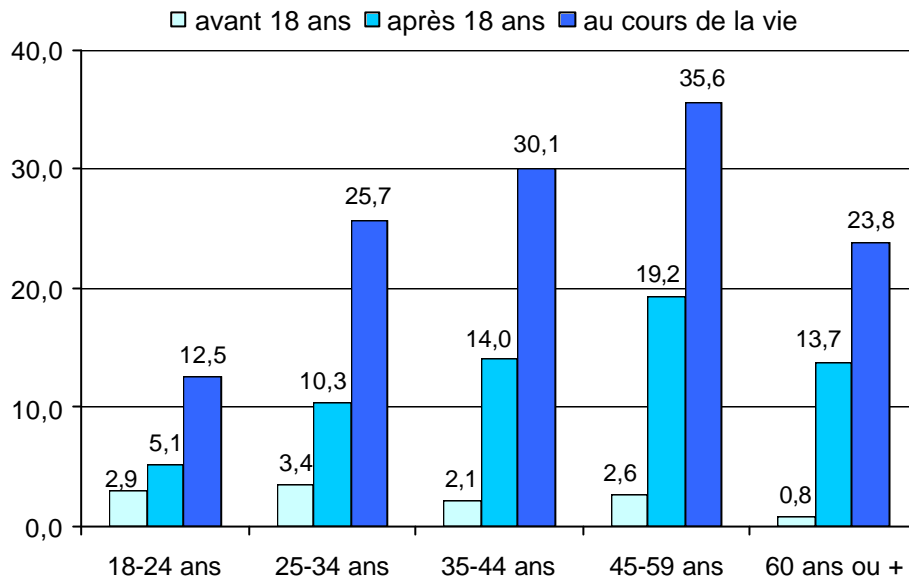
	% (n=500)
A eu une (ou des) IVG	26,1
dont : avant 18 ans	12,8
après 18 ans	83,0
avant et après 18 ans	4,2
N'a pas eu d'IVG	73,9
Total	100

Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

Dans les quartiers étudiés, la proportion de femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse ne diffère pas de façon significative selon le lieu de résidence, la nationalité, l'origine géographique, ni le statut professionnel. Par contre, des différences sont à noter selon l'âge et le statut matrimonial.

En effet, la proportion de femmes ayant eu au moins une IVG au cours de leur vie augmente avec l'âge des femmes – ce qu'on peut relier au fait que la « période d'exposition » augmente parallèlement, c'est-à-dire que d'un point de vue statistique, le nombre d'années où les femmes ont été susceptibles d'avorter est d'autant plus élevé que la femme est plus âgée. Par contre, cette proportion diminue après 59 ans – ce que l'on pourrait relier à un oubli plus fréquent de l'événement (ce qui toutefois ne constitue probablement pas l'explication majeure), à davantage de réticences à relater cet événement chez des femmes ayant vécu à une période où l'IVG était interdite et condamnée, ou encore à une moindre tendance à avorter lorsque ces femmes étaient en âge d'être enceintes.

PROPORTION DE FEMMES AYANT EU UNE IVG DANS LEUR VIE SELON LA CLASSE D'AGE



Source : Enquête SIRS Paris 20^{ème} 2003

La proportion de femmes ayant eu un avortement diffère également selon le statut matrimonial (sans présumer du statut au moment de l'IVG) : 21,3% des femmes vivant actuellement en couple, contre 30,3% des femmes seules déclarent avoir eu une interruption volontaire de grossesse au cours de leur vie ($p < 0,03$).

Les grossesses parmi les adolescentes

La taille de l'échantillon ne permet pas d'étudier de façon approfondie les grossesses et IVG chez les adolescentes. On peut toutefois souligner que sur l'ensemble des femmes interrogées (âgées de 18 à 93 ans), 4% ont eu au moins une IVG avant l'âge de 18 ans, et 3% ont eu leur premier enfant avant 18 ans.

Annexe 1. Méthodologie

1. Elaboration de l'échantillon

L'enquête porte sur les quartiers relevant de la Politique de la ville dans le 20^{ème} arrondissement de Paris, plus précisément : les quartiers Belleville, Amandiers, Saint-Blaise, Porte de Montreuil, Félix Terrier et la cité de la Tour du Pin (la justification de la délimitation des quartiers étudiés est présentée au début de ce rapport).

L'échantillon concernait 1000 personnes représentatives de la population d'étude. L'échantillon a été constitué par l'APUR (Agence Parisienne d'Urbanisme), à partir de la liste exhaustive des foyers fiscaux (Direction Générale des Impôts) et d'un recensement des foyers et des hôtels meublés des quartiers sélectionnés. La répartition des personnes à enquêter selon les quartiers s'est faite proportionnellement à la population résidant dans chacun d'eux.

L'APUR nous a nous fourni un échantillon de 1000 adresses (numéro et nom de voie), sur lesquelles nous avons mené un repérage exhaustif afin de déterminer précisément quel logement enquêter à chacune des adresses.

2. Représentativité de l'échantillon

Pour estimer la qualité de notre échantillonnage, il s'avère nécessaire de disposer de données exhaustives sur la population des périmètres géographiques étudiés. Même si le dernier Recensement général de la population date de 1999 (et ne saurait donc refléter exactement la population des quartiers étant donnée son évolution au cours des quatre dernières années), il peut nous fournir quelques indications générales sur la représentativité de notre échantillon. Les données du Recensement n'étant pas toutes disponibles à l'échelle voulue (c'est-à-dire sur des zones identiques ou quasi-identiques aux quartiers étudiés), notamment pour le quartier Saint Blaise – Porte de Montreuil, cette partie reste incomplète. La version définitive du rapport devrait inclure ces éléments.

Nous comparerons notre échantillon avec la population réelle des quartiers étudiés au niveau de plusieurs critères démographiques et socio-économiques qui sont l'âge, le sexe, la nationalité, la taille des ménages, la PCS, l'activité et le taux de chômage. Par ailleurs, nous comparerons les données de localisation géographique de l'échantillon effectivement réalisé avec celui fourni initialement par l'APUR.

a. L'échantillon réalisé comparé à la population générale

COMPARAISON DE L'ÉCHANTILLON RÉALISÉ AVEC LES DONNÉES DU RECENSEMENT					
	Belleville - Amandiers	Belleville - Amandiers RGP 99	St Blaise - Pte de Montreuil	St Blaise - Pte de Montreuil RGP 99	Ensemble
Sexe (NS)					
Homme	44,9	49,5	41,7		43,9
Femme	55,1	50,5	58,3		56,1
Age (<10⁻³)					
20 - 39 ans	55,5	45,2	41,1		50,8
40 - 59 ans	28,7	35,0	44,6		34,0
60 - 74 ans	11,6	13,3	9,4		10,9
75 ans et plus	4,2	6,5	4,9		4,4
Nationalité (NS)					
Français	79,0	74,4	80,3		79,4
Etranger	21,0	25,6	19,7		20,6
Familles monoparentales (p<0,02)					
	10,6	17,3	16,6		12,6
Taille des ménages (NS)					
1 personne	43,1	42,9	35,3		40,5
2 personnes	27,4	22,1	26,1		27,0
3 personnes	13,0	20,4	17,3		14,4
4 personnes	9,8	7,6	12,5		10,7
5 personnes	4,2	4,0	5,1		4,5
6 personnes et plus	2,5	3,1	3,7		2,9
Catégorie socio-professionnelle					
artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1,7		1,7		1,7
cadres et professions intellectuelles supérieures	15,8	16,4	7,8		13,2
professions intermédiaires	19,0	17	23,1		20,4
employés	22,1	21	26,5		23,5
ouvriers	8,9	11,6	8,2		8,7
retraités	14,5		13,6		14,2
autres sans activité professionnelle	18,0		19,0		18,4

b. Répartition géographique de l'échantillon final comparé à l'échantillon initial tiré par l'APUR

Pour la constitution de notre échantillon, l'Agence Parisienne d'Urbanisme nous avait fourni une liste de 1000 adresses tirées au sort sur les deux quartiers, respectant la taille de chacun des quartiers et plus finement, la taille des îlots composant chacun de ces quartiers et celles des ensembles d'habitation. C'est pourquoi plusieurs ménages pouvaient être tirés au sort à une même adresse. Pour chacune des adresses fournies, l'équipe de recherche s'est rendue sur le terrain pour procéder à un tirage au sort aléatoire de ménages, sur boîtes aux lettres, listes de résidents ou porte palière, de manière fournir aux enquêteurs une liste de ménages la plus proche possible du réel. Un certain nombre d'adresses fournies par l'APUR ont donc ainsi dû être remplacées (immeubles en réparation ou démolis, adresse inexistantes...). Etant données les contraintes liées à la réalisation de l'enquête (refus de la passation du questionnaire, impossibilité à localiser le ménage tiré au sort, etc.) les enquêteurs ont dû procéder à des remplacements de ménages selon une procédure convenue à l'avance. Les changements d'adresse, de rue ou d'îlots devaient avoir un caractère plus exceptionnel.

L'échantillon finalement réalisé comprend 889 personnes contre 1000 initialement prévues, (épuisement de la liste d'adresse et des possibilités de remplacement, risque de sur-représentation de certains îlots, etc.). L'étude concerne un total de 90 îlots (contre 91 initialement prévus), 66,8% des ménages enquêtés l'ont été à Belleville - Amandiers contre 67,5% initialement prévus.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de la fidélité de l'échantillon final vis à vis de l'échantillon théorique :

TAUX DE RECOUVREMENT ECHANTILLON REALISE / ECHANTILLON THEORIQUE AU NIVEAU DES ILOTS

	Cumul
Plus de 0%	97,6%
Plus de 50%	94,0%
Plus de 75%	85,6%
100 % et plus	43,4%
supérieur à 100 %	2,4%

N=90

Lecture : Dans 43,4% des îlots, le nombre de ménages enquêtés a été égal ou supérieur à 100% de ce qui avait été proposé par l'échantillon théorique

3. L'enquête de terrain

L'enquête s'est déroulée du 2 octobre au 15 novembre 2003. 889 personnes ont pu être interrogées : 594 sur la zone de Belleville - Amandiers et 295 sur la zone de Saint-Blaise.

L'enquête de terrain a mobilisé une vingtaine d'enquêteurs et trois chefs d'équipe.

	Belleville - Amandiers	Saint-Blaise	Total
Questionnaire réalisé à l'adresse de l'échantillon initial			
Porte échantillon d'origine	42%	38%	41%
1 changement de porte	29%	27%	28%
2 changements de porte	13%	14%	14%
3 ou plus changements de porte	11%	18%	13%
Questionnaire réalisé après changement de bâtiment par rapport à l'échantillon initial			
	5%	3%	4%
Total	100%	100%	100%

Au total, 59% des ménages de l'échantillon initial n'ont pas pu être interrogés, et ont été remplacés par d'autres ménages selon une règle d'échantillonnage complémentaire définie à l'avance. Une part importante de ces remplacements est due à ce que les enquêteurs n'ont pas pu pénétrer dans les immeubles échantillonnés, du fait de digicodes, d'interphones ou de systèmes de sécurité par cartes magnétiques. D'autres remplacements d'adresses ont été effectués après contact avec un ou plusieurs membres du ménage échantillonné. Ainsi, sur l'ensemble des ménages contactés, 45,6% n'ont pas répondu à l'enquête. Différentes raisons expliquent ce chiffre. Tout d'abord le refus d'un membre du ménage ou de celui de la personne éligible. Le taux de refus correspond globalement à celui observé dans des enquêtes de ce type, puisque 17 % des foyers contactés ont refusé de participer à l'enquête. Notons que bon nombre de ces refus ont été annoncés par interphone – la personne du foyer répondant à l'interphone refusant d'ouvrir la porte. Le taux de refus parmi les personnes désignées comme éligibles n'est que de 2,6%. La deuxième raison des remplacements d'adresse, qui touche 8,6% des ménages contactés, est liée au fait que la personne éligible ou les personnes présentes dans le foyer à chacun des passages de l'enquêteur ne parlaient pas suffisamment bien le Français. Ce chiffre est très probablement sur-estimé : il semble en effet qu'un certain nombre de ménages aient utilisé l'argument linguistique pour éviter d'avoir à répondre à l'enquêteur. Il semble en outre les personnes originaires d'Asie aient largement mis en avant cet argument. Enfin, dans 4,6% des ménages contactés, la personne éligible était trop malade, fatiguée ou âgée pour répondre au questionnaire.

RAISONS DES REMPLACEMENTS D'ADRESSE APRES CONTACT AVEC LE MENAGE

	% des ménages contactés	nombre de ménages contactés
Refus d'un membre du foyer (par interphone ou en face à face)	17,0%	235
Raisons linguistiques	8,6%	119
Raisons médicales	4,6%	63
Absence des membres du foyer ou de la personne éligible (y compris au RDV fixé)	3,0%	41
Refus de la personne éligible	2,6%	36
Questionnaires réalisés	64,4%	892
Total	100%	1386

4. Réactions des enquêtés et qualité des données selon les enquêteurs.

Après la passation du questionnaire, les enquêteurs répondaient à quelques questions concernant la manière dont s'était déroulé l'entretien et sur ce qu'ils pensaient de la qualité des données recueillies. D'après leurs réponses, l'entretien s'est bien déroulé pour 95,3% des questionnaires réalisés, et il s'est moyennement passé dans 4,7% des cas.

« Compte tenu de la personne interrogée et du déroulement de l'interview », les enquêteurs estiment par ailleurs que la qualité des données recueillies est bonne ou très bonne dans 94,9% des cas.

Bien que le questionnaire aborde des questions sensibles, les enquêteurs précisent pour seulement 6,8% des questionnaires réalisés que l'enquêté a été gêné du caractère personnel des informations demandées. D'après les enquêteurs également, seuls 2,9% des enquêtés ont fait des omissions volontaires sur leur vie.

Annexe 2. Liste des structures mentionnées

Liste des structures citées à la question : « *En cas de problèmes (santé, difficultés sociales, problèmes familiaux ou personnels), y a-t-il un lieu où vous pourriez vous adresser dans le quartier ?* » Et si oui, « *de quelles structures s'agit-il ?* »

361 réponses ont été recensées pour cette question, correspondant à 297 répondants. Les structures repérées ont été ensuite classées en 4 groupes suivant leur orientation principale d'action. Nous avons ainsi distingué des structures de Santé, d'Aide Sociale, Médico-sociales et Autres. Les répartitions des fréquences de citation de chacune des structures et de l'usage que les enquêtés déclarent en faire sont exposées ci-dessous.

STRUCTURES DE SANTE

Nom	N	Fréquentation		
		<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Jamais</i>
Hôpital Tenon	16	2	9	5
Hôpital Croix Saint Simon	13		6	7
Hôpitaux	12	2	8	2
CMP	9		5	4
Médecin de famille	5	3	2	
PMI	3		2	1
Cabinet médical; centres médicaux	7	3	1	3
Samu; SOS médecin	2	1		1
Hôpital Saint Louis	1	1		
Médecin	5	1	1	3
Croix Rouge	2			2
Croix Saint Simon (centre social ou hôpital)	2			2
Bureau d'aide psychologique	2			2
Planning Familial	3		2	1
Centre de santé Belleville	1		1	
SOS Sida	1		1	
Cosem (centre médical)	1		1	
Centre d'Adaptation Psychologique (CAPP)	1	1		
Hôpital Debré	1		1	
CMP des Mûriers	1	1		
Centre Social Atlas	1		1	
CMP	1	1		
PMI des Couronnes	1	1		
Médecins du Monde	1			1
Pompiers	1			1
CMP Télégraphe	1	1		
Centre de soins des Balkans	1	1		
Total	95	19	41	35

STRUCTURES D'AIDE SOCIALE

Nom	N	Fréquentation		
		<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Jamais</i>
Service social; centre social; bureau d'aide sociale; CCAS; assistante sociale	55	4	23	28
Centre d'action sociale de la ville de Paris	5		3	2
Association d'aide sociale	2		2	
ATRE (Association Tutélaire des Personnes Agées)	2	1		1
Association le Poumon de Saint Blaise	2			2
Aide sociale Surmelin	2		1	1
Le relais pour les jeunes; antenne jeunes	2	1	1	
Mission locale	4		3	1
Le Poumon de Saint Blaise	2			2
Caravan Sérail	1			1
Sécurité sociale	1			1
Allocations Familiales	1			1
Square des Cardeurs / mouvement solidarité	1			1
Assistante sociale mairie	1			1
CAF (Saint Fargeau,...)	1			1
Centre Elisabeth	1	1		
Centre social ANNAM	1			1
Centre social Saint Fargeau	1			1
Maison de l'Enfance	1		1	
Total	86	7	33	46

STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

Nom	N	Fréquentation		
		<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Jamais</i>
Dispensaire	3	1	1	1
Ceccof (formation continue et appui thérapeutique)	2		1	1
Relais femmes 20 ^{ème} / association de femmes relais	2		1	1
Alcooliques anonymes	1		1	
Maison de retraite (MAPI, etc.)	1		1	
Lieu d'accueil (le relais)	1			1
AMSAD (association d'aide médico-sociale à domicile pour personnes âgées)	1		1	
Dispensaire Ménilmontant	1		1	
CMS	1	1		
Feu Vert	1		1	
Centre pour femmes	1			1
Foyer de femmes battues	1		1	
Dispensaire enfance-famille	1	1		
Total	17	3	9	5

STRUCTURES RECLASSEES EN AUTRES

Nom	N	Fréquentation		
		<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Jamais</i>
Mairie; mairie du 20 ^{ème}	54	5	26	23
Police, Commissariat	27	3	12	12
Associations	24	3	5	16
NSP	10			10
Centre culturel les Amandiers; association les Amandiers	7	1	2	4
Gardien d'immeuble	7	2	5	
Association de locataires du quartier, amicale des locataires	3		2	1
Bureaux OPAC; bureaux SAGI	3	1	2	
La Bellevilleuse	3	1	2	
Annexe commissariat	2			2
Particulier, connaissance	1			1
Association Professionnelle	2		1	1
AIDAV (association d'info et de défense des accidentés et victimes d'agression)	2		2	
Association les Amandines (rue des Partants)	2		2	
Association liée à la mairie	2			2
Consultation juridique	2			2
Bibliothèque	1	1		
Rue de l'Agys	1	1		
Association pour les retraités du 20 ^{ème} arrondissement	1	1		
Association de religieux	1	1		
Conseiller judiciaire	1			1
Gérant du foyer de travailleurs (ou de l'hôtel meublé)	1		1	
Mission rue Sainte Marthe	1			1
Association culturelle et sportive	1			1
Maison de quartier	1			1
Conseil de quartier Saint Blaise	1			1
Syndicats	1			1
Petits frères des pauvres	1	1		
Total	163	21	62	80