



HAL
open science

Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Une analyse de la cohorte Sirs (2005)

Pierre Chauvin, Isabelle Parizot

► **To cite this version:**

Pierre Chauvin, Isabelle Parizot. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Une analyse de la cohorte Sirs (2005). Les cahiers de l'ONZUS. Délégation interministérielle à la Ville, pp.105, 2009. inserm-00415971

HAL Id: inserm-00415971

<https://inserm.hal.science/inserm-00415971v1>

Submitted on 11 Sep 2009

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

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

Les disparités sociales et territoriales
de santé dans les quartiers sensibles

Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne

Une analyse de la cohorte Sirs (2005)

Sous la direction de Pierre Chauvin (Inserm) et Isabelle Parizot (CNRS)

Les annexes de cette étude sont disponibles en téléchargement sur le site
de la DIV www.ville.gouv.fr (rubrique Publications)

Sommaire

Remerciements	6
Synthèse	7
Liste des abréviations et acronymes	12
Introduction	13
<i>Une approche contextuelle de la santé</i>	13
<i>Une première analyse des données de la cohorte Sirs</i>	14
Méthodologie	17
Tirage au sort des Iris de la cohorte Sirs	17
Le cas des Iris de type mixte	18
Échantillonnage des logements et des personnes à enquêter	19
Grille de lecture des tableaux croisés	19
Modèles de régression	20
Grille de lecture des tableaux d'analyse multivariée	21
<i>Que signifient les termes OR et IC 95 % ?</i>	23
<i>Que signifient les différentes mentions de la variance de l'effet aléatoire ?</i>	24
Logement et rapport au quartier de résidence	23
Caractéristiques sociodémographiques	23
<i>Répartition par âge et sexe</i>	23
<i>Composition des ménages</i>	24
Logement	24
Rapport au quartier	29
Situation sociale	35
Difficultés dans l'enfance	35
Violences subies à l'âge adulte	36
<i>Difficultés dans la vie de couple et relations avec ses enfants</i>	37
Socialisation	39
<i>Soutien social</i>	39
<i>Isolement social</i>	40
<i>Sentiment d'appartenance à une communauté</i>	40
<i>Rapport à la religion</i>	41
<i>Rapport aux institutions</i>	41
Les familles monoparentales	45
Indicateurs globaux de santé	49
Santé ressentie	49
Limitation fonctionnelle	52
Maladies chroniques	55
Obésité	58
Accidents du travail	60
Impact social d'événements de santé	61
Santé dentaire	63
Santé mentale	67
Représentations de la santé, de la maladie et de la médecine	73
Perceptions de santé	73
Attitudes à l'égard de la médecine et des soins	75
Discriminations liées à l'état de santé	76

Aide à des personnes malades, handicapées ou âgées	76
Représentations des conditions de vie nuisant à sa santé	78
Recours aux soins	83
Couverture maladie	83
Soins de prévention	84
<i>Dépistage VIH</i>	84
<i>Dépistage du cancer colorectal</i>	86
<i>Dosage de la cholestérolémie</i>	87
<i>Suivi gynécologique régulier</i>	88
<i>Dépistage des cancers féminins</i>	90
Soins curatifs	92
<i>Suivi médical</i>	92
<i>Médecin traitant et médecin régulier</i>	92
<i>Automédication</i>	93
<i>Second avis médical</i>	93
<i>Types de structure consultée au cours des douze derniers mois</i>	93
<i>Renoncement aux soins</i>	94
<i>Conseils médicaux par le réseau social</i>	96
Habitudes de vie et comportements liés à la santé	97
Bibliographie	101
Tables des tableaux et figures	103

Remerciements

Cet ouvrage s'appuie sur une analyse comparative des données recueillies lors de la première vague d'enquête de la cohorte Sirs (Santé, inégalités et ruptures sociales) constituée dans l'agglomération parisienne en 2005 avec le soutien de multiples institutions, en particulier grâce à des contrats de recherche obtenus auprès de l'Inserm, de l'ANR, de l'Iresp, de la DGS et le soutien du Fonds social européen, de la région Île-de-France, de la Mairie de Paris, du Conseil général de Seine-Saint-Denis, de la Drassif et de la Div.

Ces recherches s'inscrivent dans le cadre du programme de recherche «Santé, inégalités et ruptures sociales en Île-de-France», développé et mené dans une collaboration étroite entre l'équipe DS3 (Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins) de l'Inserm et de l'UPMC (UMRS 707), dirigée par Pierre Chauvin, l'équipe de recherche sur les inégalités

sociales du Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS), dirigée par Serge Paugam, et l'Ined.

Emilie Renahy et Grégory Guernec, ainsi que Emmanuelle Cadot, Basile Chaix, Sophie Lesieur, Judith Martin et Christelle Roustit, ont largement contribué, par leurs analyses et leurs recherches, aux résultats exposés dans cet ouvrage. Lila Delmas en a assuré le travail éditorial.

Les auteurs expriment toute leur gratitude à Philippe Choffel, directeur de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles, et à Nadège Couvert, au sein du même observatoire, pour leurs critiques constructives et leurs suggestions attentives lors de la rédaction de cet ouvrage.

Ils remercient, enfin, chaleureusement Catherine Richard, chargée de mission «santé» à la Délégation interministérielle à la ville, pour son soutien constant.

Synthèse

Ce travail présente une analyse des données collectées auprès de la cohorte « Santé, inégalités et ruptures sociales » (Sirs) au cours de la première vague d'enquête réalisée à l'automne 2005. Cette cohorte constitue un échantillon représentatif de l'agglomération parisienne (départements 75, 92, 93 et 94) qui compte 3 000 individus interrogés dans cinquante Iris différents. L'objectif de cette analyse était de comparer systématiquement les caractéristiques socio-sanitaires de trois sous-groupes de la population enquêtée en fonction du type d'îlots de résidence des individus : situé en zone urbaine sensible (Zus), dans un quartier de type « ouvrier » (et non situé en Zus) ou dans un quartier de type « moyen ou supérieur » (et non classé en Zus), selon la typologie socioprofessionnelle de l'espace francilien de Edmond Préteceille, revue et validée par nos soins dans l'agglomération parisienne.

Une synthèse « qualitative » de ces comparaisons statistiques est présentée dans le Tableau 1. Dans ce tableau, les éléments statistiquement péjoratifs (en analyse univariée) sont indiqués et gradués en violet foncé quand la différence est très forte et en violet clair quand une différence existe toujours mais qu'elle est moins importante en fonction du type de quartier ; ceux bénéfiques en orange ; ceux plus fréquents (sans hypothèse *a priori* sur leur aspect positif ou négatif) en gris foncé. Les mentions « S » ou « NS » signalent les différences respectivement significatives ou non d'un point de vue statistique en analyse multivariée, après ajustement sur les caractéristiques individuelles (c'est-à-dire la prise en compte des effets de composition des quartiers).

Concernant les situations sociales des individus, le choix a été fait de ne pas reprendre ici les analyses et les constats déjà clairement établis par l'Observatoire national des Zus à partir des données dont il dispose dans l'ensemble des Zus françaises mais d'analyser certains indicateurs plus spécifiques à la cohorte Sirs. Nos analyses retrouvent ainsi des situations particulièrement critiques dans les Zus concernant le surpeuplement et le mauvais état des logements.

D'autres indicateurs sont particulièrement péjoratifs dans les Zus mais également, quoique à un degré moindre, dans les quartiers ouvriers : notamment le sentiment que la situation de son quartier se détériore, la faiblesse du soutien social potentiel de voisinage (malgré des sentiments d'appartenance communautaire plus fréquents dans les Zus), le sentiment d'isolement, et un désir de mobilité résidentielle contrarié par des obstacles économiques.

D'autres situations, enfin, sont partagées dans des proportions identiques par les habitants des Zus et des quartiers ouvriers non labellisés en Zus : une méconnaissance (ressentie) de ses droits sociaux, le sentiment que ses propres droits ne sont pas respectés,

des expériences vécues de racisme ou de discrimination, un sentiment de rejet par les autres (d'ailleurs plus fréquent encore dans les quartiers ouvriers) ; bref, autant d'indicateurs qui signent une fragilisation du lien social de citoyenneté qui dépasse largement le périmètre des Zus pour toucher l'ensemble des quartiers populaires franciliens. D'autres indicateurs rapportés ici (par exemple le sentiment d'être surqualifié pour l'emploi qu'on occupe) ou connus par ailleurs (les trajectoires d'emploi ou de revenus, la proportion croissante du recours aux dispositifs d'aide sociale notamment) signalent, dans le même temps, les processus de disqualification sociale vécus par les habitants de ces quartiers.

Concernant les indicateurs de santé, on observe globalement que ceux-ci sont plus défavorables dans les quartiers populaires, qu'il s'agisse des Zus ou des quartiers ouvriers. On note quelques spécificités pour certains troubles plus souvent rapportés dans les Zus (handicap ou invalidité, migraine, bronchite, diabète, asthme allergique). Ces particularités nécessiteraient bien entendu d'être confirmées par des enquêtes spécifiques. En revanche, les troubles dépressifs, les problèmes de surpoids et d'obésité, les problèmes dentaires non soignés, sont notablement plus fréquents à la fois dans les Zus et les quartiers ouvriers (comparativement aux quartiers moyens ou supérieurs). Notons que les accidents du travail (au cours de la vie entière) sont plus fréquemment rapportés dans les quartiers ouvriers que dans les Zus (il est possible que les différences de taux d'emploi soient à l'origine de durées individuelles cumulées d'« exposition » à l'emploi différentes).

Interrogées explicitement sur le lien qu'elles font entre leur situation sociale, leurs conditions de vie et leur santé, les personnes apportent des réponses très différentes selon leur type de quartier de résidence. Les habitants des quartiers populaires (et particulièrement des Zus) ont vécu plus souvent que les autres des problèmes de santé ayant un impact scolaire, professionnel et/ou financier (sans que l'on puisse distinguer dans quelle mesure cela relève d'événements de santé particulièrement graves et/ou d'une vulnérabilité sociale plus grande à la maladie). Ils relatent aussi plus souvent des discriminations liées à leur état de santé. Dans l'autre sens de la relation, interrogés (spontanément) sur les conditions de vie qui nuisent à leur santé, les habitants des Zus citent significativement plus souvent que les autres les conditions de vie dans le quartier, les conditions de logement, les difficultés financières et économiques ; alors que ce sont les habitants des quartiers moyens ou supérieurs qui citent le plus souvent la pollution, le stress, les conditions de travail et les comportements en lien avec la santé. Le bruit et l'isolement social sont cités dans les mêmes proportions dans tous ces quartiers urbains.

Ces résultats sont cohérents avec certains indicateurs interrogés par ailleurs. Concernant les conditions de travail, on rappellera utilement qu'en amont même de ces conditions, ce qui distingue particulièrement les Zus des autres quartiers est la fréquence du chômage et du non-emploi. Globalement, les actifs occupés en Zus et en quartier ouvrier occupent des emplois moins qualifiés que les habitants des autres quartiers. De fait, la fatigue au travail y est notablement plus souvent rapportée. En revanche, de longues journées de travail ou une incursion dans la sphère privée des soucis professionnels sont plus souvent rapportés dans les quartiers moyens ou supérieurs. Ce constat s'inscrit dans le courant général des transformations de l'organisation du travail où l'individualisation des responsabilités, la pression à la productivité, le stress au travail, etc. ne sont pas – loin s'en faut – l'apanage des emplois peu ou pas qualifiés.

En ce qui concerne les comportements liés à la santé et interrogés dans l'enquête, on dira de façon synthétique que les habitants des quartiers moyens ou supérieurs ont une alimentation sans doute plus diversifiée, sont de plus en plus nombreux à consommer des boissons alcoolisées, sont à la fois plus souvent fumeurs et anciens fumeurs que les habitants des autres quartiers. Ils sont aussi plus exposés à un mode de vie sédentaire. À l'inverse, dans les quartiers populaires, les fumeurs sont moins nombreux mais fument plus que la moyenne et se sont moins souvent arrêtés, tandis que les consommateurs de boissons alcoolisées sont également moins nombreux mais, parmi eux, les consommations excessives sont plus fréquentes.

On disposait aussi, dans la première vague de la cohorte Sirs, de questions sur toute une série d'événements biographiques pendant l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte, dont certains en lien avec la santé. En première analyse (sur l'ensemble de l'échantillon, tous âges et générations confondus), on observe peu ou pas de différence concernant des problèmes survenus avant l'âge de 18 ans tels que les problèmes avec l'alcool ou la drogue, les hospitalisations psychiatriques ou encore les tentatives de suicide. À l'âge adulte en revanche, et particulièrement chez les femmes, avoir subi des violences psychologiques ou morales est significativement plus fréquent dans les Zus et, à moindre degré, dans les quartiers ouvriers qu'ailleurs (ces différences ne sont pas observées concernant les violences physiques ou sexuelles).

Concernant le recours aux soins, il est important, de prime abord, de souligner qu'aucune différence n'est observée dans cette enquête francilienne entre les habitants des différents types de quartier et les indicateurs suivants (ce qui ne veut pas dire, bien sûr, qu'ils soient tous optimaux et ne préjugent en rien de la qualité des soins reçus...) : recours au dépistage VIH chez les femmes, dépistage du cancer colorectal, dépistage du cancer du col de l'utérus, existence d'un traitement ou d'un suivi régulier, existence d'un médecin traitant ou régulier, automédication, recours à un second avis médical. En revanche, cinq indicateurs sont clairement inégalement répartis entre les différents types de quartier. Les habitants en Zus renoncent significativement plus souvent à des soins pour raisons financières et recourent plus souvent aux urgences hospitalières quand ils ont besoin de soins que les autres. Par ailleurs, ce sont aussi dans les Zus que les personnes présentant des symptômes dépressifs ont le moins souvent parlé à un médecin de ces symptômes. Les habitants des quartiers ouvriers sont particulièrement moins bien dépistés vis-à-vis du VIH quand ce sont des hommes ; et moins bien suivies pour les questions gynécologiques quand ce sont des femmes.

Ces recours aux soins s'inscrivent dans des représentations et expériences individuelles de la santé, de la maladie et de la médecine qui sont très diverses (et rarement étudiées en tant que telles dans des enquêtes quantitatives). Si on doit se garder de « diagnostics » territoriaux abusifs et/ou abusivement culturalistes et stigmatisants, d'une part, et si, d'autre part, il est toujours difficile d'appréhender des représentations à partir de quelques questions fermées dans un questionnaire, on constate quelques tendances générales qu'il est intéressant de rapporter ici. Les expériences de la maladie (personnelle ou des proches) sont plus fréquentes dans les quartiers les plus populaires, le sentiment de bien résister à la maladie y apparaît moins fréquent, et les habitants expriment plus souvent une inquiétude vis-à-vis des problèmes de santé. En corollaire (et peut-être aussi parce que les perceptions providentielles de la maladie et de la guérison y sont plus fréquentes), la maladie y semble davantage tenue à distance. Enfin, soulignons que les difficultés à comprendre les informations données par les médecins et les difficultés à appliquer les recommandations de santé – si elles sont largement partagées par une fraction importante de toute la population enquêtée – sont plus fréquemment rapportées aussi dans les quartiers populaires et notamment dans les Zus.

Synthèse des résultats comparatifs par type de quartier de résidence

Tableau 1

	Zus	Ouvriers non Zus	Moyens et supérieurs
<i>Indicateurs sociaux</i>			
Familles monoparentales			
Surpeuplement logement			
Logement en mauvais état			
Ne se sent pas bien dans son logement			
Expériences de vie sans domicile			
Mauvaise réputation du quartier			
Évolution péjorative de la situation du quartier			
Souhaite déménager			
Concentration du réseau social dans le quartier			
Aidants familiaux ou bénévoles			
Absence complète de soutien social			
Soutien social potentiel par la famille, les amis, les collègues			
Soutien social potentiel par les voisins			
Sentiment d'isolement			
Sentiment d'appartenance communautaire			
Pratique religieuse			
Connaissance des droits (perception)			
Respect de ses droits			
Expérience de racisme ou de discrimination			
Rejeté par les autres			
Jugé négativement (revenus, emploi)			
Sécurité sociale standard seule			
AME ou CMU			

Tableau 2 Synthèse des résultats comparatifs par type de quartier de résidence

	Zus	Ouvriers non Zus	Moyens et supérieurs
<i>Indicateurs de santé</i>			
Santé ressentie (générale, physique, psychologique)	S	S	
Handicap ou invalidité			
Limitation fonctionnelle	S	S	
Maladies chroniques (nombre)			
Migraines et céphalées			
Bronchite chronique et emphysème			
Diabète			
Asthme allergique			
Obésité			
Dépression	S	S	
Accidents du travail	S	S	
Perte de dents			
Dents à soigner	NS	NS	
<i>Liens santé – situation sociale</i>			
Problèmes de santé ayant entraîné			
Une interruption ou réorientation professionnelle ou scolaire			
De graves problèmes d'argent			
Une rupture conjugale			
Discriminations liées à l'état de santé			
<i>Liens conditions de vie – santé</i>			
Conditions de vie nuisant à la santé			
Pollution et stress			
Conditions de vie dans le quartier, conditions de logement			
Conditions de travail			
Bruit, problèmes de santé, isolement			
Problèmes économiques et financiers			
Alimentation, alcool, tabac			
Conditions de travail			
Stress			
Fatigue			
Soucis dans la sphère privée			
Surqualifié pour l'emploi			
Journée de travail fréquemment > 10 h			
<i>Autres événements de vie en lien avec la santé</i>			
Problèmes avec l'alcool ou la drogue avant l'âge de 18 ans			
Hospitalisation psychiatrique avant l'âge de 18 ans			
Tentative de suicide avant l'âge de 18 ans			
Violences physiques ou sexuelles depuis l'âge de 18 ans			
Violences psychologiques ou morales depuis l'âge de 18 ans			
Dévalorisation par son conjoint (chez les femmes)			
Dévalorisation par son conjoint (chez les hommes)			
<i>Caractéristiques psychologiques</i>			
Sous pression			
Optimiste			
Confiance en soi / bien dans sa peau			

Synthèse des résultats comparatifs par type de quartier de résidence

Tableau 3

	Zus	Ouvriers non Zus	Moyens et supérieurs
<i>Représentation de la santé et de la maladie</i>			
Résistance à la maladie			
Inquiétude vis-à-vis de la maladie			
Perspectives de santé			
Expériences de la maladie			
Mise à distance de la maladie			
Perception providentielle de la maladie et de la guérison			
<i>Recours aux soins</i>			
Dépistage VIH chez les hommes		S	
Dépistage VIH chez les femmes			
Dépistage du cancer colorectal			
Dépistage hypercholestérolémie	NS	NS	
Suivi gynécologique régulier			
Ancienneté dernière mammographie			
Ancienneté dernier frottis du col utérin			
Traitement ou suivi médical régulier			
Médecin traitant et médecin régulier			
Automédication			
Second avis médical			
Recours urgences hospitalières			
Renoncement aux soins pour raisons financières	S	NS	
Dépressif sans avis médical			
Conseils par un professionnel de santé dans le réseau social			
<i>Attitudes vis-à-vis des informations médicales et des recommandations de santé</i>			
Difficultés à comprendre les informations médicales			
Difficultés à appliquer les recommandations de santé			
<i>Comportements en lien avec la santé</i>			
Consommation de boissons alcoolisées			
Consommation d'alcool excessive chez les buveurs			
Consommation de poissons			
Fumeurs ou ex-fumeurs			
Gros fumeurs			
Arrêt du tabagisme			
Consommation de fruits et légumes			
Nuits de sommeil > 7 h			
Activité physique hors travail			
Activité physique dans le cadre professionnel			
Sédentarité			

Liste des abréviations et acronymes

ANR	Agence nationale de la recherche
Apur	Agence parisienne d'urbanisme
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
DGI	Direction générale des impôts
DGS	Direction générale de la santé
Div	Délégation interministérielle à la Ville
Drassif	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France
EHESS	École des hautes études en sciences sociales
ENS	École normale supérieure
HCSP	Haut conseil de la santé publique (avant 2007 : Haut comité de la santé publique)
HTA	Hypertension artérielle
Iaurif	Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France
IMC	Indice de masse corporelle
Ined	Institut national d'études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
Iresp	Institut de recherche en santé publique
NS	Non significatif
Onzus	Observatoire national des zones urbaines sensibles
OR	Odd ratio ou « rapport de cotes » (estime le risque relatif)
PMI	Protection maternelle et infantile
RMI	Revenu minimum d'insertion
Sirs	Santé, inégalités et ruptures sociales
UPMC	Université Pierre et Marie Curie (Paris 6)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
Zep	Zone d'éducation prioritaire
Zus	Zone urbaine sensible

Introduction

Les inégalités sociales en matière de santé et de recours aux soins sont une réalité ancienne, aujourd'hui largement reconnue¹. De nombreuses études rapportent en effet, depuis le mouvement hygiéniste du XIX^e siècle, l'existence d'un lien entre la santé et la situation socio-économique des individus^{2,3}. Malgré le progrès biomédical et technologique continu au cours des 70 dernières années, et en dépit de l'élargissement de la protection maladie, les inégalités sociales de santé persistent, voire se sont aggravées au cours des dernières décennies

Une approche contextuelle de la santé

Aujourd'hui, on connaît relativement bien les inégalités de mortalité, de morbidité et de santé ressentie en fonction de caractéristiques générales des individus, telles que le niveau d'éducation, le niveau de revenu ou encore la position socioprofessionnelle. Celles-ci reflètent des différences quant à l'adoption de comportements ayant un impact sur la santé (tels que les addictions, les conditions de travail délétères, les soins de prévention, etc.), mais ces différences n'expliquent qu'une partie seulement – et, contrairement au sens commun, une part souvent minoritaire – des inégalités constatées. Certains parlent ainsi de « boîte noire » à propos de la genèse des inégalités face à la santé et à la mort. En son sein, d'autres dimensions des conditions de vie méritent dès lors d'être étudiées, afin de rendre compte de façon plus subtile de la position sociale des individus.

C'est le cas par exemple des liens sociaux, dont des travaux récents soulignent à quel point leur intensité ou au contraire leur délitement interfère avec la santé et le recours au système de soins⁴. C'est le cas également de l'insertion dans son milieu de résidence ; l'inscription dans l'espace territorial local s'avérant lié à la santé par des processus multiples, dont beaucoup sont encore à découvrir. Si les inégalités territoriales de santé sont le reflet d'inégalités sociales – en lien avec des processus de ségrégation socio-spatiale particulièrement visibles en milieu urbain, et notamment dans l'agglomération parisienne –, elles manifestent en réalité, dans le même temps, un possible effet propre du contexte de résidence lui-même.

Traditionnellement, la plupart des études en épidémiologie sociale se sont intéressées aux déterminants de la santé mesurés au niveau individuel, dans la suite d'une longue tradition de l'épidémiologie moderne qui, grâce au recueil systématique d'informations individuelles, s'est d'une certaine manière construite en opposition avec l'utilisation, scientifiquement dangereuse et régulièrement critiquée, d'analyses écologiques de don-

nées agrégées (au niveau d'une commune, d'un département, etc.)⁵. Plus récemment, le souci de « replacer l'individu dans son contexte » s'est fait jour dans la discipline – à la fois parce que les résultats se sont accumulés sur les effets de l'insertion sociale des individus sur leur santé et, plus généralement, parce que la perspective réductionniste (héritée des sciences exactes) est, à son tour, aujourd'hui largement critiquée en épidémiologie sociale. De fait, l'existence d'effets du contexte sur la santé des individus et leur accès aux soins fait l'objet d'une reconnaissance croissante en santé publique. La littérature épidémiologique et sociologique sur les « effets de contexte » dans le champ sanitaire, en plein essor, s'attache ainsi à mesurer conjointement les effets de caractéristiques individuelles et contextuelles sur la santé par l'emploi de méthodes statistiques appropriées (en particulier de modèles multiniveaux, utilisés dans certaines analyses de cet ouvrage). La plupart des études tiennent compte du niveau socio-économique du quartier de résidence. Mais les effets du contexte ne renvoient pas seulement à des facteurs socio-économiques : les dimensions sociales ou urbanistiques du contexte de résidence méritent d'être également prises en compte. Par exemple, la forme ou l'intensité des interactions sociales qui s'y déroulent, les normes communautaires partagées (notamment en matière de santé) ou encore le soutien social entre voisins commencent également à être étudiés en lien avec la santé. D'autre part, l'environnement construit (le type d'habitat, la desserte par des moyens de transport, la présence d'espaces verts, etc.) et la densité de services (sociaux, sanitaires, alimentaires, sportifs, etc.) ont probablement un impact sur la santé des habitants qui reste, pour une bonne part, à démontrer de façon statistique.

C'est dans cette optique qu'ont été réalisées les analyses présentées dans cet ouvrage. Il s'agit en effet d'appréhender, à l'échelle d'une grande agglomération

¹ Chauvin P., Lebas J., « Inégalités et disparités sociales de santé », In : *Traité de santé publique*, Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D., Paris, Flammarion Médecine Sciences, 2007 (2^e édition revue et augmentée), pp. 331-341.

² Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.R., *Être ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la santé*, Paris, John Libbey Eurotext, 1996.

³ Davey Smith G., *Health inequalities*, Bristol, The Policy Press, 2003.

⁴ Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenohof F., Geurts J.J., *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe*, *Lancet*, 1997, vol. 349, n° 9066, pp. 1655-9.

⁵ Menvielle G., Chastang J.F., Luce D., Leclerc A., *Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès*, *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, Paris, Masson, 2007, vol. 55, n°2, pp. 97-105.

⁶ Chauvin P., Parizot I., *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*, Paris, Les éditions de la Div, collection « Études et recherches », 2007.

⁷ Chauvin P., *Environnement social et santé : avancées et perspectives dans l'étude des effets du contexte sur la santé*, In : Chauvin P., Parizot I., *Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social*, Paris, Éditions Inserm-Vuibert, 2005, pp. 187-200.

comme l'agglomération parisienne, les inégalités de santé et de recours aux soins en fonction du type de quartier de résidence⁸. L'inscription territoriale est ici

étudiée comme l'un des facteurs sociaux (l'un des « déterminants » selon les termes des épidémiologistes) de la santé et du recours aux soins.

Une première analyse des données de la cohorte Sirs

Pour les analyses présentées ici, nous nous sommes appuyés sur une enquête socio-épidémiologique auprès d'une cohorte représentative en population générale : la cohorte « Santé, inégalités et ruptures sociales » (Sirs). Elle est menée auprès d'un échantillon représentatif des adultes francophones vivant à Paris et dans les trois départements de sa première couronne : les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne. En épidémiologie sociale, il s'agit de la première cohorte représentative constituée *ad hoc* pour l'étude des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, sur-représentant les quartiers en difficulté et recueillant, au cours de questionnaires menés en face à face, un nombre important de caractéristiques sociales et sanitaires – non seulement dans leur dimension objectivée mais également en fonction de la manière dont les personnes les vivent d'un point de vue subjectif.

Les quartiers dans lesquels résident les personnes enquêtées ont été distingués selon la situation socio-professionnelle moyenne de leurs habitants. De façon conjointe, le classement en tant que zone urbaine sensible (Zus) a aussi été pris en compte. En effet, ce classement établi pour la Politique de la ville est censé cibler les quartiers où se concentrent des difficultés importantes, sur le plan socioéconomique notamment⁹. On peut alors s'interroger sur la situation en matière de santé et de recours aux soins de leurs habitants. Dans le même temps, différents quartiers non désignés comme Zus rencontrent néanmoins eux aussi des difficultés certaines, et ne bénéficient pas nécessairement des actions publiques mises en place dans le cadre de la Politique de la ville.

Dès lors, pour un vaste ensemble de dimensions interrogées dans l'enquête Sirs, des comparaisons ont été systématiquement entreprises entre les résidents des différents types de territoire : d'une part ceux de quartiers classés en zone urbaine sensible, d'autre part ceux de quartiers dits « ouvriers » (c'est-à-dire, selon la typologie adoptée, des quartiers non classés comme Zus mais où les populations ouvrières, au chômage ou en emploi précaire sont surreprésentées et, enfin, les quartiers dits « moyens ou supérieurs » (les autres quartiers, eux aussi non classés en Zus).

Cet ouvrage, issu d'un rapport de recherche effectué pour la Délégation interministérielle à la ville (Div), reprend l'essentiel de ces analyses statistiques. Celles-ci, comme cela est explicité plus en détail dans le chapitre méthodologique suivant, ont adopté deux démarches différentes. La première – la plus classique – vise à décrire les situations sociales et sanitaires des

personnes et certains liens entre les deux au niveau individuel. La seconde démarche adoptée, dénommée « analyse contextuelle » en épidémiologie sociale, tente de dépasser les méthodes écologiques et cartographiques habituellement employées en estimant l'effet du type de quartier de résidence après ajustement sur certaines caractéristiques individuelles, afin de progresser dans l'appréhension des effets de composition et des effets « authentiquement » contextuels à l'origine des disparités territoriales de santé constatées. À ce stade de la recherche, les résultats présentés n'ont pas pour ambition d'expliquer les mécanismes par lesquels la situation sociale des individus et leur contexte de résidence se traduisent dans leurs corps et génère des inégalités de santé. Ils permettent néanmoins d'accroître les connaissances sur la situation sociale et sanitaire des personnes vivant dans des quartiers défavorisés et de progresser dans la recherche sur les déterminants sociaux, individuels et contextuels, de la santé et du recours aux soins. Ce champ de recherche pluridisciplinaire, au croisement de l'épidémiologie, de la sociologie et de la santé publique, vise précisément à la compréhension des processus sociaux à l'origine des inégalités sociales et territoriales de santé – lesquelles présentent en France, dans de multiples dimensions, une acuité et une importance particulières.

Nous sommes conscients des limites de l'exercice. En outre, si des connaissances empiriques sont assurément nécessaires pour progresser dans l'analyse scientifique comme pour développer des actions publiques adaptées, la démarche n'est pas sans risque en termes de stigmatisation des quartiers ou de leurs habitants, voire de renforcement des préjugés à leur égard. Dire que les « quartiers dont on parle »¹⁰ présentent des désavantages, ou des handicaps concernant les dimensions socioéconomiques et sanitaires étudiées ici, ne saurait bien sûr faire oublier qu'ils recèlent aussi un certain nombre d'atouts pour leurs habitants et que s'y créent des liens sociaux, des solidarités et des projets qui méritent tout autant d'être étudiés et pris en compte dans la définition des politiques publiques territorialisées.

Nous présenterons dans un premier temps la méthodologie de l'enquête Sirs et celle des analyses effectuées – de façon peut-être plus approfondie que d'ordinaire dans la mesure où les questions d'échantillonnage, d'une part, et de méthodes statistiques, d'autre part, permettent de mieux comprendre la robustesse et la portée des résultats. Dans un deuxième temps, seront abordés certains éléments de la situation sociale des personnes vivant dans les différents types

⁸ En l'occurrence, le lieu de résidence est saisi à un niveau fin puisqu'il s'agit plus précisément de l'Iris (unité statistique issue du Recensement qui regroupe environ 2 000 personnes), cf. la partie méthodologie *infra*.

⁹ Observatoire national des zones urbaines sensibles. *Rapport 2007*, Saint-Denis, Éditions de la Div, 2007.

¹⁰ Collectif. *En marge de la ville, au cœur de la société : ces quartiers dont on parle*, Paris, Éditions de l'Aube, 1997.

de quartier – des éléments rarement interrogés dans les enquêtes en population générale mais qui pourtant permettent de saisir des dimensions importantes de l'intégration sociale. Ils complètent, d'une certaine manière, le tableau de bord produit régulièrement par l'Observatoire national des Zus à partir des statistiques nationales existantes. Enfin, le troisième temps de l'ouvrage sera consacré à l'analyse de l'état de santé des personnes, à leurs représentations et attitudes face à la santé, la maladie et la médecine, à leurs recours aux soins, ainsi qu'aux liens qu'elles établissent elles-mêmes entre leur situation sociale et leur situation sanitaire.

Si la limite de la cohorte Sirs sur laquelle s'appuient nos analyses est de n'être, par construction, représentative que de l'agglomération parisienne, son atout – outre le géocodage des individus qui permet une spécialisation des analyses – est de s'inscrire dans une dimension longitudinale future. Après un second pas-

sage téléphonique en 2007 (18 mois après leur inclusion, en 2005, au cours de laquelle ont été collectées les données analysées dans cet ouvrage), les personnes incluses dans cet échantillon vont être réinterrogées de façon détaillée au cours du premier trimestre 2009. Les changements observés en trois ans dans la situation sociale et sanitaire des personnes seront riches d'enseignements, notamment sur la situation particulière des habitants des Zus et des quartiers défavorisés et, plus généralement, sur l'évolution des disparités territoriales de santé dans l'ensemble de l'agglomération parisienne. Ils permettront également pour de nombreuses associations décrites ici de façon transversale – et cela est essentiel – de préciser leur sens chronologique et de progresser ainsi dans l'interprétation causale des liens entre situations sociales, conditions de vie et santé.

Méthodologie

La cohorte Sirs est constituée de 3 000 personnes incluses par un échantillonnage aléatoire à trois degrés. Le premier niveau de tirage est constitué d'Iris¹¹ et est stratifié sur la typologie socioprofessionnelle de l'espace francilien établie par Edmond Préteceille¹² et sur le classement (ou non) en zone urbaine sensible. Au total, 50 Iris ont été tirés au sort parmi les 2 595 Iris éligibles de ce que nous appellerons ici l'agglomération parisienne¹³. Une surreprésentation des Iris de type Zus et de la catégorie ouvrière non Zus a été effectuée. Au deuxième niveau, 60 logements ont été tirés aléatoirement dans chaque Iris. Enfin, un adulte fut sélectionné aléatoirement dans chaque logement par la méthode des dates anniversaire.

Le recueil de données a été réalisé par l'administration d'un questionnaire nominatif en face à face au cours de l'automne 2005. Les participants ont été interrogés de façon détaillée pendant une durée moyenne de 50 minutes. La base de données

contient plus de 400 variables qui renseignent sur la situation économique, l'intégration sociale, le capital psychologique, l'état de santé, les comportements liés à la santé et l'utilisation du système de soins, tout ceci en lien avec certaines caractéristiques du ménage et certaines caractéristiques contextuelles du quartier de résidence. Avec un taux de refus moyen de 22 % parmi les foyers tirés au sort et variant peu d'un quartier à l'autre, l'échantillon redressé (par des poids de sondage prenant en compte les sur-échantillonnages mentionnés et la taille des ménages) a été comparé au recensement général de la population des mêmes départements (Insee 1999), puis « calé » sur sa distribution par âge et sexe¹⁴.

La cohorte Sirs a reçu l'autorisation de la Cnil (autorisation n° 05-1024 suite à la demande n° 904251 faite le 17/06/2004, accordée à l'équipe DS3 de l'Inserm).

¹¹ Les Iris, ou « Ilots regroupés pour l'information statistique », sont constitués par l'Insee d'îlots de recensement contigus. C'est la plus petite subdivision d'agrégation à partir de laquelle les données de la statistique nationale (recensement général de la population) sont publiques. Dans l'agglomération parisienne, ils comptent en moyenne 2 300 habitants.

¹² Cette typologie se fonde sur la catégorie socioprofessionnelle des personnes actives, la précarité (ou la stabilité) de l'emploi et le taux de chômage. Elle distingue des quartiers de type « ouvrier » où les catégories ouvrières sont surreprésentées, de même que les chômeurs et les personnes ayant un emploi précaire ; des quartiers de type « moyen » où les professions intermédiaires salariées sont surreprésentées ; et des quartiers de type « supérieur » où prédominent les professions libérales, cadres et chefs d'entreprise, et où les ouvriers sont massivement sous-représentés. Cf. Edmond Préteceille, *La division sociale de l'espace francilien*, FNRS, CNRS, 2003.

¹³ L'agglomération parisienne est entendue dans cet ouvrage comme l'ensemble des 4 départements étudiés (75, 92, 93 et 94) pour éviter la répétition fastidieuse de l'expression « Paris et sa première couronne de départements ». Au sens de l'Insee, l'agglomération parisienne – qui renvoie au concept d'« unité urbaine » (ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres et dans lequel chaque commune possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie) a des limites beaucoup plus larges parties des départements de la seconde couronne. Au total, l'agglomération parisienne au sens où nous l'entendons ici couvre 6,3 % de la superficie de l'Île-de-France et compte 56,3 % de la population régionale ; elle représente les deux tiers de l'unité urbaine parisienne de l'Insee.

¹⁴ Le détail des procédures de redressement et de calage figure en Annexes.

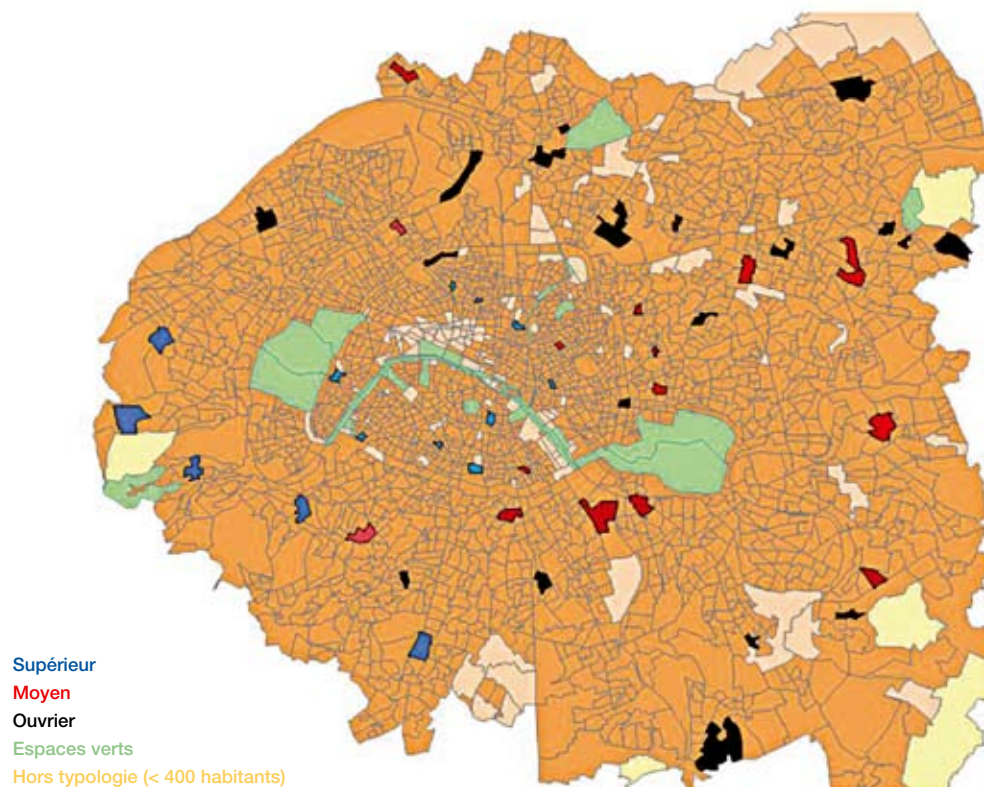
Tirage au sort des Iris de la cohorte Sirs

Une procédure d'échantillonnage pas à pas a été mise en œuvre au cours de l'été 2005 pour tirer au sort les 50 Iris enquêtés lors de la première vague de la cohorte. Dans l'objectif de mener des analyses contextuelles multiniveaux sur les données de cette enquête, il convenait de tenir compte dès l'échantillonnage de deux exigences méthodologiques : d'une part, avoir un nombre d'Iris suffisamment important et, d'autre part, qu'au sein de chaque Iris le nombre de personnes enquêtées ne soit pas trop faible. Aussi, et étant donné notre objectif d'un échantillon total de 3 000 personnes, le nombre d'Iris à

sélectionner a été fixé à 50 (au sein de chacun desquels seraient interrogées 60 personnes).

Les premiers tirages ont été effectués parmi les 319 Iris Zus de la base de sondage initiale. La volonté de sur-représenter ces catégories nous a conduit à multiplier le taux de sondage initial par deux. Douze Iris ont ainsi été tirés. Dans un second temps, les Iris de type « ouvrier » hors Zus ont été tirés parmi les $2\,595 - 319 = 2\,276$ Iris restants, avec un coefficient de sur-représentation de 1,5. Onze Iris ont ainsi été sélectionnés. Enfin, les 27 Iris restant ont été tirés parmi les catégories « supérieure » et « moyenne » hors Zus.

Figure 1 Iris enquêtés lors de la première vague de la cohorte Sirs en 2005



Le cas des Iris de type mixte

Le découpage géographique des Zus et celui des Iris ne se superposent pas complètement. Ainsi, 8 % des Iris de notre zone d'étude (l'agglomération parisienne) sont pour une part de leur superficie classés en Zus et pour une autre part hors Zus tandis que 7 % des Iris sont, eux, complètement inclus dans les contours d'une Zus.

Dans l'échantillon final enquêté, 16 % des Iris sont complètement en Zus et 10 % (soit cinq Iris) sont de type mixte. Parmi ceux-ci, l'un comptait 28 % de sa population en Zus et a été reclassé « hors Zus » pour la suite des analyses tandis que les quatre autres – qui comptaient respectivement 84 %, 90 %, 94 % et 98 % de leur population en Zus – ont été considérés comme des Iris de type « Zus ».

Échantillonnage des logements et des personnes à enquêter

Ces premières phases de la méthodologie ont donc conduit à un échantillon de cinquante Iris. Ne pouvant disposer d'une base de sondage qui comprendrait de manière exhaustive l'ensemble des individus ou des ménages de chacun d'eux, nous avons nous-mêmes, en nous déplaçant « sur le terrain », réalisé un recensement des logements de chaque Iris. Nous avons alors pu tirer aléatoirement soixante logements par Iris, ainsi que, toujours de façon aléatoire et par Iris, une liste complémentaire de logements pour pallier aux refus et incapacités de répondre à l'enquête.

La dernière phase de l'échantillonnage a consisté en la sélection aléatoire de la personne à interroger. Ce sont les enquêteurs qui ont opéré cette sélection, parmi l'ensemble des personnes majeures du logement, en utilisant la méthode des dates d'anniversaire (la personne enquêtée étant celle dont l'anniversaire à venir était le plus proche de la date d'enquête).

Grille de lecture des tableaux croisés

Un certain nombre d'outils statistiques ont été utilisés tout au long de ces analyses pour mettre en évidence l'existence de contrastes entre les résidents des Zus et les résidents hors Zus dans la cohorte Sirs.¹⁵

Ce travail passe tout d'abord par la mise à disposition de deux grands types de tableaux standards visant à synthétiser l'information disponible, que nous avons voulu la plus lisible possible. À ces tableaux sont associés des tests appropriés d'adéquation et d'indépendance des variables étudiées.

On trouvera donc dans la suite de l'ouvrage des tableaux de fréquences croisées avec la variable « statut

du quartier » en trois classes lorsque la variable d'intérêt est une variable catégorielle, et des tableaux de moyenne lorsque la variable d'intérêt est une variable quantitative.

Les variables catégorielles représentent la grande majorité des variables recueillies dans cette enquête. L'information visant à étudier l'association entre le statut du quartier et une variable d'intérêt catégorielle est systématiquement résumée dans des tableaux similaires à celui présenté ci-dessous.

¹⁵ Le détail des tests statistiques utilisés est donné en Annexes.

Résidences principales selon le statut de l'occupation	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Propriétaire	17,5	45,1	29,4	48,8	41,5
Locataire	59,1	40,1	49,8	37,8	42,4
Logé gratuitement	23,4	14,8	20,8	13,4	16,1

Tests : ¹ Global $p < 0,0001$; ² Zus versus Total $p < 0,0001$; ³ Zus versus Non Zus $p < 0,0001$

Chaque case de ces tableaux correspond à un pourcentage en colonne arrondi au dixième près. Tous ces pourcentages sont pondérés et calés selon la méthode indiquée en Annexes.

Sur le tableau précédent, on peut donc lire que 59,1 % des résidents des Zus sont des locataires alors que les locataires ne représentent que 42,4 % de la population totale.

Trois tests successifs sont indiqués :

1. Un test global (test de Fischer associé à la statistique de Wald) qui compare globalement la répartition de la caractéristique étudiée (ici le statut d'occupation du logement) entre les trois types de quartier : Zus, ouvrier, moyen ou supérieur ;

2. Un test du Chi2 comparant cette répartition dans les quartiers de type Zus avec celle observée dans l'ensemble de la population ;
3. Un test du Chi2 comparant cette répartition entre les quartiers de type Zus et les quartiers hors Zus (ouvriers, moyens ou supérieurs confondus).

Dans tous les cas, si la valeur du p indiqué est plus petite que 0,05 ($p < 0,05$), on conclut à une répartition « significativement » différente entre les

groupes ainsi comparés d'un point de vue statistique.

Dans le cas de variables quantitatives, les comparaisons de moyennes ont utilisé un test de Student. Dans ce cas, figurent sous les tableaux seulement les résultats de deux tests (comparant les quartiers Zus à la population totale et les quartiers Zus aux quartiers hors Zus), dont les valeurs du p s'interprètent comme indiqué précédemment.

Modèles de régression

16 Toutes les dimensions de santé interrogées dans la cohorte Siris n'ont pas fait l'objet de ce type d'analyse. Il s'agit d'un choix raisonné des auteurs. L'absence d'analyse concernant telle ou telle dimension de santé dans cet ouvrage ne doit donc pas s'interpréter comme une absence de disparités sociales et/ou territoriales la concernant.

17 La procédure SURVEYLOGISTIC (SAS® V9.1) a été utilisée pour prendre en compte la pondération dans l'estimation des paramètres, des intervalles de confiance et des tests statistiques par les modèles de régression logistique. Les PROC MIXED et les macros GLIMMIX et NLINMIX ont été utilisées pour estimer les modèles multiniveaux.

18 Hosmer D., Lemeshow S., *Applied logistic regression*, New York, Wiley Interscience, 1990.

19 Voir en Annexes le chapitre sur l'analyse contextuelle en épidémiologie, l'emploi et l'interprétation des modèles multiniveaux.

20 Chaix B., Chauvin P., « L'apport des méthodes d'analyse multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature. », *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, Paris, Masson, 2002, vol. 50, n° 5, pp. 489-499.

Certaines dimensions¹⁶ de santé ont fait l'objet d'analyses « multivariées » qui cherchent à estimer l'association de plusieurs facteurs (caractéristiques des individus et/ou de leurs quartiers de résidence) *simultanément*. Dans ce type d'analyse, l'association d'une caractéristique (par exemple le sexe, l'âge, le statut socio-économique, le fait de vivre dans une Zus, etc.) et de la dimension de santé considérée s'interprète toutes choses égales par ailleurs concernant les autres caractéristiques introduites dans le modèle d'analyse.

Pour les analyses multivariées, deux types de modèles de régression ont été utilisés¹⁷.

D'une part, des modèles de régression logistique ont été estimés, selon les cas, à partir d'une sélection déterminée *a priori* de variables indépendantes ou à la suite d'une sélection pas à pas descendante des variables à retenir dans le modèle final selon la procédure préconisée par Hosmer et Lemeshow et classiquement utilisée en épidémiologie¹⁸.

D'autre part, des modèles mixtes (ou « modèles multiniveaux ») ont été ajustés pour tenir compte de la structure hiérarchique des données (caractéristiques individuelles au niveau 1, type d'îlot de résidence au niveau 2)¹⁹.

Dans la plupart des résultats exposés par la suite, les résultats des deux types de modèle (régression logistique « simple » et modèle multiniveau) sont donnés côte à côte. Comme on pouvait s'y attendre²⁰, les modèles multiniveaux aboutissent à des estimations plus justes que les modèles de régression logistique concernant l'estimation et, surtout, la significativité statistique des paramètres de niveau 2 (le type d'îlot de résidence). En effet, les modèles classiques sous-estiment l'écart-type des paramètres des effets contextuels (niveau 2) parce qu'ils ne tiennent pas compte de la violation de l'hypothèse d'indépendance des observations et négligent le fait qu'un même nombre d'observations fournit de ce fait moins d'information. Les modèles multiniveaux, eux, s'accompagnent d'un risque de première espèce (le risque de conclure à tort à une différence quand il n'y en a pas) plus faible.

D'une manière générale, seuls les résultats statistiquement significatifs sont rapportés (sauf indication contraire) tandis que, en note de bas de tableau, sont listées les variables testées mais non retenues dans les modèles multivariés parce qu'elles n'étaient pas significativement associées au phénomène étudié.

Grille de lecture des tableaux d'analyse multivariée

L'essentiel des résultats des analyses multivariées sont présentés de la façon suivante (ici, un extrait de l'analyse des facteurs associés à la déclaration de limitations fonctionnelles par les personnes interrogées).

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide Variance de l'effet aléatoire			0,10 (p=0,03)	
Modèle 1 Variance de l'effet aléatoire			0,08 (p=0,06)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,007		0,05	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		1,15 (0,86 – 1,54)		1,19 (0,80 – 1,75)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,78 (0,61 – 1,01)		0,83 (0,60 – 1,14)
Modèle 2 Variance de l'effet aléatoire			0,05 (p=0,06)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,02		0,10	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		1,04 (0,75 – 1,44)		1,09 (0,71 – 1,66)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,72 (0,54 – 0,96)		0,77 (0,54 – 1,11)
Âge	<.0001		<.0001	
18 – 29 ans		0,52 (0,61 – 0,86)		0,50 (0,32 – 0,78)
30 – 44 ans		ref		ref
45 – 59 ans		2,29 (1,65 – 3,19)		2,26 (1,68 – 3,04)
60 ans ou plus		3,30 (2,11 – 5,17)		3,31 (2,17 – 5,05)
Sexe	0,67		0,66	
Homme		1,05 (0,83 – 1,33)		1,05 (0,85 – 1,30)
Femme		ref		ref

Que signifient les termes OR et IC 95 % ?

Un « odds ratio » (OR) – ou « rapport de cote » en français – est calculé pour chaque variable explicative : il estime la probabilité (c'est-à-dire la « chance » ou le « risque ») de survenue de l'événement quand on présente cette caractéristique, toutes les autres caractéristiques étant égales par ailleurs. Il s'agit seulement d'une estimation ; c'est pour cela qu'un « intervalle de confiance » (IC 95 %) est également calculé : la « vraie valeur » de ce risque a 95 % de chances de se situer dans cette intervalle.

Pour interpréter un OR, il faut le comparer à la valeur 1. Un OR plus grand que 1 indique une augmentation de la probabilité de survenue de l'événement, tandis qu'un OR de moins de 1 indique une diminution de cette probabilité. Ainsi, dans notre exemple ci-des-

sus, les personnes âgées de 60 ans ou plus ont un risque 3,3 fois plus élevé que celles âgées de 30 à 44 ans (la classe de référence : « ref ») de déclarer une limitation fonctionnelle tandis que celles âgées de 18 à 29 ans ont un risque 0,5 fois plus élevé (c'est-à-dire deux fois plus faible) de déclarer une telle limitation (comparées à la même classe d'âge de référence).

Si l'intervalle de confiance à 95 % comprend la valeur 1 – ou, ce qui revient au même, si la « p value » est supérieure à 0,05, ce qui est exactement la même chose – (c'est le cas par exemple, ci-dessus, de l'intervalle de confiance de l'OR associé au fait d'être un homme plutôt qu'une femme), alors le facteur étudié (ici le sexe) n'est pas significativement associé à l'événement.

nement étudié (ici la limitation fonctionnelle). En effet, nos résultats montrent que les hommes ont entre 0,8 et 1,3 fois plus de chance que les femmes d'être concernés : le rapport de risque estimé n'est pas dif-

férent de 1 dans notre analyse. Une « p value » plus grande que 0,05 ou un intervalle de confiance comprenant la valeur 1 sont synonymes et s'interprètent de la même façon.

Que signifient les différentes mentions de la variance de l'effet aléatoire ?

La variance de l'effet aléatoire, estimée par un modèle logistique multiniveau (colonne de droite) quantifie la variabilité inter-quartier de la dimension étudiée (modèle vide). Entre parenthèses, la valeur « p » indique sa signification statistique (comme toujours, un p inférieur à 0,05 signe une variabilité significative). Habituellement, cette variabilité diminue au fur et à mesure qu'on introduit des facteurs explicatifs dans le modèle. L'importance de cette diminution permet de juger l'importance avec laquelle les facteurs pris en compte (successivement le type de quartier de résidence dans le modèle 1,

puis – en plus – certains facteurs individuels dans le modèle 2) expliquent cette variabilité inter-quartier.

Au total, si la variance inter-quartier reste significative dans le modèle 2, c'est que d'autres facteurs que ceux pris en compte (que ce soit le type de quartier et/ou les caractéristiques individuelles étudiées) restent à découvrir pour l'expliquer. Inversement, si elle ne l'est plus, c'est que les facteurs pris en compte l'expliquent... ou, plus précisément, l'expliquent suffisamment pour qu'elle ne soit plus significative (même si, dans la plupart des cas, cette variance n'est pas strictement égale à 0).

Logement et rapport au quartier de résidence

L'enquête Sirs menée en 2005 a recueilli différentes informations sur la situation « objective » vis-à-vis du logement des personnes vivant dans l'agglomération parisienne, ainsi que des informations subjectives sur la manière dont ces personnes perçoivent leur logement et leur quartier²¹. L'exploitation permet de met-

tre en évidence, sur ces thèmes, des différences entre les résidents des zones urbaines sensibles et ceux des autres types de quartiers considérés. Avant de les expliciter, nous présenterons quelques caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée.

²¹ Dans la suite du document, on emploiera indifféremment les termes « quartier », « îris » ou « îlot de résidence ». Dans l'ensemble des titres de tableaux et de figures, l'appellation « type d'îlot de résidence » a été privilégiée.

Caractéristiques sociodémographiques

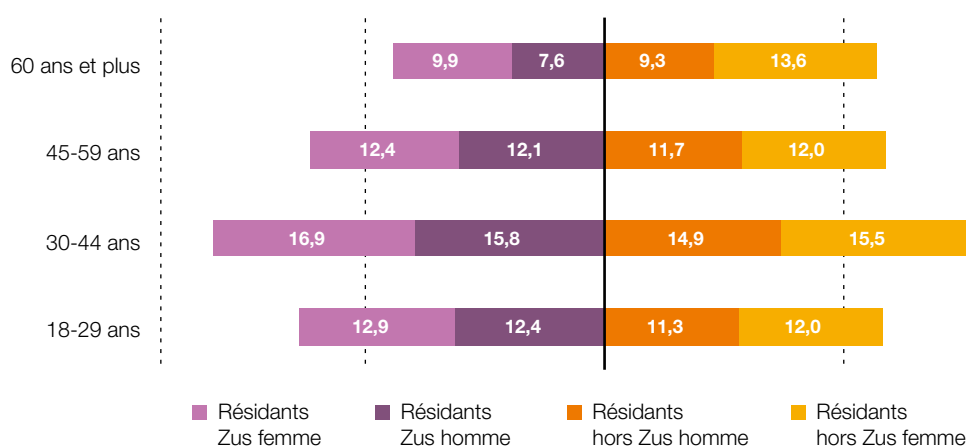
Répartition par âge et sexe

Afin de travailler sur un échantillon représentatif de l'agglomération parisienne et de redresser les quelques biais d'interrogation, l'échantillon des personnes interrogées a été redressé à partir des données du recensement de 1999. La répartition par âge et sexe en fonction du statut du quartier de résidence, représentée ci-dessous, a ainsi fait l'objet de deux calages spécifiques pour les quartiers Zus et hors Zus. On peut constater qu'après calage, les répartitions par âge et sexe en Zus et hors Zus sont assez proches les unes

des autres. La plus grande différence observée concerne les plus de 60 ans qui sont moins nombreux en quartier Zus (17% contre 23%). Cette similitude des distributions par sexe et âge nous a semblé suffisamment importante pour justifier (sauf exception) l'absence de standardisation sur l'âge dans les analyses comparatives qui vont suivre. De fait, quand une telle standardisation (directe ou indirecte) a été faite, les analyses conduisent à des résultats extrêmement proches des analyses brutes.

Répartition par âge et sexe (%) selon le type d'îlot de résidence

Figure 2



Composition des ménages

La composition des ménages enquêtés diffère selon le statut du quartier. La différence est particulièrement marquée lorsque l'on compare les types les plus éloignés. Par rapport aux quartiers hors Zus de type « moyen et supérieur », les Zus présentent en effet des

proportions de familles monoparentales et de couples avec enfant(s) plus importantes (respectivement + 4 points et + 8 points en terme de fréquence); ceci au détriment des ménages d'une seule personne (- 4 points) et des couples sans enfant (- 7 points).

Tableau 4 Répartition des types de ménage par type d'îlot de résidence

Type de ménage	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Famille monoparentale	11,1	8,1	12,2	7,1	8,6
Couple sans enfant	21,1	25,9	18,6	27,7	25,3
Couple avec enfant(s)	49,3	44,2	53,7	41,9	44,9
Ménage d'une seule personne	16,8	18,8	10,4	20,8	18,4
Autre	1,8	3,0	5,1	2,5	2,8

Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p = 0,002$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$

Logement

Les données issues de l'enquête Sirs nous ont permis de construire l'indicateur de surpeuplement utilisé actuellement par l'Insee et défini comme suit :

Le nombre de pièces nécessaires au ménage est calculé de la manière suivante :

- une pièce de séjour pour le ménage
- une pièce pour chaque couple
- une pièce pour les célibataires de 19 ans et plus
- et pour les célibataires de moins de 19 ans :
 - une pièce pour deux enfants s'ils sont du même sexe ou ont moins de 7 ans.
 - sinon, une pièce par enfant.

Un logement auquel il manque une pièce est considéré en surpeuplement modéré. S'il manque deux pièces ou plus, il est en surpeuplement accentué.

À l'inverse, on parle de sous-peuplement modéré si le logement compte une pièce de plus que la norme, de sous-peuplement prononcé s'il compte deux pièces de plus que la norme et de sous-peuplement très accentué s'il compte au moins trois pièces de plus que la norme

Dans les Zus , 22 % de la population vit dans un logement surpeuplé (en surpeuplement modéré ou accentué). Le contraste entre les habitants de Zus et les habitants hors Zus est très marqué, quels que soient les types hors Zus considérés, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 5 Indice de peuplement des logements par type d'îlot de résidence

	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Surpeuplement accentué	9,3	5,0	8,5	4,2	5,7
Surpeuplement modéré	23,8	14,8	12,6	15,3	15,9
Peuplement normal	34,4	32,1	37,8	30,7	32,1
Sous-peuplement modéré	21,7	23,7	23,0	23,9	23,4
Sous-peuplement prononcé	7,9	14,6	12,8	15,0	13,7
Sous-peuplement très accentué	2,9	9,9	5,4	11,0	9,0

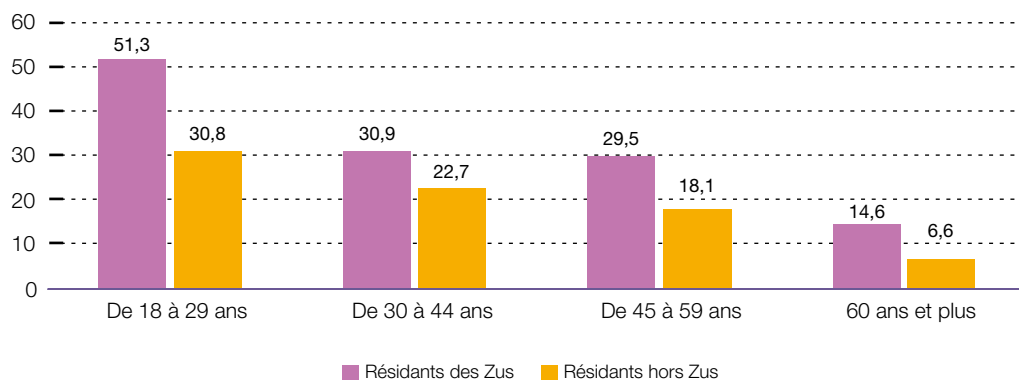
Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p < 0,0001$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$

Le surpeuplement des logements en quartier Zus touche l'ensemble des classes d'âge de la popula-

tion (en prenant pour référence l'âge de la personne interrogée).

Proportion d'habitants en logement surpeuplé par tranche d'âge et par type d'îlot de résidence (%)

Figure 3



En moyenne, le nombre de pièces par logement n'est pas très différent entre les différents types de quartier (voir tableau en Annexes). C'est bien le nombre de personnes par logement qui est à l'origine de ce sur-

peuplement en Zus. En effet, on observe une moyenne de près de 3,4 personnes par logement en Zus contre 2,8 hors Zus.

Nombre moyen de personnes par pièce, de personnes par logement et de pièces par logement en Zus et hors Zus

Figure 4



Le statut de l'occupation est lui aussi bien différent selon le quartier de résidence. Si 45 % des personnes interrogées hors Zus se disent propriétaires de leur loge-

ment, elles sont moins de 18 % dans ce cas dans les zones urbaines sensibles. En quartier de type « moyen et supérieur », cette proportion atteint 49 %.

Tableau 6 Statut d'occupation du logement selon le type de quartier de résidence

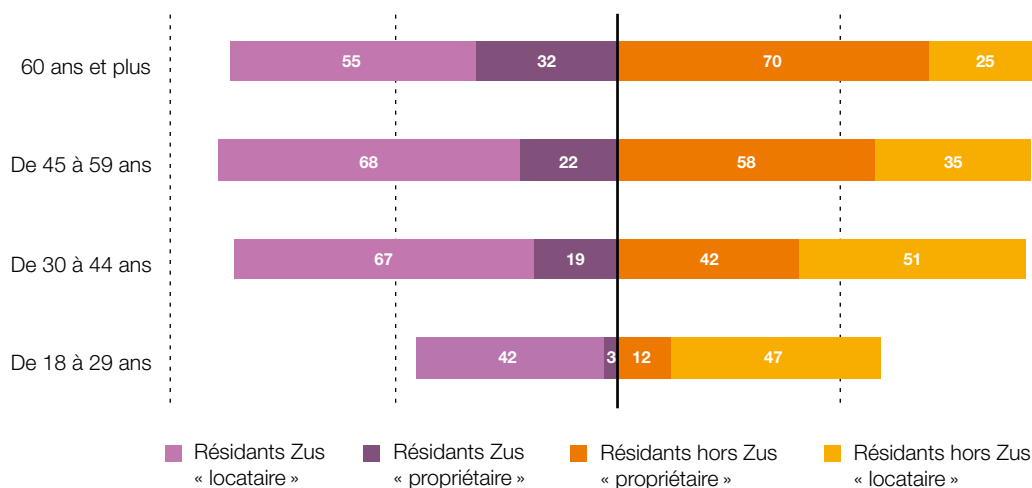
Résidences principales selon le statut de l'occupation	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Propriétaire	17,5	45,1	29,4	48,8	41,5
Locataire	59,1	40,1	49,8	37,8	42,4
Logé gratuitement	23,4	14,8	20,8	13,4	16,1

Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001

Ces différences s'observent à travers toutes les classes d'âge. Au-delà de 45 ans, la majorité des résidents hors Zus sont propriétaires de leur logement : ceci ne concerne qu'un cinquième des cinquantenaires et

un tiers des personnes âgées de plus de 60 ans en Zus. On notera par ailleurs qu'en Zus, les jeunes de 18 à 29 ans sont majoritairement logés à titre gratuit (chez leurs parents principalement).

Figure 5 Répartition du statut d'occupation du logement par classe d'âge (%), selon le type de quartier de résidence



Des problèmes de logement sont davantage évoqués par les habitants des Zus que ceux des autres quartiers. Ainsi, 36 % des personnes interrogées rési-

dant en Zus jugent leur logement trop petit (contre 31 % des résidents hors Zus), et près de 29 % en mauvais état (contre seulement 10 % dans les autres quartiers).

Problèmes de logement cités par type d'îlot de résidence

Tableau 7

« Aujourd'hui, êtes-vous confronté à l'un des problèmes suivants? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Logement trop petit					
Oui, beaucoup	18,6	10,7	11,0	10,6	11,9
Oui, un peu	17,7	20,6	18,7	21,0	20,1
Non, pas vraiment	19,4	14,1	14,1	14,0	14,7
Non, pas du tout	44,2	54,7	56,2	54,3	53,3
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Logement en mauvais état					
Oui, beaucoup	9,2	3,5	5,3	3,0	4,3
Oui, un peu	19,8	7,1	8,8	6,7	8,9
Non, pas vraiment	19,3	13,2	15,7	12,7	14,1
Non, pas du tout	51,6	76,2	70,2	77,6	72,6
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Logement trop cher					
Oui, beaucoup	16,8	11,3	10,9	11,3	11,9
Oui, un peu	25,5	19,8	22,3	19,2	20,5
Non, pas vraiment	23,5	19,4	18,9	19,6	20,1
Non, pas du tout	34,2	49,6	47,9	49,9	47,5
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

À la vue de ces contraintes de logement et de surpeuplement, on peut se demander si les habitants des Zus déménagent plus ou moins souvent que les autres. On observe dans notre étude que la présence moyenne dans le logement actuel est de l'ordre de douze ans quel que soit le type quartier (cf. tableau en Annexes). Mais cet indicateur ne répond pas à la question, entre autres raisons parce que, par définition, les personnes parties avant la date d'enquête n'ont pas été interrogées et que le taux de déménagement dans l'avenir n'est pas connu²². Ces durées moyennes de présence dans le logement recueillies à une seule date parmi les personnes résidentes ne permet donc pas de répondre à la question des flux de déménagement... Des analyses portant sur une période déjà un peu ancienne (1990-1999) ont observé une mobilité résidentielle plus importante dans les Zus (61 % des habitants ayant déménagé au cours de la période) que dans le reste des agglomérations de plus de 20 000 habitants

(53 %)²³. Dans son rapport 2005, l'Onzus concluait que cet écart n'était pas seulement dû au poids du parc locatif des Zus, ni même aux caractéristiques démographiques et sociales de leurs habitants mais probablement avec l'environnement de résidence et son ressenti. Il soulignait aussi le caractère sélectif de cette mobilité résidentielle²⁴. En effet, a contrario, la sédentarité de certains des habitants peut être mise en lien avec des contraintes d'ordre financier qui s'opposent aux vellétés de mobilité résidentielle²⁵ dans l'espace francilien. Certains sociologues parlent ainsi de « captivité résidentielle » pour désigner l'incapacité dans laquelle se trouve une partie de la population de quitter son logement ou son quartier. Soulignons que 42 % des personnes résidentes en Zus interrogées dans notre enquête (contre 31 % dans les autres quartiers) trouvent leur logement trop cher. Par ailleurs, près de 13 % d'entre elles disent ne pas se sentir bien dans leur logement, soit deux fois plus que les habitants hors Zus (6 %).

²² Celui-ci sera estimé tous les 18 mois grâce au suivi prospectif de la cohorte Sirs.

²³ Pan Ké Shon J.L., Portrait statistique des zones urbaines sensibles. Informations sociales, Paris, Caisse nationale d'allocations familiales, 2007, n° 5, pp. 24-32.

²⁴ « La mobilité résidentielle des habitants des Zus entre 1990 et 1999 », Observatoire national des zones urbaines sensibles, Rapport 2005, Saint-Denis, Éditions de la Div, 2005, pp. 117-153.

²⁵ Voir chapitre suivant.

Se sentir bien dans son logement malgré ses inconvénients éventuels, selon le type de quartier

Tableau 8

	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Se sent bien dans son logement	87,4	94,1	91,3	94,7	93,1
Ne se sent pas bien dans son logement	12,6	5,9	8,7	5,3	6,9
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

Pour terminer ce chapitre sur les conditions de logement, on notera que 5 % de la population (de l'ordre de 7 % dans les Zus et moins de 5 % en dehors) ont déjà été au moins une nuit sans domicile au cours de leur vie (hors vacances). Surtout, la durée totale de cette

absence de domicile fixe est très supérieure chez les personnes interrogées en Zus (158 nuits en moyenne) ou en quartier ouvrier (151 nuits) que chez les autres (48 nuits, cf. tableau en Annexes).

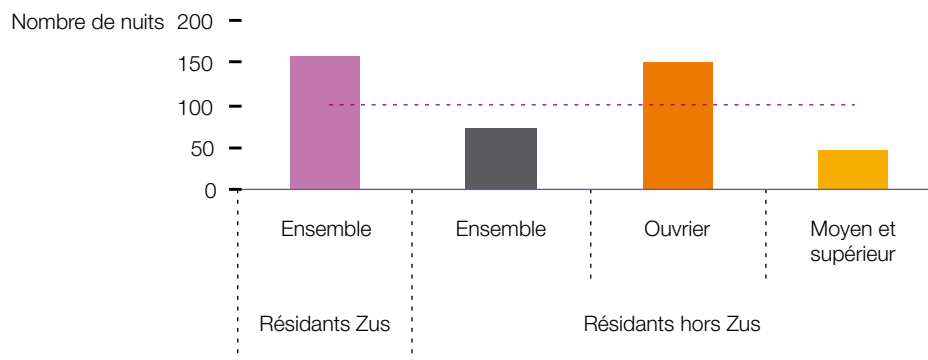
Tableau 9 Proportion de personnes ayant été sans domicile au moins une nuit dans leur vie par type d'îlot de résidence

« Avez-vous été sans domicile au moins une nuit dans votre vie ?* »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Non	92,7	95,3	93,8	95,6	94,9
Oui, une fois	3,8	3,0	3,7	2,9	3,1
Oui, plusieurs fois	3,5	1,7	2,5	1,5	1,9

Tests : Global p=0,08 (NS) ; Zus versus Total p=0,006 ; Zus versus Non Zus p<0,0005

* À la rue ou dans un centre d'hébergement pour sans-abri, hors vacances.

Figure 6 Nombre moyen de nuits passées sans domicile (chez ceux en ayant connu au moins une) au cours de la vie entière, par type d'îlot de résidence



Rapport au quartier

Les habitants en Zus souhaitent déménager pour changer de quartier cinq fois plus souvent que les habitants des autres quartiers (et près de deux fois plus souvent que les habitants des quartiers « ouvriers » hors Zus).

Seulement 49 % des habitants en Zus ne souhaitent pas déménager contre plus de 70 % des habitants des autres quartiers.

Souhaits de déménagement par type d'îlot de résidence **Tableau 10**

« Actuellement, souhaitez-vous déménager ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui, parce que la vie dans votre quartier ne vous plaît pas	17,9	3,7	8,9	2,5	5,8
Oui, pour une autre raison	30,3	23,3	26,0	22,7	24,1
Non, mais vous allez quand même devoir déménager	2,9	2,1	3,1	1,9	2,2
Non	48,9	70,9	62,1	73,0	67,9

Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p < 0,0001$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$

Interrogée sur la réputation du quartier de résidence (c'est-à-dire sur le jugement qu'ont les autres de leur quartier), la grande majorité de la population répond qu'elle est bonne voire très bonne. Mais ce sont tout de même 21 % qui la jugent mauvaise ou très mauvaise et, surtout, des différences très importantes existent selon les quartiers. Dans les Zus en effet, cette opinion est majoritaire puisque leurs habitants sont près de 60 % à juger que leur quartier a une mauvaise ou très mauvaise réputation, contre 35 % en quartiers « ouvriers » hors Zus et moins de 10 % seulement dans les quartiers « moyens » ou « supérieurs ». Cette proportion est simi-

laire à celles observées en janvier 2005 et en janvier 2007 parmi les habitants de l'ensemble des Zus de France métropolitaine (dans l'enquête permanente sur les conditions de vie et dans l'enquête « cadre de vie et sécurité » de l'Insee²⁶). On notera que dans tous les types de quartiers, on trouve des avis positifs et des avis négatifs. Mais la variabilité des jugements au sien des quartiers est relativement faible : il y a de fait un assez bon « consensus », parmi les habitants interrogés dans chaque quartier, sur la réputation de celui-ci²⁷.

²⁶ « Insécurité et sentiment d'insécurité dans les Zus », In Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2007, Saint-Denis, Éditions de la Div, 2007, pp. 114-120.

²⁷ Cette bonne « corrélation intraclasse » permet d'utiliser la réputation moyenne attribuée par les habitants d'un quartier comme une caractéristique contextuelle du quartier : voir l'exemple donné plus bas pour l'obésité.

Réputation du quartier par type d'îlot de résidence **Tableau 11**

« D'une manière générale, quelle est la réputation de votre quartier ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Très bonne réputation	2,3	19,8	5,6	23,2	17,3
Bonne réputation	37,5	66,2	59,2	67,8	62,1
Mauvaise réputation	40,1	12,6	31,5	8,4	16,8
Très mauvaise réputation	19,3	1,2	3,8	0,6	3,8

Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p < 0,0001$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$

Estimer que son quartier a une bonne ou mauvaise réputation ne signifie pas pour autant que l'on partage ce point de vue. D'une manière générale, la relation entre l'appréciation de la réputation et le degré d'accord avec celle-ci n'est pas linéaire. Les habitants sont plus de 95 % à être d'accord lorsqu'ils jugent que la réputation est « bonne » ou « très bonne ». Dans le cas d'une réputation négative en revanche, l'accord est moins fréquent. Il est de plus intéressant de noter que ceux qui jugent de façon extrême (« très mauvaise ») la répu-

tation faite à leur quartier sont plus nombreux (75 %) à partager ce point de vue que ceux qui la jugent certes négative mais de façon plus modérée (« mauvaise ») : seuls 56 % de ces derniers sont effectivement d'accord avec cette mauvaise réputation. On observe dans les Zus le même profil de corrélation : parmi les personnes estimant que leur quartier a une « très mauvaise » ou une « mauvaise » réputation, respectivement 27 % et 38 % ne partagent pas ce point de vue.

Tableau 12 Réputation du quartier et appréciation personnelle

« D'une manière générale, quelle est la réputation de votre quartier ? »	« Partagez-vous ce point de vue ? »				Population totale
	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout	
Très bonne réputation	88,2	10,8	0,9	0,1	17,3
Bonne réputation	54,0	43,2	2,3	0,5	62,1
Mauvaise réputation	26,6	29,0	30,9	13,5	16,8
Très mauvaise réputation	59,4	15,7	12,0	12,9	3,8
Total	55,5	34,2	7,2	3,1	

Tests : Global p<0,0001

Tableau 13 Réputation du quartier et appréciation personnelle, parmi les résidents Zus

« D'une manière générale, quelle est la réputation de votre quartier ? »	« Partagez-vous ce point de vue ? »				Population Zus totale
	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non, plutôt pas	Non, pas du tout	
Très bonne réputation	90,0	10,0	0,0	0,0	2,3
Bonne réputation	43,5	49,2	5,7	1,6	37,5
Mauvaise réputation	28,5	33,8	24,3	13,4	40,9
Très mauvaise réputation	60,8	12,6	12,9	13,7	19,3
Total	41,8	34,9	14,6	8,7	

Tests : Global p<0,0001

28 Une proportion difficile à estimer (sans recourir à une analyse spatiale plus fine) de ces réponses négatives est juste puisque certaines personnes peuvent habiter dans un îlot majoritairement classé en Zus mais dans une partie de cet îlot qui, lui, ne l'est effectivement pas (les contours des Zus ne coïncidant pas avec la trame des îlots Iris de l'Insee retenue pour la constitution de l'échantillon).

La question de la stigmatisation et, plus généralement, des conséquences de la « labellisation » en Zus pour les habitants des quartiers concernés a été soulevée par plusieurs sociologues urbains. On observe que seule une petite moitié des habitants en Zus sait que son logement est localisé dans un quartier classé

en Zus tandis que 29 % répondent par la négative²⁸ et un quart ne sait pas répondre (la proportion de personnes ne sachant pas répondre à cette question est semblable dans les quartiers ouvriers hors Zus mais deux fois moindre dans les autres quartiers, moyens et supérieurs).

Tableau 14 Connaissance du classement en Zus du quartier de résidence par type d'îlot de résidence

« Votre logement est-il localisé dans un quartier classé en Zus ou, plus largement, dans un quartier dépendant de la Politique de la ville ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	44,6	9,00	22,5	5,7	14,2
Non	29,1	75,7	52,0	81,4	69,0
Ne sait pas	26,3	15,3	25,5	12,9	16,8

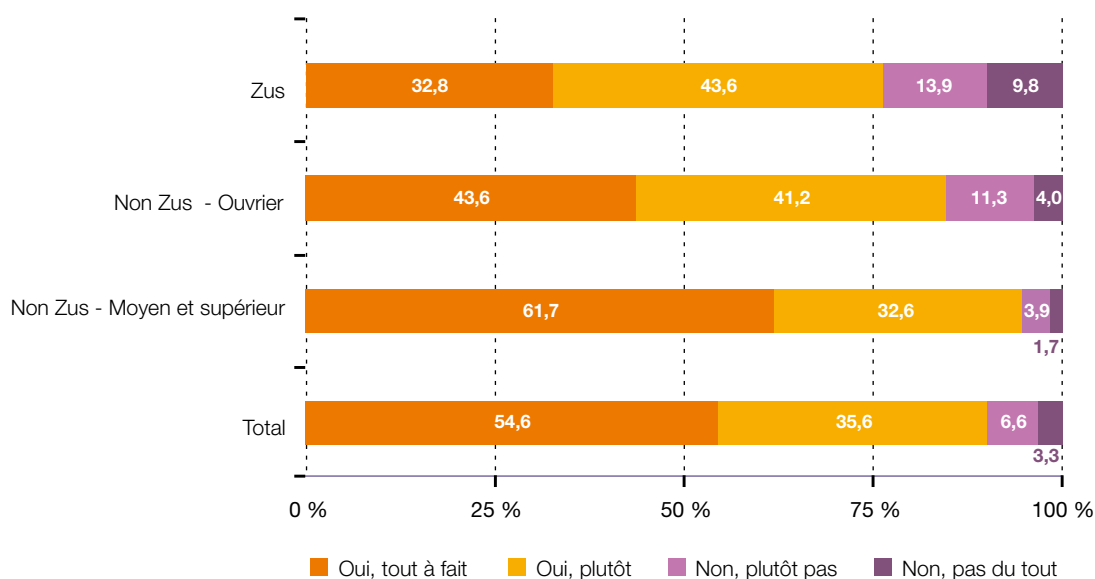
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001

La grande majorité de la population de l'agglomération parisienne dit se sentir bien dans son quartier (55 % « tout à fait » et 36 % « plutôt »). Mais cette satisfaction générale est plus rare dans les quartiers de type ouvrier hors Zus et plus rare encore dans les Zus : là, en effet, 20 % ne s'y sentent pas bien (contre seulement 8 % dans les quartiers de type « moyen » et 4 % pour le type « supérieur »). Les habitants des Zus se sentent

significativement moins souvent bien dans leur quartier : ils sont près de deux fois plus nombreux à s'y sentir plutôt pas bien ou pas bien du tout que dans les quartiers ouvriers et quatre fois plus nombreux que dans les quartiers moyens ou supérieurs. Dans ces quartiers, moins de 2 % des habitants déclarent ne s'y sentir pas du tout bien alors que près de 10 % des habitants en Zus ont ce sentiment.

Sentiment de se sentir bien dans son quartier par type d'îlot de résidence

Figure 7



Pour autant, ce sentiment ne peut pas être mis en lien avec des différences dans les qualités des relations de voisinage. Interrogés sur ce sujet, les habitants des différents types de quartier ne donnent pas, en effet, de réponses très différentes. Au total, au moins trois personnes sur quatre jugent très bonnes ou bonnes dans l'ensemble des quartiers. Dans les Zus, ce pour-

centage (75,3 %) est légèrement plus faible que dans les autres quartiers (80,2 %) tandis que des relations contrastées (bonnes avec certains, mauvaises avec d'autres) sont plus fréquentes (près de 15 % contre 9,5 % dans les autres quartiers). Les relations très mauvaises sont rares et de fréquence identique dans tous les quartiers (0,1 % des répondants).

Qualité des relations avec les voisins selon le type d'îlot de résidence

Tableau 15

« Que diriez-vous de vos relations avec vos voisins ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Elles sont très bonnes	22,9	30,7	31,5	30,4	29,6
Elles sont plutôt bonnes	52,4	49,5	47,9	49,9	50,0
Elles sont plutôt mauvaises	1,3	0,8	1,5	0,7	0,9
Elles sont très mauvaises	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Bonnes avec certains, mauvaises avec d'autres	14,9	9,5	9,7	9,4	10,2
Vous n'avez aucune relation avec eux	8,3	9,4	9,4	9,4	9,2

Tests : Global $p=0,009$; Zus versus Total $p<0,0001$; Zus versus Non Zus $p<0,0001$

Ceci étant, la qualité des relations de voisinage est sans doute particulièrement importante à considérer dans les Zus (et les quartiers de type ouvrier) puisque les réseaux amicaux y apparaissent plus souvent qu'ailleurs concentrés sur le quartier de résidence : près de 19 % des habitants en Zus (et 17 % des habitants en quartier ouvrier) signalent en effet que plus de la moitié de

leurs amis habitent dans leur quartier contre moins de 10 % des habitants des quartiers moyens et supérieurs. À l'échelle communale, ces différences persistent. Au total, 34 % des habitants en Zus (et 27 % des habitants en quartier ouvrier) comptent plus de la moitié de leurs amis dans leur quartier ou dans leur commune de résidence contre 22 % des habitants des autres quartiers.

Tableau 16 Distribution territoriale des réseaux amicaux par type d'îlot de résidence

« Parmi vos amis (hors membres du ménage), certains habitent-ils... »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
<i>... dans le même quartier que vous ?</i>					
Oui, la plupart (plus de la moitié)	18,6	11,2	17,2	9,8	12,4
Oui, certains (moins de la moitié)	30,0	34,6	30,2	35,6	33,9
Non, aucun	51,4	54,2	52,6	54,6	53,7
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
<i>... hors du quartier mais dans la même commune (arrondissement pour Paris) que vous ?</i>					
Oui, la plupart (plus de la moitié)	15,3	11,5	9,9	11,9	12,0
Oui, certains (moins de la moitié)	33,9	33,1	37,5	32,1	33,3
Non, aucun	50,8	55,4	52,6	56,0	54,7
Tests : Global p=0,04 ; Zus versus Total p=0,018 ; Zus versus Non Zus p=0,0034					

En revanche, ce sentiment de « mal-être » dans les quartiers Zus peut être mis en lien avec une autre dimension subjective : la perception de l'évolution générale du quartier. Un tiers des habitants en Zus ont le sentiment que la situation générale de leur quartier se dégrade. Ce sentiment est partagé dans une proportion un peu inférieure mais toute aussi notable (27 %) par les habitants des quartiers ouvriers hors Zus tandis qu'il est deux fois moins fréquent dans les autres quartiers (14 %). Il s'agit donc d'un sentiment – certes minoritaire mais assez

fréquent – de « décrochage » de l'ensemble des quartiers populaires.

Il convient néanmoins, et parallèlement, de signaler que les habitants des Zus sont aussi les plus nombreux à estimer que la situation de leur quartier s'améliore. Ils sont en effet 29 % dans ce cas, soit 8 points de plus que dans les quartiers ouvriers et 7 points de plus que dans les quartiers moyens ou supérieurs. Les réponses sur l'évolution de la situation du quartier semblent donc plus « polarisées » dans les Zus que dans les autres quartiers.

Tableau 17 Perception de l'évolution de la situation générale du quartier, par type d'îlot de résidence

« Aujourd'hui diriez-vous que la situation générale de votre quartier ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
La situation s'améliore	29,2	21,8	21,1	21,9	22,9
La situation se dégrade	32,8	16,6	26,7	14,1	19,0
La situation est stable	38,0	61,7	52,3	63,9	58,1
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

Dans les Zus, l'opinion sur l'évolution de son quartier s'avère liée à la connaissance qu'ont les personnes – ou non – de ce statut conféré à leur quartier. Ainsi, les personnes qui savent que leur quartier est classé en Zus sont plus nombreuses encore à émettre un jugement

négalif sur son évolution et moins nombreuses à juger la situation stable. Est-ce là le signe, simplement, d'une plus grande attention à cette évolution ou, plus profondément, d'espairs déçus de la part des habitants ?

Perception de l'évolution de la situation générale du quartier en fonction de la connaissance du classement en Zus du quartier de résidence, au sein des quartiers Zus

Tableau 18

«Aujourd'hui, diriez-vous que la situation générale de votre quartier... ?»	Connaissance du classement en Zus du quartier de résidence			Population Zus totale
	Oui	Non	Ne sait pas	
S'améliore	27,6	35,4	25,0	29,2
Se dégrade	42,5	21,4	29,0	32,8
Est stable	29,9	43,2	46,0	38,0

Tests : Global $p < 0,0001$

Situation sociale

Nous ne présenterons pas ici dans le détail les caractéristiques socioéconomiques des résidents de l'agglomération parisienne, ni les différences observées selon qu'ils résident ou non dans des zones urbaines sensibles. D'autres sources d'information, en particulier les rapports de l'Observatoire national des Zus, offrent déjà en effet des tableaux descriptifs sur ces thèmes.

Pour information, certaines de ces données sont néanmoins fournies par type de quartiers en Annexes. On pourra utilement s'y rapporter, notamment pour des caractéristiques recueillies dans l'enquête SIRS de 2005 et qui ne font pas l'objet de statistiques couramment collectées telles que la situation professionnelle du père

des personnes interrogées quand elles avaient 16 ans, ou encore la maîtrise du français.

Il nous semble toutefois intéressant d'exposer ici quelques données, rarement (voire jamais) interrogées dans des enquêtes représentatives, sur l'insertion sociale et sur les conditions de socialisation des Franciliens. Nous nous intéresserons plus particulièrement à différentes dimensions des liens sociaux, ainsi qu'à une série d'événements difficiles vécus durant l'enfance ou à l'âge adulte. Un focus particulier sera par la suite effectué sur la situation des familles monoparentales, avant d'aborder les questions de santé et de recours aux soins.

Difficultés dans l'enfance

Dans la mesure où l'intégration sociale et le bien-être des personnes renvoient non seulement à leur situation présente mais également à leur trajectoire biographique, plusieurs questions ont été posées en 2005 sur les relations familiales et quelques difficultés vécues avant l'âge de 18 ans.

Les adultes vivant actuellement dans une Zus ont globalement été, dans leur enfance, plus souvent confrontés que les autres à des difficultés matérielles. Ainsi, pour 23 % d'entre eux, leur famille a eu à cette époque de gros problèmes d'argent (contre 18 % pour celles qui ne vivent pas dans une Zus), et pour 9 % de graves problèmes de logement (contre 5 % hors Zus). De plus, 10 % d'entre elles ont eu un parent connaissant une période de chômage prolongé (contre 8 % hors Zus).

Concernant l'instabilité familiale, la proportion de personnes ayant vécu avant 18 ans le divorce de leurs parents ne diffère pas significativement selon le type de quartier, pas plus que celui de personnes dont les parents avaient de graves disputes. En revanche, le fait que leurs parents n'aient jamais vécu ensemble concerne davantage les personnes vivant dans une Zus (2,5 %) ou un quartier ouvrier (2,1 %) que les résidents de quartiers moyens ou supérieurs (1,4 %) (cf. tableaux en Annexes).

De plus, les personnes résidant en Zus ou dans un quartier ouvrier ont plus souvent vécu, durant leur enfance, le décès d'un de leurs parents ainsi que le décès de l'un de leurs frères ou sœurs. Toujours de façon statistiquement significative, les adultes qui vivent actuellement en Zus sont plus nombreux à avoir été placés, même provisoirement, dans une famille d'accueil, une institution ou un foyer (par la Ddass, l'Ase ou la PJJ) : 4 % sont dans ce cas, contre 2 % parmi les personnes qui vivent dans un quartier de type ouvrier,

et 2 % dans un quartier de type moyen ou supérieur. Ils sont également plus nombreux à avoir été suivis avant l'âge de 18 ans par un juge des enfants (2 % contre 1 % dans les quartiers hors Zus), plus nombreux à avoir été suivis par un éducateur (2 % contre 1 %) et plus nombreux aussi à avoir eu affaire à la police avant l'âge de 18 ans (8 % contre 5 %).

Les violences vécues durant l'enfance peuvent être diverses. Notamment, 16 % de la population ont été confrontés à de graves disputes entre leurs parents, 15 % ont vécu dans une zone de guerre ou de conflit, et 2 % ont été victimes d'abus sexuels – sans différences significatives selon le quartier de résidence à l'âge adulte. D'autres indicateurs présentent des variations selon le type de quartier. Ainsi, 5 % des résidents de Zus rapportent avoir subi des mauvais traitements avant l'âge de 18 ans, soit plus souvent que dans les autres quartiers ouvriers (4 %) et moyens ou supérieurs (3 %). De même, 5 % d'entre eux rapportent que leur mère a subi de mauvais traitements durant leur enfance, contre 4 % dans les quartiers de type moyen ou supérieur.

Finalement, lorsqu'on demande aux enquêtés une appréciation globale sur leur enfance et sur leur adolescence, la majorité jugent qu'elles ont été heureuses, mais ce constat apparaît toutefois mitigé et diffère selon le lieu où les personnes résident aujourd'hui. Ainsi, dans les Zus, 12 % estiment que leur enfance n'a « plutôt pas », voire « pas du tout », été heureuse (contre 9 % hors Zus). Le jugement est encore plus défavorable lorsqu'il porte sur l'adolescence : 13 % estiment que leur adolescence n'a plutôt pas été heureuse (contre 13 % hors Zus), et 6 % qu'elle n'a pas du tout été heureuse (contre 3 %). *A contrario*, ce sont dans les quartiers ouvriers que les personnes déclarent le plus souvent avoir eu une enfance tout à fait heureuse. Rappelons qu'il s'agit de dimensions éminem-

ment subjectives qui répondent à la fois aux normes individuelles, culturelles et familiales dans lesquelles chacun a passé son enfance, à la distance éventuellement prise à l'âge adulte avec celles-ci et, plus

généralement, au travail permanent de reconstruction identitaire et sociale qui sous-tend toute appréciation de son histoire passée.

Tableau 19 **Appréciation portée sur son enfance et son adolescence, selon le lieu de résidence à l'âge adulte**

	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
« Diriez-vous que votre enfance a été heureuse ? »					
Oui, tout à fait	52,8	55,2	58,9	54,4	54,9
Oui, plutôt	35,2	35,3	28,5	37,0	35,3
Non, plutôt pas	7,8	7,1	8,7	6,7	7,2
Non, pas du tout	4,3	2,3	3,9	1,9	2,6
Tests : Global p=0,001 ; Zus versus Total p=0,036 ; Zus versus Non Zus p=0,004					
« Diriez-vous que votre adolescence a été heureuse ? »					
Oui, tout à fait	41,2	44,7	51,2	43,1	44,2
Oui, plutôt	40,6	39,5	34,7	40,6	39,6
Non, plutôt pas	12,7	13,1	9,4	13,9	13,0
Non, pas du tout	5,6	2,8	4,8	2,4	3,2
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p=0,0035 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

Violences subies à l'âge adulte

Dans l'ensemble, 4 % de la population dit avoir été victime de violences physiques ou sexuelles depuis l'âge de 18 ans, et ce sans différences significatives selon le type de quartier. De plus, 8 % évoquent des violences psychologiques ou morales – les personnes vivant actuellement en Zus un peu plus souvent que les résidents de quartiers de type moyen et supérieur (10 %

contre 8 %). En revanche, des différences entre types de quartier sont plus marquées quant au fait d'avoir, à l'âge adulte, été régulièrement privé de liberté et d'autonomie par des membres de sa famille : cela concerne 3 % des résidents de quartiers moyens ou supérieurs, 4 % des quartiers ouvriers non Zus, et 5 % des personnes vivant en Zus.

Tableau 20 **Violences vécues depuis l'âge de 18 ans, selon le type de quartier**

« En ce qui concerne votre vie adulte, nous allons aborder certains types d'événements difficiles. »					
« Pouvez-vous nous dire pour chacun d'eux si vous les avez déjà vécu après l'âge de 18 ans ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Vous avez été victime de violences physiques ou sexuelles					
Oui	4,7	4,4	3,6	4,6	4,4
Non	95,3	95,6	96,4	95,4	95,6
Tests : Global p=0,45 (NS) ; Zus versus Total p=0,76 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,73 (NS)					
Vous avez été victime de violences psychologiques ou morales					
Oui	10,3	8,2	9,2	7,9	8,4
Non	89,7	91,8	90,8	92,1	91,6
Tests : Global p=0,25 (NS) ; Zus versus Total p=0,07 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,04					
Vous avez été régulièrement privé de liberté et d'autonomie par des membres de votre famille					
Oui	4,6	3,0	3,9	2,8	3,2
Non	95,4	97,0	96,1	97,2	96,8
Tests : Global p=0,068 (NS) ; Zus versus Total p=0,03 ; Zus versus Non Zus p=0,01					

Difficultés dans la vie de couple et relations avec ses enfants

Dans le domaine conjugal, les résidents de Zus ne se distinguent pas des résidents hors Zus en ce qui concerne l'expérience du divorce ou de la séparation (qui concerne 31 % de la population totale) ni du décès d'un ancien conjoint (5 %). Ils sont en revanche, et de façon statistiquement significative, deux fois plus nombreux à avoir vécu un éloignement géographique de leur conjoint d'au moins un an (2 % contre 1 % pour les résidents hors Zus).

La question de la violence conjugale et familiale est toujours une question difficile à aborder, en raison notamment des biais de déclaration considérés généralement comme étant plus forts sur ce thème que sur d'autres. Gardant cela à l'esprit, quelques observations peuvent néanmoins être effectuées.

Concernant tout d'abord la violence au sein du couple au moment de l'enquête, tous les types de quar-

tiers présentent des taux de violence similaires. Mais si l'on interroge les personnes sur des expériences qu'elles ont vécues par le passé, celles résidant en Zus s'avèrent plus nombreuses à avoir vécu des violences dans leur couple ou leur famille. Ainsi, 11 % ont subi des comportements violents de la part de leur conjoint (contre 8 % dans les quartiers ouvriers et 6 % dans les quartiers moyens et supérieurs) ; et 4 % disent avoir été violents à l'encontre de leur conjoint (contre 3 % dans les quartiers ouvriers et 2 % dans les quartiers moyens ou supérieurs). Les habitants de Zus relatent également plus fréquemment des violences à l'encontre de leurs enfants : 6 % disent qu'auparavant, leur conjoint a eu des comportements violents contre leurs enfants (contre 3 % en moyenne en dehors des Zus), et 3 % relatent avoir été eux-mêmes violents contre leurs enfants (contre 1 % hors Zus).

Fréquence des violences intrafamiliales au cours de la vie de couple, selon le type du quartier de résidence

Tableau 21

« Au cours de votre (ou vos) vie(s) de couple, avez-vous vécu les événements suivants* ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Comportements violents de votre conjoint à votre égard					
<i>Oui, actuellement</i>	0,7	0,8	1,3	0,7	0,8
<i>Oui, auparavant</i>	11,4	6,2	7,5	5,9	6,9
<i>Non</i>	88,0	93,0	91,2	93,4	92,3
Tests : Global p=0,006 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Comportements violents de votre part à l'égard de votre conjoint					
<i>Oui, actuellement</i>	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
<i>Oui, auparavant</i>	4,3	2,5	3,2	2,3	2,7
<i>Non</i>	95,4	97,2	96,4	97,4	97,0
Tests : Global p=0,48 (NS) ; Zus versus Total p=0,049 ; Zus versus Non Zus p=0,02					
Comportements violents de votre conjoint à l'égard de vos enfants (si a eu des enfants)					
<i>Oui, actuellement</i>	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2
<i>Oui, auparavant</i>	6,0	2,5	3,0	2,4	3,0
<i>Non</i>	94,0	97,3	96,7	97,4	96,8
Tests : Global p=0,1 (NS) ; Zus versus Total p=0,005 ; Zus versus Non Zus p=0,001					
Comportements violents de votre part à l'égard de vos enfants (si a eu des enfants)					
<i>Oui, actuellement</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Oui, auparavant</i>	2,5	1,0	0,4	1,1	1,1
<i>Non</i>	97,5	99,0	99,6	98,9	98,9
Tests : Global p=0,06 (NS) ; Zus versus Total p=0,008 ; Zus versus Non Zus p=0,005					
Comportements violents de l'un de vos enfants envers vous-même (si a eu des enfants)**					
<i>Oui, actuellement</i>	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
<i>Oui, auparavant</i>	1,0	0,6	0,5	0,6	0,6
<i>Non</i>	99,0	99,3	99,3	99,3	99,3
Tests : pas de différences significatives					

* Pour tous ceux qui ont vécu en couple au moins une fois ou connaissent une relation sentimentale.

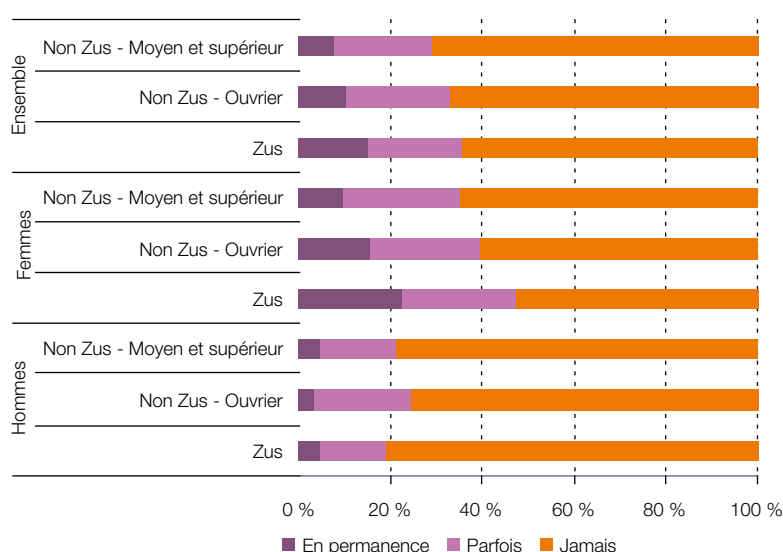
** Pour les personnes qui ont des enfants de plus de 6 ans.

De même, c'est en Zus et, dans une moindre mesure dans les quartiers ouvriers, que les femmes estiment le plus souvent que leur ancien conjoint les dévalorisait ou les rabaissait (dans une précédente vie de couple) : 47 % des femmes vivant en Zus estiment que c'était le cas en permanence (22,5 %) ou parfois (24,7 %). Cette proportion est de 40 % dans les quartiers ouvriers et de 35 % dans les quartiers moyens ou supérieurs. Chez

les hommes en revanche, on observe une tendance différente : ceux qui vivent en Zus sont les moins nombreux à rapporter ce sentiment d'avoir été rabaissé ou dévalorisé durant une précédente vie de couple : ils sont 19 % dans ce cas, contre 24 % dans les quartiers moyens (les hommes vivant dans un quartier moyen ou supérieur étant en position intermédiaire, avec 21 %).

Figure 8

Sentiment d'avoir été dévalorisé par son conjoint lors d'une précédente vie de couple, selon le sexe et le type de quartier



Par ailleurs, les personnes vivant actuellement en Zus, de même que celles vivant dans un quartier ouvrier hors Zus, disent deux fois plus souvent que les autres

avoir connu par le passé l'alcoolisme ou la toxicomanie de leur conjoint (6 %, contre 3 % dans les quartiers moyens et supérieurs).

Tableau 22

Fréquence d'autres événements indésirables vécus au cours de la vie de couple, selon le type du quartier de résidence

«Au cours de votre (ou vos) vie(s) de couple, avez-vous vécu les événements suivants*»	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Maladie grave de votre partenaire					
Oui, actuellement	3,8	4,0	5,9	3,5	4,0
Oui, auparavant	10,2	9,9	9,5	10,1	10,1
Non	86,0	86,1	84,7	86,4	85,9
Tests : Global p=0,32 (NS) ; Zus versus Total p=0,98 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,97 (NS)					
Alcoolisme ou toxicomanie de la part de votre conjoint					
Oui, actuellement	0,9	0,3	0,1	0,4	0,4
Oui, auparavant	6,0	3,8	6,2	3,3	4,1
Non	93,2	95,8	93,7	96,3	95,5
Tests : Global p=0,009 ; Zus versus Total p=0,026 ; Zus versus Non Zus p=0,005					

* Pour tous ceux qui ont vécu en couple au moins une fois ou connaissent une relation sentimentale.

Socialisation

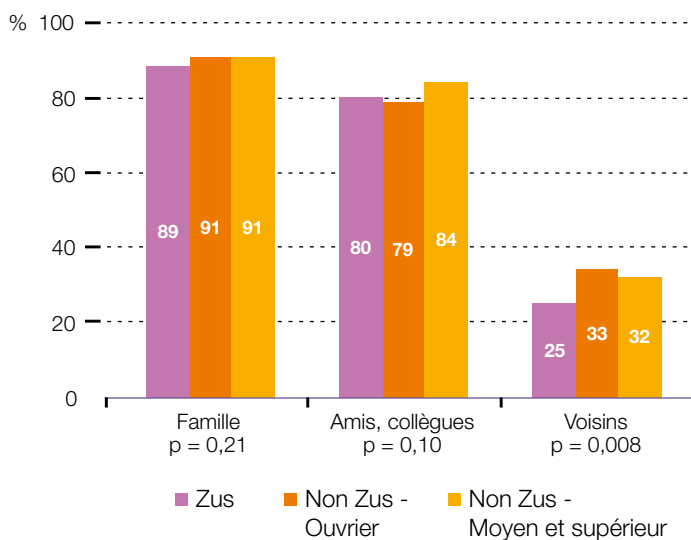
Soutien social

Pour aborder la question du soutien social, nous considérons ici le sentiment de pouvoir compter sur un proche pour être aidé dans l'un ou l'autre de ces domaines : pour trouver du travail, pour être aidé financièrement ou matériellement, pour un coup de main dans la vie quotidienne, ou encore pour un soutien moral ou affectif. Dans l'ensemble, ce sentiment est partagé dans les mêmes proportions quel que soit le type de quartier : seuls 5 % des Franciliens estiment ne pouvoir compter sur aucun proche pour être aidé dans ces domaines. La famille reste la source principale du soutien social potentiel : 91 % de la population disent pouvoir compter

sur un membre de leur famille. Sur ce point également, on ne note pas de différence significative selon le type de quartier. En revanche, les habitants des Zus bénéficient moins souvent que la moyenne d'un soutien potentiel de la part de leurs amis et, surtout, de la part de leurs voisins. Ils ne sont en effet que 25 % à estimer pouvoir compter sur leurs voisins pour être aidés dans l'un ou l'autre des domaines considérés, contre 32 % dans les quartiers moyens ou supérieurs. La situation des quartiers ouvriers hors Zus est sur ce point particulière, présentant le plus fort taux de soutien social entre voisins (34 %).

Pouvoir compter sur de la famille, des amis ou collègues, et des voisins pour être aidé, selon le type de quartier de résidence

Figure 9

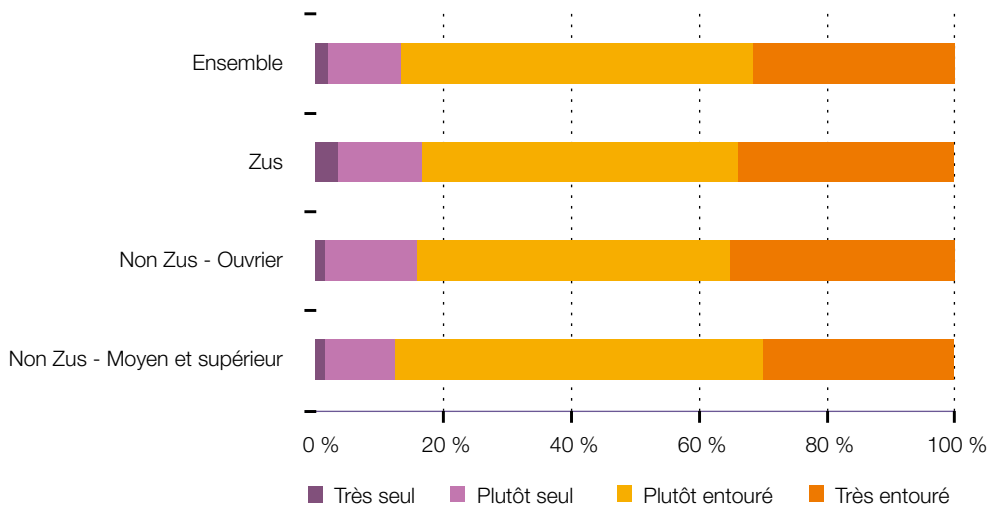


Isolement social

Le sentiment d'isolement lui aussi apparaît plus fréquent dans les Zus et les quartiers ouvriers. Environ 16 % de la population disent se sentir, d'une manière générale, « très seuls » ou « plutôt seuls », contre 13 % dans les quartiers de type moyen ou supérieur. Mais

le sentiment de grand isolement est deux fois plus fréquent dans les Zus que dans les autres types de quartier, 4 % des résidents de Zus estimant se sentir « très seuls » (contre 2 % en moyenne dans les autres quartiers).

Figure 10 Sentiment d'être isolé ou entouré selon le type de quartier



Sentiment d'appartenance à une communauté

Autre forme de lien social, plus symbolique celle-ci, le sentiment d'appartenance à une communauté. Dans l'ensemble, un peu plus d'un Francilien sur quatre a le sentiment d'appartenir à une communauté ethnique ou religieuse. C'est plus souvent le cas dans les Zus, où 35 % des habitants ont ce sentiment, tandis qu'en dehors des

Zus, les quartiers de type ouvrier ne se distinguent pas des quartiers de type moyen ou supérieur (où respectivement 26 % et 28 % des résidents ont ce sentiment). Par ailleurs, 9 % de la population a le sentiment d'appartenir à un autre type de communauté – sans différence significative, cette fois, selon le type de quartier.

Rapport à la religion

On notera également que si 19 % des adultes de l'agglomération parisienne disent avoir une pratique religieuse régulière, cette pratique régulière est deux fois plus fréquente dans les Zus (30 %) que dans les quartiers

moyens ou supérieurs (16 %). Et c'est dans ces derniers que se trouvent le plus de personnes déclarant n'avoir ni pratique ni sentiment d'appartenir à une religion (36 %, contre 25 % dans les Zus).

Rapport à la religion, selon le type de quartier

Tableau 23

« Vis-à-vis de la religion avez-vous... »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Une pratique religieuse régulière	30,3	16,8	20,4	16,0	18,8
Une pratique religieuse occasionnelle	16,7	18,5	20,3	18,1	18,4
Pas de pratique mais le sentiment d'appartenir à une religion	28,3	30,3	32,4	29,8	30,1
Ni pratique ni sentiment d'appartenance	24,6	34,3	26,9	36,1	32,8

Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p < 0,0001$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$

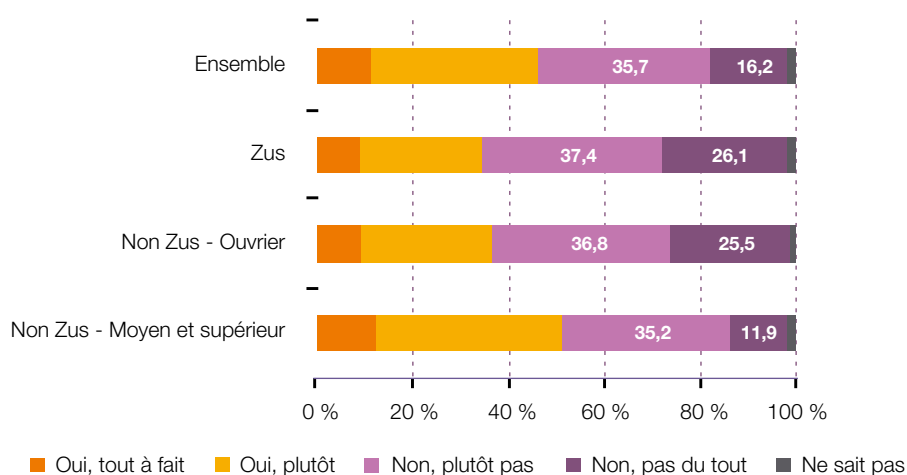
Rapport aux institutions

Les personnes vivant dans une Zus, comme les résidents des quartiers hors Zus de type ouvrier, apparaissent dans une situation plus critique que la moyenne en ce qui concerne la connaissance de leurs droits et le

sentiment que ceux-ci sont respectés dans la société. En outre, les deux tiers d'entre eux estiment qu'ils ne sont pas suffisamment informés de tous leurs droits, contre 47 % dans les quartiers moyens ou supérieurs.

Sentiment d'être suffisamment informé de ses droits, selon le type de quartier

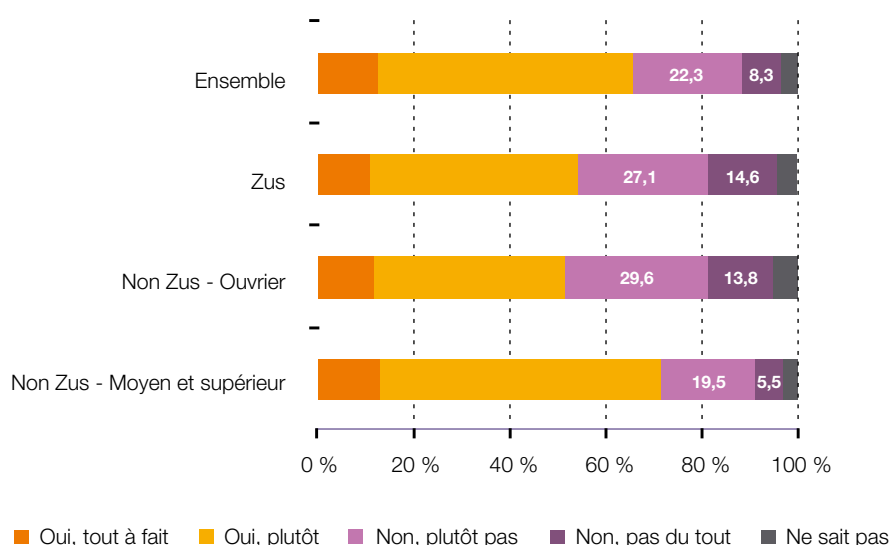
Figure 11



Dans l'ensemble, 31 % des adultes de l'agglomération ne pensent pas que leurs propres droits sont respectés dans la société actuelle. Cette pro-

portion est encore plus importante dans les Zus, où elle atteint 42 %, et dans les quartiers ouvriers hors Zus (43 %).

Figure 12 Sentiment que ses propres droits sont respectés dans la société actuelle, selon le type de quartier



Les personnes résidant en Zus rapportent plus fréquemment que les autres qu'elles ont été victimes de racisme ou de discriminations. Un tiers d'entre elles en effet estiment avoir subi au cours des douze derniers

mois des discriminations liées à la couleur de leur peau ou à leur origine géographique, alors que cela concerne une personne sur cinq dans les quartiers de type moyen ou supérieur.

Tableau 24 Fréquence de discrimination ou de racisme au cours de l'année écoulée, selon le type de quartier de résidence

Au cours de l'année écoulée, dans les différents domaines de votre vie personnelle et sociale, avez-vous été personnellement victime de discrimination ou de racisme ?	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui, souvent	11,4	6,2	8,9	5,5	6,9
Oui, de temps en temps	22,1	16,4	19,5	15,7	17,2
Non	66,4	77,4	71,6	78,8	75,8

Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001

Pour tous les types de discrimination interrogés, les différences sont significatives entre les Zus et les autres types de quartier et leur fréquence rapportée est supérieure dans les Zus que dans les quartiers ouvriers.

Au total, c'est le racisme (lié à la couleur de peau ou aux origines géographiques) qui est – et de loin – le plus souvent rapporté : 20,6 % des habitants en Zus déclarent en avoir été victimes, souvent ou de temps en

temps, au cours de l'année écoulée. Les autres motifs de discriminations sont plus rarement rapportés mais ce sont tout de même 11,4 % des habitants qui rapportent avoir été victimes de discriminations liées à leur lieu de résidence, 8 % liées à leur genre, 6,9 % liées à

leur situation socioéconomique, 4,4 % à leurs opinions, activités politiques ou syndicales et 3,4 % à leur état de santé (ce dernier étant le plus rarement cité des motifs de discrimination interrogés).

Fréquence de discrimination au cours de l'année écoulée, selon le type de quartier de résidence

Tableau 25

« Au cours de l'année écoulée, dans les différents domaines de votre vie personnelle et sociale, avez-vous été personnellement victime de... ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Racisme lié à votre couleur, origine géographique, etc.					
Oui, souvent	4,9	2,2	4,2	1,7	2,8
Oui, de temps en temps	15,7	9,5	16,7	7,8	11,0
Non	79,4	88,3	79,1	90,5	86,2
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Discriminations liées à votre lieu de résidence					
Oui, souvent	3,2	0,4	1,7	0,1	1,1
Oui, de temps en temps	8,2	2,5	6,2	1,6	3,8
Non	88,6	97,1	92,1	98,3	95,1
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Discriminations liées à votre situation sociale ou financière					
Oui, souvent	2,0	1,1	1,3	1,0	1,3
Oui, de temps en temps	4,9	3,3	2,9	3,4	3,7
Non	93,1	95,6	95,8	95,6	95,0
Tests : Global p=0,212 (NS); Zus versus Total p=0,007; Zus versus Non Zus p=0,002					
Discriminations liées au fait d'être un homme ou une femme					
Oui, souvent	2,0	1,1	0,9	1,2	1,3
Oui, de temps en temps	6,0	5,1	4,7	5,2	5,3
Non	92,0	93,8	94,4	93,6	93,4
Tests : Global p=0,307 (NS); Zus versus Total p=0,082; Zus versus Non Zus p=0,039					
Discriminations liées à vos opinions ou vos activités politiques ou syndicales					
Oui, souvent	1,5	0,9	1,1	0,8	1,0
Oui, de temps en temps	2,9	1,8	1,4	1,9	2,1
Non	95,6	97,3	97,5	97,3	96,9
Tests : Global p=0,245 ; Zus versus Total p=0,030; Zus versus Non Zus p=0,010					
Discriminations liées à votre religion					
Oui, souvent	3,0	1,2	2,5	1,0	1,7
Oui, de temps en temps	6,1	2,3	3,1	2,0	3,2
Non	90,9	96,5	94,4	97,0	95,1
Tests : Global p=0,001 ; Zus versus Total p<0,0001; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Discriminations liées à votre état de santé ou handicaps que vous auriez					
Oui, souvent	1,2	0,5	1,2	0,3	0,7
Oui, de temps en temps	2,2	1,5	2,0	1,4	1,7
Non	96,6	98,0	96,8	98,3	97,6
Tests : Global p=0,050 ; Zus versus Total p=0,018; Zus versus Non Zus p=0,005					

Les familles monoparentales

L'agglomération parisienne compte davantage de familles monoparentales que la moyenne nationale. Elles y représentent en effet 10 % des ménages, et 23 % des familles ayant des enfants de moins de 25 ans, contre 17 % au niveau national (d'après le recensement de la population de 1999). Au total, c'est près d'un enfant sur cinq qui vit aujourd'hui avec un seul de ses parents.

On appelle famille monoparentale tout ménage constitué d'un parent qui vit sans conjoint avec ses enfants dans un même logement. On s'intéressera ici aux familles ayant au moins un enfant de moins de 25 ans, comme le fait l'Insee dans ses exploitations sur ces thèmes²⁹.

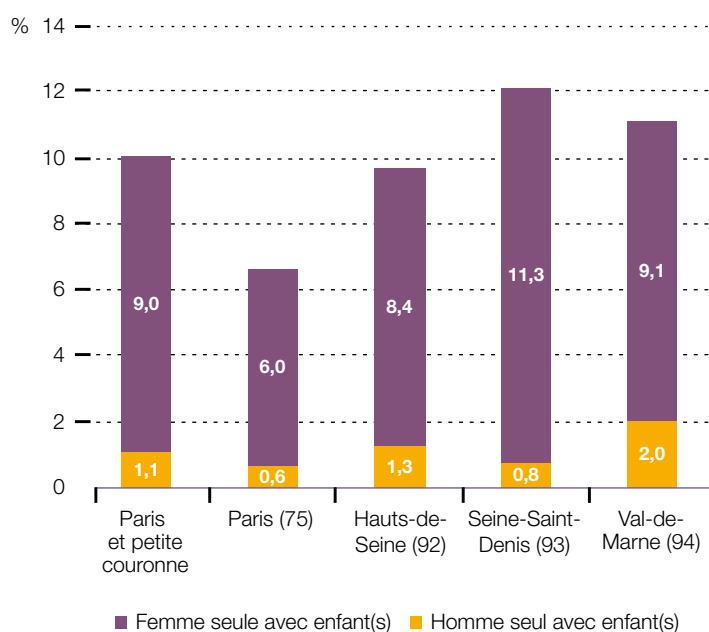
Dans notre population d'étude, la grande majorité (89 %) des familles monoparentales est consti-

tuée de femmes vivant seules avec leur(s) enfant(s). Leur répartition dans l'espace s'avère par ailleurs très hétérogène. Les départements du Val-de-Marne et de la Seine-Saint-Denis présentent en effet une proportion de familles monoparentales (ainsi que de couples avec enfants) plus importante que la moyenne de l'agglomération. On notera la particularité de la Seine-Saint-Denis où les familles monoparentales sont non seulement plus nombreuses mais aussi plus « féminines » (le parent isolé étant plus souvent une femme). On soulignera également la spécificité de Paris, qui se distingue par une faible proportion de familles monoparentales et une large prédominance des ménages sans enfants (personnes vivant seules et couples sans enfant).

²⁹ Les familles sont entendues ici comme des ménages comportant au moins un enfant de moins de 25 ans vivant avec ses parents ou l'un d'entre eux. Il peut donc s'agir de familles monoparentales, de familles où un couple vit avec ses enfants, ou encore de familles dites recomposées.

Proportion des familles monoparentales dans la population des familles, selon le département (%)

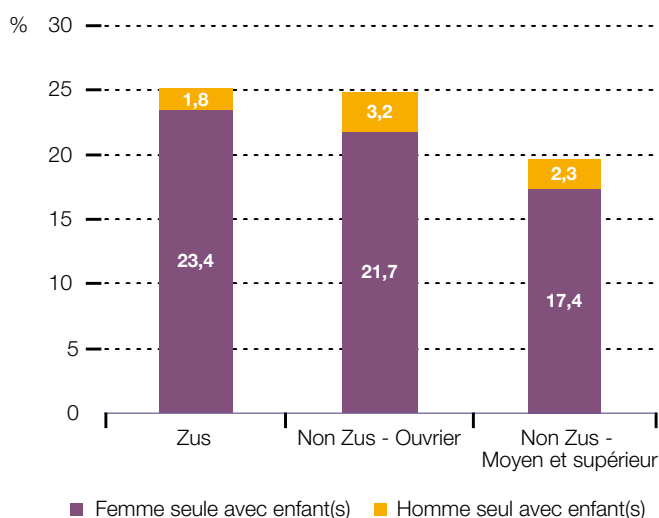
Figure 13



La répartition inégale des familles dans l'espace se traduit également, mais de façon moins marquée, par des différences selon le type de quartier. Dans les Zus et les quartiers ouvriers, une famille sur quatre (25 %) est monoparentale ; ce n'est le cas que d'une famille

sur cinq (20 %) dans les quartiers de type moyen ou supérieur. Par ailleurs, les familles monoparentales sont davantage féminines dans les Zus : 93 % d'entre elles sont dirigées par des femmes, contre 87 % à 88 % dans les autres quartiers.

Figure 14 Proportion des familles monoparentales dans la population des familles, selon le type de quartier de résidence (%)



³⁰ Dans notre enquête, les revenus du ménage ont été interrogés, toutes sources de revenus disponibles (y compris les prestations sociales), après transferts sociaux et avant impôts pour tous les membres du ménage. Ce total mensuel est ensuite divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage, tel que défini par l'Insee. Le seuil de pauvreté retenu dans nos analyses est celui défini par l'Insee en 2005 (par exemple, 681 € nets par unité de consommation et par mois), correspondant à 50 % du revenu médian des ménages en France.

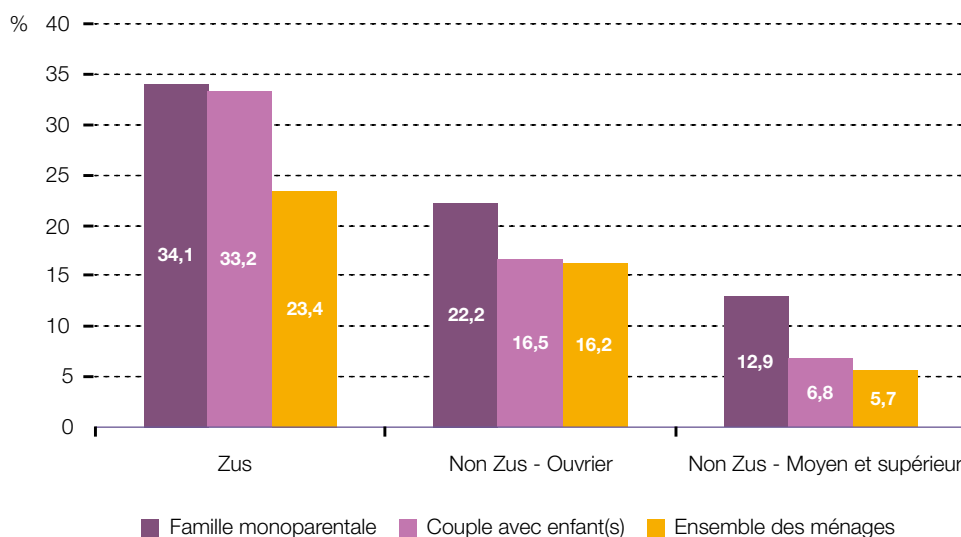
Les familles monoparentales sont particulièrement affectées par la précarité et la pauvreté. Si 10 % des ménages de l'agglomération parisienne vivent sous le seuil de pauvreté³⁰, les familles monoparentales sont deux fois plus nombreuses dans ce cas (20 %), et tout particulièrement celles dirigées par une femme (22 %). Les hommes seuls avec leurs enfants semblent moins touchés par la pauvreté, mais leur faible effectif dans notre échantillon ne nous permet pas d'approfondir l'analyse sur ce point.

Cette surexposition à la pauvreté des familles monoparentales se retrouve dans l'ensemble des

quartiers (cf. figure 15). Elle s'avère très problématique dans les Zus où, au total, un tiers des parents vivant seuls avec leurs enfants sont pauvres : 34 %, soit 11 points de plus que la moyenne des ménages vivant en Zus (23 %). On observe également que, dans les Zus, la pauvreté n'est pas l'apanage des familles monoparentales puisqu'un tiers des couples avec enfants sont également dans cette situation. Dans ces quartiers, ce sont bien l'ensemble des familles qui subissent un décrochage par rapport au reste des ménages.

Proportion de ménages vivant sous le seuil de pauvreté selon le type de famille et le type de quartier de résidence (%)

Figure 15

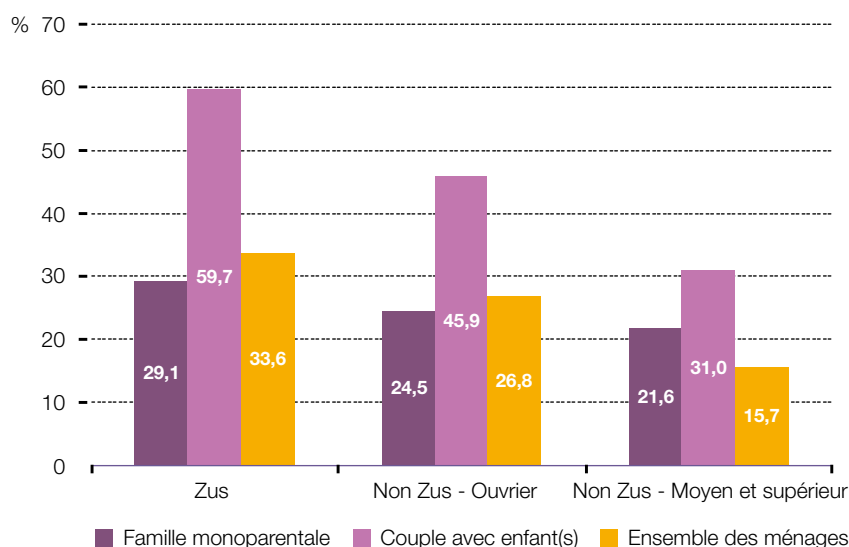


Autre difficulté à laquelle sont confrontées les familles monoparentales : le surpeuplement des logements (entendu ici comme le fait que le logement compte moins d'une pièce par personne), qui touche 24 % d'entre elles, soit davantage que la moyenne des ménages de l'agglomération parisienne, mais moins souvent que les couples avec enfants. En réalité, la situation est contrastée en fonction du type de quartier de résidence. Ce sont partout les couples avec enfants qui sont le

plus affectés par le surpeuplement : la proportion atteint près de 60 % parmi les couples avec enfants dans les Zus et 46 % dans les quartiers ouvriers. Les familles monoparentales, elles, sont moins concernées par le phénomène que l'ensemble des ménages dans les Zus et les quartiers ouvriers (respectivement 29 % et 24 % sont tout de même dans ce cas!), alors qu'elles le sont plus dans les quartiers moyens ou supérieurs (22 % contre 16 % de l'ensemble des ménages).

Proportion de logements surpeuplés selon le type de famille et l'âge du chef de ménage (%)

Figure 16



Indicateurs globaux de santé

Santé ressentie

La santé ressentie (c'est-à-dire la manière dont la personne juge elle-même son état de santé) est couramment interrogée dans les enquêtes en population générale, notamment en France et en Europe. Appréhendés par des outils identiques et standardisés, les indicateurs permettent alors des comparaisons dans le temps ou entre différents groupes de population. De plus, il est classique de rappeler, en épidémiologie, que la santé ressentie est globalement corrélée (au niveau populationnel) à d'autres indicateurs sanitaires, notamment la mortalité. Ces deux constats méritent toutefois d'être toujours relativisés dans l'interprétation de tels indicateurs. En effet, la santé ressentie déclarée par un individu est un indicateur subjectif reposant à la fois sur la connaissance de son état de santé et l'appréciation de cet état. Autant de composantes éminemment variables en fonction de ses propres normes de santé, lesquelles se construisent (et se reconstruisent constamment au cours de la vie) en fonction de ses expériences antérieures de la maladie, de celles de ses proches ou de ses « pairs », de ses interactions avec le système de soins et la médecine, des symptômes ressentis, de son niveau et de ses capacités d'adaptation à un handicap ou une maladie chronique, etc. Les différences sociales de santé ne peuvent ainsi qu'être approchées par les différences observées en terme de santé ressentie. Les écarts sociaux de santé ressentis observés peuvent sousestimer les écarts de santé « objectifs » si

on considère, par exemple, que les personnes dont la situation sociale est défavorisée ont un moindre recours aux soins et, par là, une moins bonne connaissance de leur état de santé.

Globalement, on peut faire l'hypothèse que l'observation de la seule santé ressentie conduit à décrire des gradients effectivement minimaux (parce que sousestimés) entre groupes sociaux et les différences de santé ressentie observées ici entre types de quartier de résidence sousestiment probablement les écarts qu'on pourrait constater par des mesures objectives de l'état de santé de leurs habitants.

Plusieurs indicateurs de santé ressentie étaient interrogés dans la première vague de la cohorte Sirs en 2005. Les trois indicateurs de santé générale, physique et psychologique décrivent un gradient identique entre les types de quartier.

Les quartiers Zus et ouvriers hors Zus ont des résultats très proches et significativement plus défavorables que les quartiers moyens ou supérieurs.

Ainsi, dans les quartiers Zus, les résidents perçoivent leur santé générale, physique et psychologique deux fois plus souvent comme étant mauvaise ou très mauvaise que dans les quartiers moyens ou supérieurs (respectivement 6 % pour la santé générale ou physique et 5 % pour la santé psychologique, contre 3 % des résidents en quartiers moyens ou supérieurs pour chacun de ces états de santé).

État de santé général perçu par type d'îlot de résidence

Figure 17

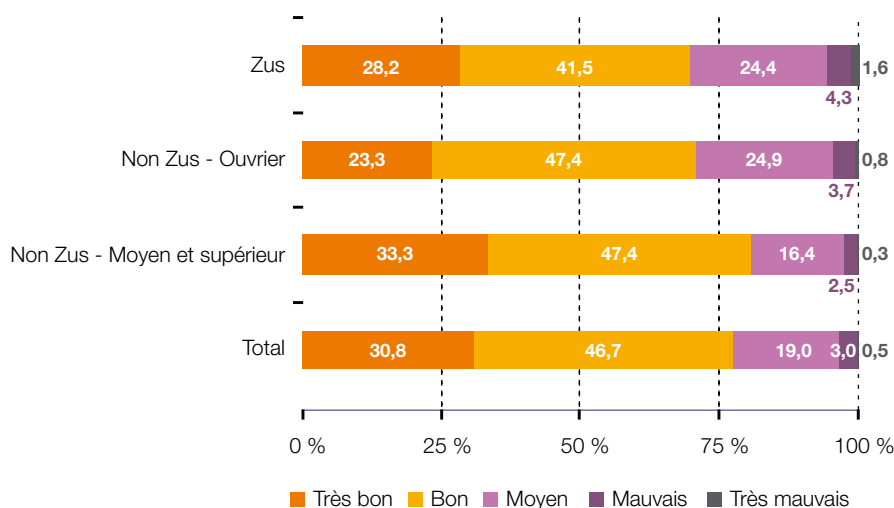


Figure 18 État de santé physique perçu par type d'îlot de résidence

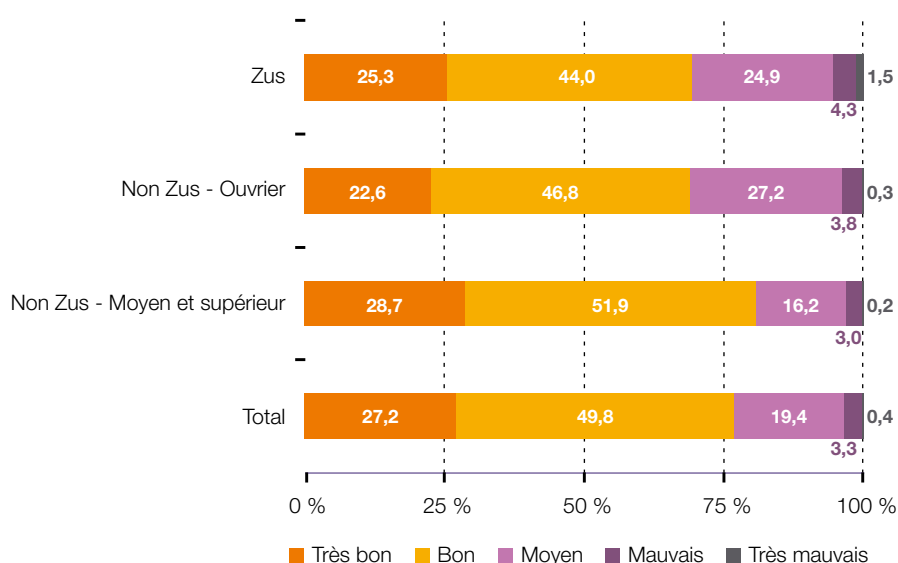
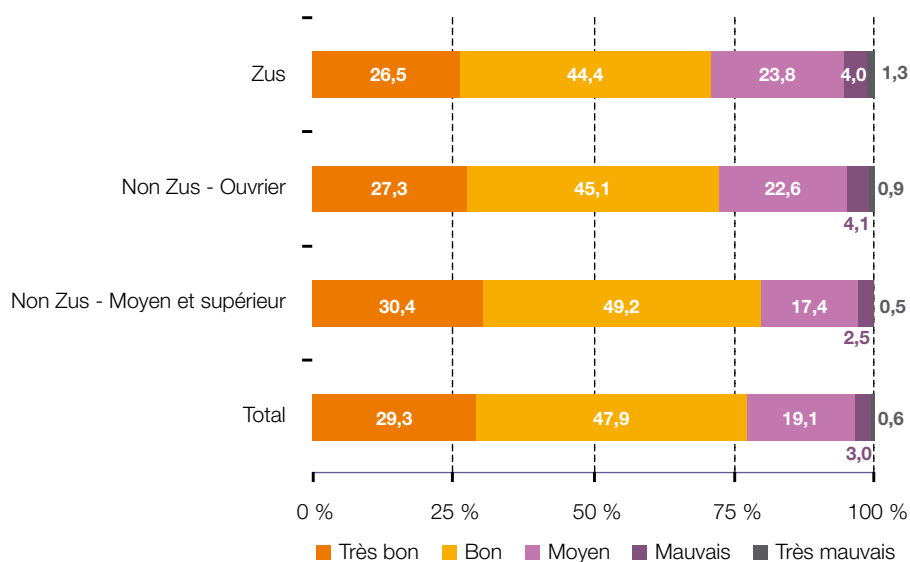


Figure 19 État de santé psychologique et émotionnelle perçue par type d'îlot de résidence



Les différences entre quartiers Zus et quartiers moyens et supérieurs persistent en analyse multivariée, après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la nationalité, la couverture maladie, l'isolement ressenti et la situation professionnelle : « toutes choses égales par ailleurs », les habitants des quartiers moyens et supérieurs ont toujours 1,4 à 1,5 fois plus de chance que les

habitants en Zus de se sentir en bonne santé générale, physique ou psychologique. Des résultats identiques sont retrouvés en utilisant des modèles multiniveau pour ces analyses multivariées (cf. tableaux en Annexes pour la santé générale et physique et chapitre suivant pour la santé psychologique).

Facteurs individuels et contextuels associés à l'état de santé général, physique ou psychologique ressenti (régression logistique)

Tableau 26

Modèle 1	Bon état de santé général			Bon état de santé physique			Bon état de santé psychologique et émotionnel		
	OR	IC 95 %	P>F	OR	IC 95 %	P>F	OR	IC 95 %	P>F
Statut du quartier			<.0001			<.0001			0,0001
Zus	ref			ref			ref		
Non Zus – Ouvrier	0,94	0,73	1,22	0,89	0,69	1,15	1,03	0,79	1,34
Non Zus – Moyen et supérieur	1,65	1,31	2,07	1,67	1,33	2,09	1,52	1,21	1,90
Modèle 2	OR	IC 95 %	P>F	OR	IC 95 %	P>F	OR	IC 95 %	P>F
Âge			<.0001			<.0001			0,11
18-29 ans	1,22	0,79	1,87	1,30	0,87	1,94	1,06	0,74	1,53
30-44 ans	ref			ref			ref		
45-59 ans	0,44	0,32	0,59	0,49	0,32	0,77	0,74	0,57	0,98
60 ans ou plus	0,42	0,27	0,65	0,48	0,35	0,64	0,78	0,50	1,23
Sexe			0,57			0,78			0,008
Homme	1,07	0,85	1,33	1,03	0,83	1,28	1,34	1,08	1,66
Femme	ref			ref			ref		
Statut du quartier			0,02			0,001			0,02
Zus	ref			ref			Ref		
Non Zus – Ouvrier	1,06	0,80	1,40	0,97	0,73	1,27	1,11	0,83	1,47
Non Zus – moyen et supérieur	1,42	1,08	1,85	1,48	1,14	1,92	1,42	1,10	1,84
Niveau d'études			<.0001			<.0001			0,049
Aucun ou primaire	0,38	0,27	0,53	0,49	0,35	0,68	0,68	0,47	0,96
Secondaire 1 ^{er} cycle	0,48	0,35	0,65	0,61	0,45	0,81	0,74	0,55	1,00
Secondaire 2 ^e cycle	0,60	0,44	0,82	0,63	0,47	0,85	0,72	0,54	0,95
Supérieur	ref			ref			ref		
Nationalité			0,003			0,003			0,51
Français de parents français	ref			ref			ref		
Français de parent(s) étranger(s)	0,66	0,50	0,88	0,62	0,47	0,82	0,89	0,68	1,18
Étranger	0,62	0,43	0,87	0,87	0,62	1,22	1,11	0,78	1,59
Couverture maladie			0,15			0,21			0,12
Sécurité sociale et mutuelle ou « pris en charge à 100 % »	ref			ref			ref		
AME ou CMU complémentaire	0,87	0,56	1,37	0,78	0,49	1,23	0,71	0,46	1,10
Sécurité sociale seule (standard ou CMU)	1,22	0,81	1,83	0,92	0,63	1,34	1,32	0,87	1,99
Aucune couverture maladie	8,73	0,97	78,6	6,82	0,81	57,2	1,77	0,41	7,63
Isolement social			<.0001			<.0001			<.0001
Seul	ref			ref			ref		
Entouré	2,12	1,64	2,74	1,96	1,54	2,50	3,91	3,07	4,99
Situation professionnelle			0,003			0,0003			0,12
Actif occupé	ref			ref			ref		
Chômeur	0,80	0,52	1,22	0,75	0,50	1,12	0,77	0,52	1,16
Retraité	0,56	0,37	0,84	0,46	0,31	0,70	1,64	0,88	3,07
Inactif	0,52	0,36	0,74	0,52	0,37	0,74	0,77	0,54	1,09
Étudiant	0,78	0,38	1,62	0,82	0,44	1,54	0,70	0,45	1,10

Limitation fonctionnelle

Les quartiers Zus comptent aussi une proportion plus grande de personnes se déclarant invalides ou handicapées : 10 % contre 6 % en moyenne dans l'ensemble de l'agglomération parisienne et 5 % dans les quartiers moyens et supérieurs.

Tableau 27 Proportion d'invalides ou d'handicapés par type d'îlot de résidence

« Êtes-vous invalide ou handicapé ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	9,9	5,8	7,9	5,3	6,4
Non	90,1	94,2	92,1	94,7	93,6

Tests : Global $p=0,0083$; Zus versus Total $p<0,0001$; Zus versus Non Zus $p<0,0001$

Parmi les personnes se déclarant invalides ou handicapées, la proportion de reconnaissance et d'indemnisation est supérieure dans les Zus que dans les autres quartiers mais cette différence doit être interprétée avec prudence. D'une part, elle n'est pas statistiquement significative (mais les effectifs concernés sont peu nom-

breux). D'autre part, il est impossible, sur ces seules données déclaratives, de distinguer si elle est liée à un biais de déclaration (les habitants en Zus se déclarant plus souvent handicapés à la condition que leur handicap soit reconnu) et/ou à une sévérité plus grande des handicaps et invalidités rapportés.

Tableau 28 Fréquence de reconnaissance du statut parmi les personnes déclarant une invalidité ou un handicap, selon le type de quartier de résidence

	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	74,2	65,0	65,5	64,8	66,9
Non	25,8	35,0	34,5	35,2	33,2

Tests : Global $p=0,492$ (NS) ; Zus versus Total $p=0,164$ (NS) ; Zus versus Non Zus $p=0,086$ (NS)

Tableau 29 Fréquence d'indemnités reçues parmi les personnes déclarant une invalidité ou un handicap, selon le type de quartier de résidence

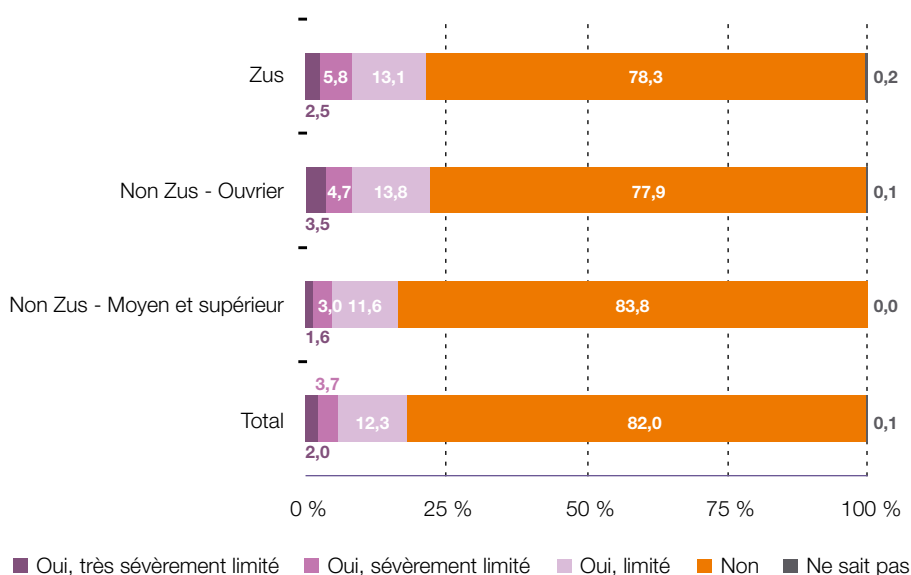
	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	58,2	46,4	47,3	46,0	48,9
Non	41,8	53,6	52,7	54,0	51,1

Tests : Global $p=0,458$ (NS) ; Zus versus Total $p=0,144$; Zus versus Non Zus $p=0,067$

De plus, c'est dans les quartiers Zus et ouvriers hors Zus que l'on dénombre le plus de personnes déclarant des limitations fonctionnelles – ces personnes étant interrogées par une question utilisée en France comme dans différentes enquêtes européennes : « Êtes-vous limité depuis au moins six mois, à cause d'un problème

de santé, dans les activités que vous faites habituellement ? ». Ainsi, 8 % des habitants s'y disent très sévèrement ou sévèrement limités (depuis au moins six mois) contre 5 % à 6 % dans les autres quartiers.

Limitation fonctionnelle (depuis au moins six mois) par type d'îlot de résidence Figure 20



Ces limitations fonctionnelles sont bien sûr très liées à l'âge (le risque d'en déclarer augmentant régulièrement avec l'avancée en âge). Des modèles multivariés ont été estimés en prenant en compte l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la couverture maladie, la situation professionnelle, l'isolement social, la nationalité et le type de quartier de résidence. On observe alors que les différences entre les types de quartier ne sont plus

significatives (même si elles ne sont pas complètement expliquées). En revanche, « toutes choses égales par ailleurs », les limitations fonctionnelles sont deux fois moins souvent déclarées par les étrangers que par les Français ; et un faible niveau d'éducation, l'inactivité et un fort sentiment d'isolement sont associés à un risque plus élevé de déclarer de telles limitations.

Tableau 30 Facteurs associés à la déclaration de limitations fonctionnelles : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide				
<i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,10 (p=0,03)	
Modèle 1				
<i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,08 (p=0,06)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,007		0,05	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		1,15 (0,86 – 1,54)		1,19 (0,80 – 1,75)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,78 (0,61 – 1,01)		0,83 (0,60 – 1,14)
Modèle 2				
<i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,05 (p=0,06)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,02		0,10	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		1,04 (0,75 – 1,44)		1,09 (0,71 – 1,66)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,72 (0,54 – 0,96)		0,77 (0,54 – 1,11)
Âge	<.0001		<.0001	
18-29 ans		0,52 (0,61 – 0,86)		0,50 (0,32 – 0,78)
30-44 ans		ref		ref
45-59 ans		2,29 (1,65 – 3,19)		2,26 (1,68 – 3,04)
60 ans ou plus		3,30 (2,11 – 5,17)		3,31 (2,17 – 5,05)
Sexe	0,67		0,66	
Homme		1,05 (0,83 – 1,33)		1,05 (0,85 – 1,30)
Femme		ref		ref
Nationalité	0,04		0,02	
Français de parents français		ref		ref
Français de parent(s) étranger(s)		1,07 (0,77 – 1,47)		1,07 (0,81 – 1,42)
Étranger		0,62 (0,42 – 0,92)		0,63 (0,44 – 0,90)
Niveau d'études	0,10		0,06	
Aucun ou primaire		1,54 (1,08 – 2,20)		1,56 (1,11 – 2,19)
Secondaire 1 ^{er} cycle		1,30 (0,94 – 1,78)		1,29 (0,97 – 1,73)
Secondaire 2 ^e cycle		1,26 (0,92 – 1,72)		1,26 (0,95 – 1,67)
Supérieur		ref		ref
Couverture Maladie	0,94		0,92	
Sécurité sociale et mutuelle ou « pris en charge à 100 % »		ref		ref
AME ou CMU complémentaire		1,14 (0,68 – 1,93)		1,14 (0,72 – 1,81)
Sécurité sociale seule (standard ou CMU)		0,97 (0,62 – 1,52)		0,99 (0,67 – 1,47)
Aucune couverture maladie		0,78 (0,12 – 5,04)		0,74 (0,14 – 3,91)
Isolement social	0,0002		0,0002	
Seul		ref		ref
Entouré		0,60 (0,46 – 0,78)		0,60 (0,46 – 0,79)
Situation professionnelle	<.0001		<.0001	
Actif occupé		ref		ref
Chômeur		1,52 (0,98 – 2,38)		1,52 (1,03 – 2,25)
Retraité		1,76 (1,17 – 2,64)		1,74 (1,18 – 2,57)
Inactif		3,14 (2,16 – 4,55)		3,20 (2,25 – 4,55)
Étudiant		0,78 (0,30 – 2,05)		0,80 (0,35 – 1,85)

Les origines migratoires (qui ne sont que partiellement approchées par les nationalités des personnes et de leurs parents utilisées dans nos analyses) apparaissent comme un facteur discriminant dans nombre de nos résultats. Il nous semble dès lors important de souligner que cette question des « origines » et de leurs liens avec la santé reste un domaine de recherche en santé publique encore largement sous-investi en France. Or il s'agit, de notre point de vue, d'une question à la fois sensible, importante et justifiée. Sensible, parce que la définition des origines est toujours discutable (et la façon de la mesurer encore plus...) et qu'elle est propice aux interprétations de toutes sortes dans le débat public³¹. Importante, parce que de tels liens ont été démontrés dans tous les pays dans lesquels ils ont été interrogés mais qu'ils restent peu étudiés en France. Justifiée, parce que de telles études enrichissent les connaissances sur certaines causes des inégalités sociales et territoriales de santé et de recours aux soins observées en France.

Certaines études montrent en effet que les immigrés étrangers, notamment, connaissent des conditions de vie plus fréquemment péjoratives que les Français (en termes de ressources, de logement, de travail notamment³²) et potentiellement néfastes pour leur santé. D'autres recherches montrent – sans pour autant le quantifier encore précisément – à quel point des discriminations « raciales » ou « ethniques » structurent certaines inégalités sociales dans notre pays³³. En regard, les études épidémiologiques comparant les états de

santé, la morbidité, les recours aux soins, ou encore la mortalité de la population résidante en France en fonction de son origine migratoire restent très parcellaires. Quand ils existent, les chiffres doivent être interprétés avec prudence et ne permettent aucune simplification ou raccourci abusif, ni aucune synthèse d'ensemble. Nous en avons un exemple assez emblématique sur les deux analyses précédentes. À structures d'âge et de sexe identiques, l'état de santé ressenti – qu'il s'agisse de la santé en général ou de la santé physique en particulier (cf. tableau 26) – est moins bon chez les étrangers et les Français nés de parents étrangers que chez les Français nés de parents français alors même que la déclaration de limitations fonctionnelles (cf. tableau 30) est plus rare chez les étrangers que chez les Français, de même que la reconnaissance de handicaps (tableau non reproduit).

Cette apparente contradiction peut s'expliquer, entre autres, par des normes et des représentations de santé différentes qui coexistent avec un « biais de migration » à double sens. Le « biais de migration » est une notion classique (si ce n'est effectivement mesurée) en épidémiologie, en démographie et en santé publique, selon laquelle les migrants sont, d'une manière générale, en meilleure santé que les autochtones parce que, d'une part, ce sont les personnes en meilleure forme physique qui quittent leur pays d'origine et que, d'autre part, une part au moins des immigrés retournent dans leur pays d'origine quand leur santé s'altère (en fin de vie notamment).

31 L'interrogation des origines migratoires fait actuellement l'objet de débats importants en sciences sociales, en sciences politiques, en santé publique et dans l'opinion publique en général. D'un point de vue éthique, il se dégage un consensus autour de deux grands principes : la liberté des personnes de répondre (ou non) à toutes questions à ce sujet et leur liberté de se définir comme bon leur semble – le tout dans le respect des principes et des usages définis par la loi qui encadre très strictement les objectifs, le recueil, la conservation et l'utilisation informatique de telles données sensibles.

32 Hargreaves A.G., *Multicultural France: immigration, politics, culture and society*, London, Routledge, 2007.

33 Fassin D., Fassin E., *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, Paris, La Découverte, 2006.

Maladies chroniques

Les maladies chroniques ont été appréhendées par deux types de questions. Le premier type renvoyait à un pas de temps transversal, au jour de l'enquête (« Avez-vous une maladie ou un problème de santé chronique – sans tenir compte des problèmes temporaires ? »). Environ un tiers des personnes ont répondu par l'affirmative, sans différence significative selon le type de quartier de résidence (cf. tableau en Annexes), alors que les structures d'âge sont différentes.

Le second type de questions interrogeait plus précisément les personnes à partir d'une liste des quinze maladies chroniques les plus fréquentes (et la possibilité de compléter cette liste par des réponses non précédées) au cours des douze derniers mois. La proportion de personnes déclarant plus de deux maladies chroniques au cours des douze derniers mois est légèrement plus élevée en Zus que dans les autres quartiers (17 % contre 13 %).

Distribution du nombre de maladies chroniques déclarées par type d'îlot de résidence

Tableau 31

Somme des pathologies déclarées au cours des douze derniers mois	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Aucune	44,0	44,4	42,0	45,0	44,2
Une	26,0	27,2	30,0	26,5	27,1
Deux	13,0	15,1	15,2	15,1	14,9
Plus de deux	17,0	13,3	12,8	13,4	13,9

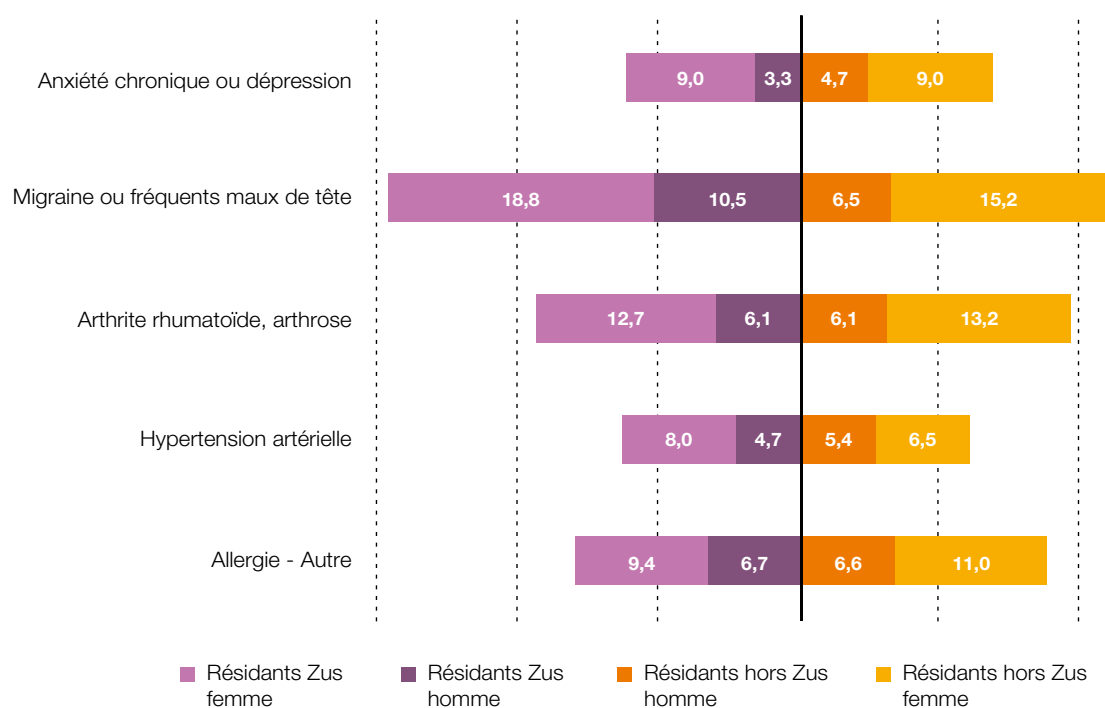
Tests : Global p=0,32 (NS) ; Zus versus Total p=0,07 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,02

Les données déclaratives concernant des diagnostics de maladie doivent toujours être interprétées avec prudence ; rappelons qu'elles ne sont corroborées dans le dispositif d'enquête de SIRS par aucun examen ou avis médical, ni aucune indication précise des traitements en cours. De telles données sont soumises à de nombreux biais (de diagnostic et de déclaration notamment) et ne peuvent donc se substituer à des données de prévalence recueillies par des études épidémiologiques *ad hoc*.

Pour autant, on observe certaines différences qu'il semble intéressant de souligner, au moins comme piste pour des études ultérieures et/ou le rapprochement avec des données locales existantes. Ainsi, quatre groupes de maladies ont été cités plus fréquemment par les habitants en Zus que dans les autres quartiers, notamment chez les femmes : les migraines et céphalées, la bronchite chronique et l'emphysème, le diabète et les asthmes allergiques.

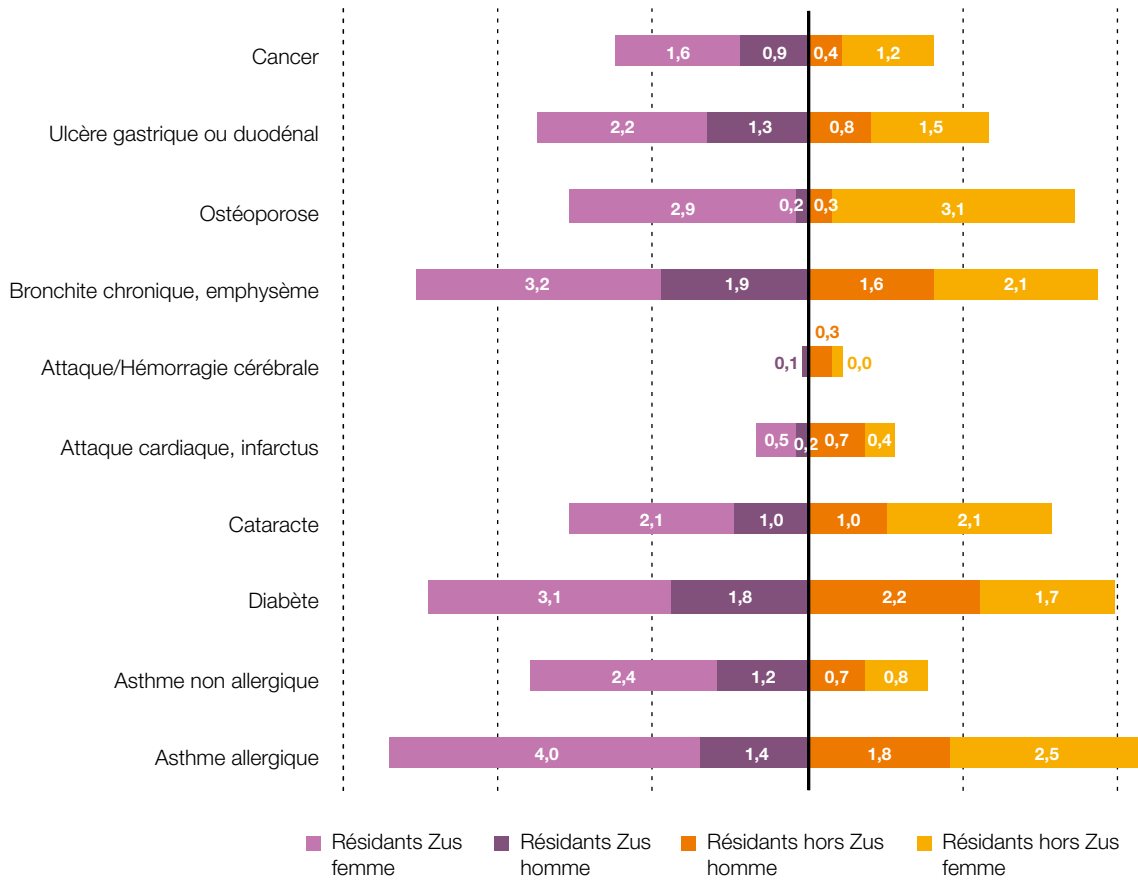
Figure 21

Fréquence des principales pathologies (%) au cours des douze derniers mois par sexe : comparaison Zus et hors Zus



Fréquence des autres pathologies (%) au cours des douze derniers mois par sexe : comparaison Zus et hors Zus

Figure 22



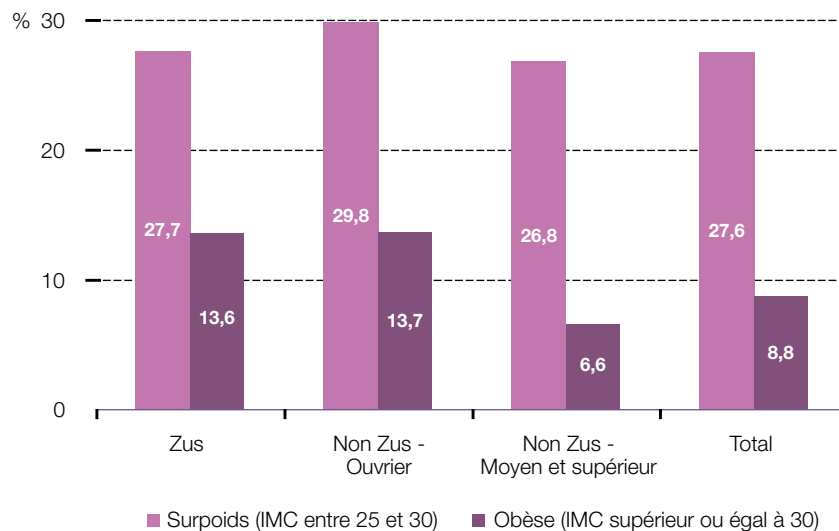
Obésité

³⁴ On notera qu'à l'inverse la maigreur (définie par un IMC < 18,5 kg/m²) est moins fréquente dans les Zus (3 %) que dans l'ensemble des autres quartiers (5 %) : voir le tableau en Annexes.

L'enquête a par ailleurs permis d'estimer, à partir du poids et de la taille déclarés par les personnes elles-mêmes, l'indice de masse corporelle (IMC). La prévalence du surpoids et – surtout – de l'obésité est

supérieure dans les Zus et les quartiers ouvriers que dans les autres quartiers : l'obésité y concerne 14 % des adultes contre 9 % dans les quartiers moyens et supérieurs³⁴.

Figure 23 Prévalence du surpoids et de l'obésité (%) par type d'îlot de résidence



³⁵ En attendant la publication de ces résultats, on pourra se reporter provisoirement au document suivant : Catherine de Launay, Master II Santé Publique, Épidémiologie (Paris 6). *Surcharge pondérale et obésité dans l'agglomération parisienne : une analyse des données de la cohorte SIRS* (juin 2007), disponible en ligne à www.u707.jussieu.fr/ds3

³⁶ Il s'agit du revenu moyen des ménages de l'îlot Iris de résidence (source : Insee).

Cette situation des quartiers défavorisés au regard de l'obésité et de la surcharge pondérale est, bien entendu, à mettre en lien en premier lieu avec certaines caractéristiques des individus qui y habitent. Une analyse spécifique de ces questions, en cours de publication, montre ainsi le poids des facteurs socioéconomiques, familiaux, biographiques et des habitudes de vie. On observe notamment que le surpoids est plus fréquent chez les hommes et que l'obésité concerne davantage les femmes. Des analyses multivariées – dont nous ne rapporterons pas le détail ici – montrent notamment des différences entre les sexes en ce qui concerne le statut socioéconomique (niveau d'études et de revenus) et certaines habitudes de vie (durée de sommeil, arrêt du tabagisme) associées au surpoids chez les femmes mais pas chez les hommes. En revanche, sont asso-

ciées au surpoids dans les deux sexes l'inactivité sportive, la nationalité étrangère et la parentalité. Enfin, des associations avec des caractéristiques biographiques ou psychologiques ont été trouvées, comme le deuil, le vécu d'une maladie, ou certaines difficultés vécues dans l'enfance.³⁵

Parallèlement, des analyses complémentaires et préliminaires montrent qu'après ajustement sur le sexe, l'âge, le revenu et le niveau d'éducation des habitants, l'obésité est liée de façon significative au niveau de revenu moyen de l'îlot de résidence : les habitants des « quartiers » dont le revenu moyen³⁶ appartient au quartile le plus pauvre ont un risque deux fois plus élevé (OR = 2,1, IC95 % = [1,4-3,1]) d'être obèses que ceux des quartiers les plus riches.

Les systèmes d'information géographique et des outils d'analyse spatiale – en plein essor aujourd'hui, notamment en Île-de-France – permettent aussi d'estimer l'influence du contexte de résidence sur l'obésité des habitants³⁷.

Nous avons ainsi testé l'association de plusieurs caractéristiques environnementales correspondant à différentes dimensions : socioéconomiques (proportion d'habitants du quartier avec un niveau d'étude supérieur au bac), offre de commerces alimentaires (distance moyenne³⁸ à différents magasins alimentaires de détail les plus proches, proportion d'établissements de restauration rapide parmi l'ensemble des restaurants dans un rayon de 500 m), opportunités de déplacements à pieds dans le quartier (nombre de destinations dans un rayon de 500 m, concernant 38 types de commerces

et de services de voisinage), mais aussi l'environnement d'interactions sociales dans le quartier (approché par deux mesures : le sentiment d'insécurité dans le quartier et la réputation péjorative du quartier). Pour toutes ces caractéristiques, on estime les écarts entre le quintile (le cinquième) le plus péjoratif et le quintile le plus favorable. Les données extérieures mobilisées pour ces analyses proviennent du recensement de la population (Insee, 1999), du répertoire Sirene (Insee, 2004) et de la base de données BPE (Insee, 2005).

Après ajustement sur certaines caractéristiques individuelles des habitants (âge, sexe, niveau d'éducation, statut d'emploi, revenus du ménage), on observe des associations fortes et significatives entre l'obésité et chacune de ses dimensions.

³⁷ Pour une revue de la littérature récente sur les effets de l'environnement de résidence sur l'obésité, Papas M.A., Alberg A.J., Ewing R., Helzlsouer K.J., Gary T.L., Klassen A.C., The built environment and obesity. *Epidemiological Reviews*, Cary, Oxford University Press, 2007, vol. 29, pp. 129-43.

³⁸ Toutes les distances sont calculées en ligne droite à partir de l'adresse de résidence des personnes interrogées dans Sirs.

Caractéristiques de l'environnement de résidence associées à l'obésité, après ajustement individuel sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut d'emploi et le revenu du ménage

Tableau 32

	OR	95 % CI	p*
Niveau d'éducation moyen du quartier			< 0,001
5 ^e quintile	<i>ref</i>		
1 ^{er} quintile	2,87	(1,58–5,21)	
Distance moyenne aux magasins alimentaires de détail les plus proches			0,003
1 ^{er} quintile	<i>ref</i>		
5 ^e quintile	2,09	(1,24–3,54)	
Proportion d'établissements de restauration rapide parmi les restaurants			0,004
1 ^{er} quintile	<i>ref</i>		
5 ^e quintile	1,80	(1,10–2,93)	
Nombre de commerces et services de voisinage			0,001
5 ^e quintile	<i>ref</i>		
1 ^{er} quintile	1,91	(1,09–3,32)	
Sentiment d'insécurité			< 0,001
1 ^{er} quintile	<i>ref</i>		
5 ^e quintile	2,69	(1,51–4,81)	
Réputation péjorative du quartier			0,001
1 ^{er} quintile	<i>ref</i>		
5 ^e quintile	2,39	(1,34 – 4,26)	

* Test de tendance.

Accidents du travail

Interrogés sur la fréquence des accidents du travail, les habitants des quartiers ouvriers déclarent 1,5 fois plus souvent que l'ensemble de l'agglomération parisienne en avoir été victimes (35 % des habitants disent avoir subi au moins un accident du travail, que celui-ci ait été

signalé ou non comme tel). Les habitants en Zus en déclarent moins souvent (28 %) mais néanmoins plus fréquemment que les habitants des quartiers moyens et supérieurs (20 %).

Tableau 33 Fréquence d'accidents du travail vie entière par type d'îlot de résidence

«Au cours de votre vie, avez-vous été victime d'accidents du travail ?*»	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	28,2	22,6	34,7	19,7	23,3
Non	71,8	77,4	65,3	80,3	76,7

Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p = 0,0017$; Zus versus Non Zus $p = 0,0003$

* Signalés ou non à la Sécurité sociale.

³⁹ Notons que cet ajustement est sans doute incomplet : le secteur d'emploi est aussi un facteur important à prendre en compte mais qui n'est pas immédiatement disponible dans la cohorte Sirs.

Ces différences ne sont plus significatives (en modélisation multinationale) après ajustement sur l'âge, le sexe, la nationalité et la catégorie socioprofessionnelle (en cinq classes)³⁹.

Tableau 34 Facteurs associés avec la survenue d'au moins un accident du travail (vie entière) : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide Variance de l'effet aléatoire			0,27 ($p = 0,0005$)	
Modèle 1 Variance de l'effet aléatoire			0,17 ($p = 0,0041$)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	<.0001		<.0001	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		1,45 (1,11 – 1,91)		1,47 (0,94 – 2,29)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,62 (0,49 – 0,79)		0,65 (0,44 – 0,94)
Modèle 2 Variance de l'effet aléatoire			0,09 ($p = 0,03$)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	<.0001		0,0015	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		1,36 (1,03 – 1,79)		1,37 (0,92 – 2,04)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,77 (0,60 – 0,99)		0,77 (0,55 – 1,08)
Âge	<.0001		<.0001	
18-29 ans		0,59 (0,41 – 0,84)		0,59 (0,44 – 0,78)
30-44 ans		ref		ref
45-59 ans		1,39 (1,08 – 1,80)		1,37 (1,09 – 1,74)
60 ans ou plus		1,08 (0,83 – 1,42)		1,09 (0,85 – 1,40)

Facteurs associés avec la survenue d'au moins un accident du travail (vie entière) : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)

Tableau 34 suite

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Sexe	<.0001		<.0001	
Homme		1,85 (1,47 – 2,33)		1,86 (1,52 – 2,28)
Femme		ref		ref
Nationalité	0,0007		0,0001	
Français de parents français		ref		ref
Français de parent(s) étranger(s)		0,65 (0,50 – 0,86)		0,64 (0,50 – 0,84)
Étranger		0,61 (0,43 – 0,85)		0,60 (0,45 – 0,81)
PCS	<.0001		<.0001	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise, agriculteur exploitant		0,34 (0,18 – 0,61)		0,34 (0,21 – 0,55)
Cadre		0,27 (0,20 – 0,38)		0,29 (0,22 – 0,39)
Profession intermédiaire		0,68 (0,52 – 0,90)		0,70 (0,55 – 0,90)
Employé		ref		ref
Ouvrier		1,33 (0,97 – 1,84)		1,29 (0,96 – 1,73)

Impact social d'événements de santé

Les personnes étaient également interrogées sur la survenue (au cours de leur vie entière) de problèmes de santé ayant eu un impact sur leur situation sociale ou leurs conditions de vie. Les habitants en Zus ou en quartier ouvrier hors Zus répondent plus fréquemment que les autres qu'elles ont connu un problème de santé ayant entraîné une interruption ou une réorientation professionnelle ou scolaire (19 % contre 15 % des habitants des autres quartiers), et/ou de graves problèmes d'argent (10 % et 6 % respectivement contre 3 % des

habitants des quartiers moyens ou supérieurs). De ce point de vue, les habitants des quartiers les plus défavorisés apparaissent donc plus vulnérables aux conséquences sociales de la maladie ou du handicap que les habitants des quartiers plus favorisés (et/ou plus fréquemment touchés par ces problèmes). En revanche, on n'observe pas de différence significative concernant la fréquence de problèmes de santé ayant entraîné des ruptures conjugales (2 % des habitants de l'agglomération parisienne en signalent).

Fréquence de problèmes de santé ayant eu un impact professionnel, scolaire, économique ou conjugal par type d'îlot de résidence

Tableau 35

« Au cours de votre vie, avez-vous eu des problèmes de santé, des accidents corporels ou des maladies... »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Qui ont entraîné une interruption ou une réorientation professionnelle ou de scolarité					
Oui	18,5	15,3	18,7	14,5	15,7
Non	81,5	84,7	81,3	85,5	84,3
Tests : Global p=0,048 ; Zus versus Total p=0,044 ; Zus versus Non Zus p=0,018					
Qui ont entraîné de graves problèmes d'argent					
Oui	9,9	3,7	5,8	3,2	4,6
Non	90,1	96,3	94,3	96,8	95,4
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

Tableau 35
suite

	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Qui ont entraîné une rupture avec votre conjoint ou partenaire de vie					
Oui	2,9	2,0	2,0	2,0	2,1
Non	97,1	98,0	98,0	98,0	97,9
Tests : Global p=0,52 (NS) ; Zus versus Total p=0,11 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,06 (NS)					
Qui ont entraîné un autre changement important dans vos habitudes de vie					
Oui	14,1	11,5	15,5	10,5	11,9
Non	85,9	88,5	84,5	89,5	88,1
Tests : Global p=0,01 ; Zus versus Total p=0,066 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,03					

Pour terminer cette partie sur les indicateurs globaux de santé, on mentionnera que la majorité de la population s'estime très satisfaite ou plutôt satisfaite de sa santé (respectivement 33,5 % et 51,4 % des adultes de l'agglomération). Mais, là encore, c'est dans les

quartiers les plus défavorisés que l'on compte le plus de personnes pas du tout satisfaites : 6 % des personnes vivant dans un quartier Zus ou dans un quartier de type ouvrier hors Zus sont dans ce cas, contre 3 % dans les quartiers de type moyen ou supérieur.

Tableau 36 Satisfaction vis-à-vis de la santé par type d'îlot de résidence

« Concernant ces différents points, dans votre vie actuelle, êtes-vous très satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait, pas satisfait du tout? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Votre santé					
Très satisfait	37,6	32,9	36,5	32,0	33,5
Plutôt satisfait	44,9	52,3	45,7	53,9	51,4
Plutôt pas satisfait	11,1	11,4	11,6	11,3	11,3
Pas satisfait du tout	6,4	3,5	6,1	2,8	3,9
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

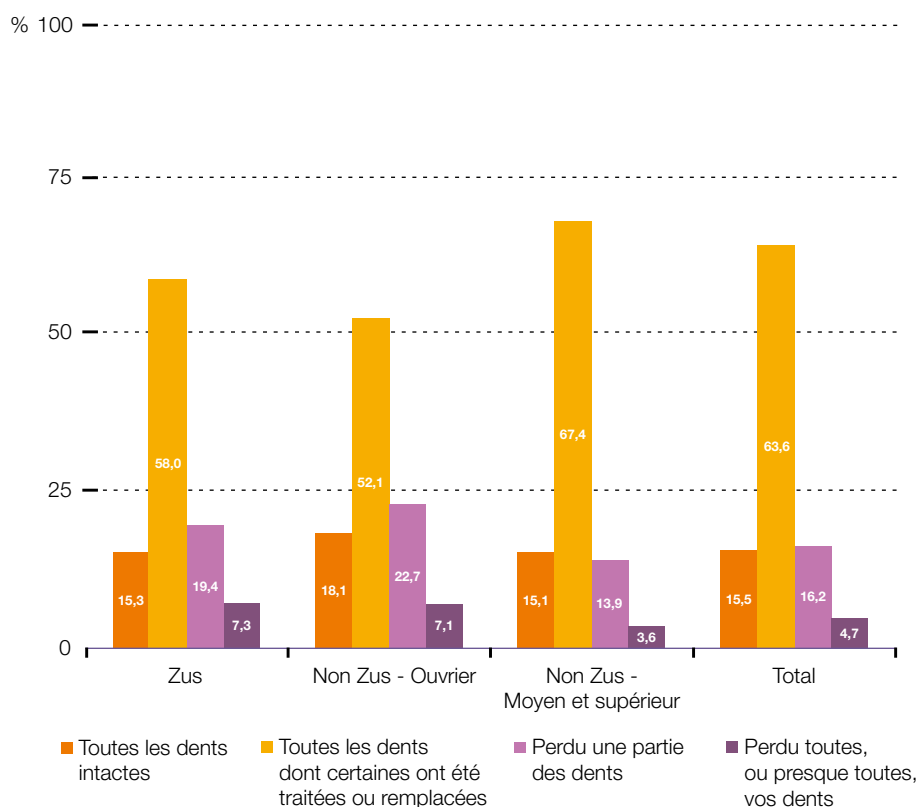
Santé dentaire

Concernant la santé dentaire, des différences significatives sont observées entre les types de quartier. Si la proportion de personnes ayant toutes leurs dents intactes est identique dans tous les types de quartier (15 % à 16 %), la fréquence de perte de dents est plus importante en quartier Zus et en quartier ouvrier

que dans les autres quartiers : la part des individus ayant perdu une partie de leurs dents est respectivement de 19 %, 23 % et 14 % dans ces trois types de quartier ; la part de ceux les ayant perdu toutes, ou presque toutes, y est respectivement de 7 %, 7 % et 4 %.

État de santé dentaire déclaré (%) par type d'îlot de résidence

Figure 24



C'est aussi dans ces quartiers qu'on observe la plus grande fréquence de personnes déclarant avoir des dents à soigner, en mauvais état ou à remplacer (39 % à 40 % dans les quartiers Zus ou ouvriers, contre 33 % dans les autres quartiers). On notera que cet écart

– basé sur des données déclaratives – est probablement un écart minimum (c'est-à-dire sous-évalué) si on considère que les besoins ressentis et exprimés de soins dentaires sont plus élevés dans les catégories supérieures de la population.

Fréquence déclarée des dents à soigner par type d'îlot de résidence

Tableau 37

« Actuellement, avez-vous certaines dents à soigner, en mauvais état, ou à remplacer ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	39,9	34,4	38,5	33,4	35,2
Non	60,1	65,6	61,5	66,6	64,8

Tests : Global p=0,02 ; Zus versus Total p=0,008 ; Zus versus Non Zus p=0,002

⁴⁰ On ne peut exclure que l'offre de soins dentaires joue un rôle dans ces différences entre les types de quartiers mais nos analyses montrent que cet effet « propre » est secondaire par rapport aux effets des caractéristiques individuelles des habitants. Encore faut-il souligner que l'offre de soins dentaires n'est, justement, pas indépendante des caractéristiques des populations (du « marché ») auxquelles elle s'adresse.

En analyse multivariée, ces problèmes dentaires sont significativement corrélés à l'origine migratoire des individus : les Français nés de parents étrangers ont plus de risque d'être dans cette situation que les Français nés de parents français. D'autres facteurs comme l'âge (les plus jeunes ayant bien entendu un état dentaire plus favorable) et la couverture maladie (les personnes sans prise en charge complémentaire étant plus souvent concernées par de tels problèmes) appa-

raissent corrélés avec des problèmes de santé dentaire, même si toutes les différences ne sont pas significatives dans notre échantillon.

Au total, et après ajustement sur ces variables individuelles (ainsi que sur le sexe, le niveau d'études et le niveau de revenus), on n'observe plus de différence entre les quartiers ; on en conclut que celles-ci s'expliquent en très grande partie (si ce n'est complètement⁴⁰) par des effets de composition.

Dents à soigner, en mauvais état ou à remplacer :
analyse multivariée (régression logistique et analyse multiniveau)

Tableau 38

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,056 ($p=0,02$)	
Modèle 1 <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,051 ($p=0,03$)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,016		0,038	
Zus		<i>ref</i>		<i>ref</i>
Non Zus – Ouvrier		1,06 (0,82 – 1,36)		0,96 (0,69 – 1,32)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,80 (0,65 – 1,00)		0,75 (0,58 – 0,98)
Modèle 2 <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,031 ($p=0,11$)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,66		0,56	
Zus		<i>ref</i>		<i>ref</i>
Non Zus – Ouvrier		0,94 (0,73 – 1,22)		0,95 (0,70 – 1,29)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,90 (0,72 – 1,13)		0,88 (0,68 – 1,13)
Âge	0,06		0,01	
18-29 ans		0,77 (0,58 – 1,01)		0,76 (0,61 – 0,94)
30-44 ans		<i>ref</i>		<i>ref</i>
45-59 ans		1,08 (0,85 – 1,37)		1,07 (0,87 – 1,32)
60 ans ou plus		0,85 (0,65 – 1,11)		0,86 (0,68 – 1,08)
Sexe	0,09		0,05	
Homme		0,85 (0,71 – 1,02)		1,16 (1,00 – 1,36)
Femme		<i>ref</i>		<i>ref</i>
Nationalité	0,01		0,004	
Français de parents français		<i>ref</i>		<i>ref</i>
Français de parent(s) étranger(s)		1,43 (1,13 – 1,82)		1,41 (1,14 – 1,73)
Étranger		1,26 (0,94 – 1,69)		1,24 (0,97 – 1,58)
Niveau d'études	0,54		0,45	
Aucun ou primaire		1,16 (0,82 – 1,64)		1,15 (0,84 – 1,57)
Secondaire 1 ^{er} cycle		1,04 (0,79 – 1,38)		1,03 (0,81 – 1,30)
Secondaire 2 ^e cycle		1,19 (0,93 – 1,52)		1,17 (0,95 – 1,45)
Supérieur		<i>ref</i>		<i>ref</i>
Couverture maladie	0,38		0,22	
Sécurité sociale et mutuelle ou prise en charge à 100 %		<i>ref</i>		<i>ref</i>
AME ou CMU complémentaire		1,01 (0,67 – 1,52)		0,99 (0,70 – 1,40)
Sécurité sociale seule (ou CMU)		1,26 (0,92 – 1,73)		1,25 (0,97 – 1,63)
Aucune couverture maladie		1,74 (0,60 – 5,08)		1,82 (0,72 – 4,58)
Revenus / unité de consommation	0,19		0,13	
≤ Quartile1 : 1 000 €		0,87 (0,67 – 1,14)		0,87 (0,69 – 1,09)
] 1000 € - 1500 €]		<i>ref</i>		<i>ref</i>
] 1500 € - 2200 €]		0,77 (0,58 – 1,00)		0,78 (0,62 – 0,98)
> Quartile 3 : 2200 €		0,77 (0,58 – 1,02)		0,78 (0,61 – 0,99)

Santé mentale

Le questionnaire MiniDiag⁴¹ a été administré au cours de l'enquête Sirs de 2005. Il permet de dépister des symptômes anxio-dépressifs au moment de l'interview, par une batterie de 10 questions.

Les trois symptômes majeurs de dépression⁴² sont tous plus fréquemment observés dans les quartiers Zus

et ouvriers que dans les autres quartiers : tristesse (25 % et 21 % contre 16 %), apathie (15 % et 16 % contre 7 %) et fatigue (29 % et 26 % contre 17 %), alors que les différences ne sont pas significatives pour les autres symptômes interrogés par le MiniDiag (cf. tableau en Annexes).

⁴¹ Sheehan V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weller E., et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, Memphis, Physicians Postgraduate Press, 1998, vol. 59, n° 49, pp. 22-33.

⁴² Ceux-ci ne signent pas à eux-seuls une dépression, cf. plus bas l'analyse du score de dépression.

Fréquence des symptômes majeurs de dépression par type d'îlot de résidence

Tableau 39

« Au cours des deux dernières semaines... ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
<i>Vous êtes-vous senti particulièrement triste, cafardeux, déprimé, la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?</i>					
Oui	25,2	16,9	21,4	15,9	18,1
Non	74,8	83,1	78,6	84,1	81,9
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
<i>Aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus le goût de rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?</i>					
Oui	15,4	8,7	15,6	7,0	9,7
Non	84,6	91,3	84,4	93,0	90,3
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
<i>Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué, sans énergie ?</i>					
Oui	28,5	18,4	25,6	16,7	19,8
Non	71,5	81,6	74,4	83,3	80,2
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

À partir des réponses au MiniDiag, le calcul d'un score individuel permet d'identifier avec une sensibilité et une spécificité validées les personnes présentant des symptômes dépressifs. Ce classement a fait l'objet d'une analyse multivariée par des modèles de régression logistique simple et multiniveau.

Dans notre échantillon, nous n'avons pas observé de corrélations statistiquement significatives avec l'âge, le niveau d'études, la situation maritale, le niveau de revenu, la nationalité, la situation d'emploi ou le soutien social potentiel des personnes. En revanche, le risque d'être dépressif est significativement plus faible chez les hommes (près de deux fois inférieur), chez les personnes indemnes de maladie chronique (près de quatre fois moins élevé), chez les personnes se sentant entourées, ainsi que chez les cadres et les inactifs. Soulignons que le sens de la causalité entre sentiment d'isolement social et dépression reste ambigu dans une analyse transversale comme celle-ci (transversale dans le sens où les deux caractéristiques sont recueillies au même moment,

le jour de l'enquête). Cette forte association (les personnes se sentant entourées ayant près de cinq fois moins de risque d'être dépressives, cf. tableau 40) s'interprète en effet comme la résultante de deux liens de cause à effet qu'on ne peut départager : le fait que l'isolement social puisse entraîner la dépression, mais aussi que la dépression s'accompagne d'une perception péjorative de ses relations avec les autres et de leurs attitudes vis-à-vis de soi-même.

En ajustant sur ces cinq variables, on observe toujours une association significative avec le type de quartier de résidence : les habitants des quartiers Zus et ouvriers hors Zus sont deux fois plus touchés par la dépression que les habitants des quartiers moyens et supérieurs. Cette association est retrouvée significative dans les deux types de modèle. Elle plaide pour l'existence d'un authentique effet contextuel du quartier de résidence sur la santé mentale des habitants, y compris après avoir pris en compte les caractéristiques individuelles associées.

Tableau 40 Caractéristiques associées à la dépression : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)

	Modèle logistique*		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,24 (p=0,008)	
Modèle 1 <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,10 (p=0,08)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	<.0001		<.0001	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		0,86 (0,63 – 1,19)		0,85 (0,56 – 1,31)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,46 (0,35 – 0,61)		0,46 (0,32 – 0,65)
Modèle 2 <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,16 (p=0,04)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,0003		0,01	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		0,86 (0,61 – 1,21)		0,87 (0,54 – 1,41)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,54 (0,39 – 0,74)		0,57 (0,38 – 0,86)
Sexe	0,0007		<.0001	
Homme		0,57 (0,42 – 0,79)		0,57 (0,43 – 0,75)
Femme		ref		ref
Antécédents pathologiques	<.0001		<.0001	
<i>Au moins une maladie (au cours des 12 derniers mois)**</i>		ref		ref
Pas de maladies particulières		0,27 (0,19 – 0,38)		0,27 (0,20 – 0,37)
Isolement social	<.0001		<.0001	
Seul		ref		ref
Entouré		0,22 (0,17 – 0,29)		0,23 (0,17 – 0,30)
PCS	0,002		0,0004	
N'a jamais travaillé		0,63 (0,38 – 0,94)		0,62 (0,41 – 0,96)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise, agriculteur exploitant		0,97 (0,48 – 1,03)		0,96 (0,53 – 1,72)
Cadre		0,41 (0,27 – 0,63)		0,40 (0,27 – 0,60)
Profession intermédiaire		0,70 (0,48 – 1,02)		0,70 (0,50 – 0,97)
Employé		ref		ref
Ouvrier		0,79 (0,51 – 1,22)		0,81 (0,53 – 1,24)

* Technique : pas à pas ascendante puis descendante. Autres variables testées : nationalité, situation professionnelle, revenus/uc, soutien social (pouvoir compter sur quelqu'un), âge, niveau d'études, situation maritale (en couple ou pas).

** Autre que dépression.

Cet effet contextuel du quartier de résidence sur la dépression peut être rapproché des résultats similaires concernant la santé psychologique perçue (cf. la description brute de cet indicateur plus haut). En analyse multivariée logistique et multiniveau, on observe en effet une différence significative par type de quartier, y compris après ajustement sur l'âge, le sexe, la nationalité,

le niveau d'études, la couverture maladie, l'isolement perçu et la situation professionnelle des habitants : les habitants des quartiers moyens et supérieurs déclarent 1,5 fois plus souvent que les habitants des quartiers Zus ou ouvriers un bon état de santé psychologique et émotionnel.

Caractéristiques associées à un bon état de santé psychologique et émotionnel :
analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)

Tableau 41

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,13 (p=0,01)	
Modèle 1 <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,08 (p=0,04)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,0001		0,006	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		1,03 (0,79 – 1,34)		1,05 (0,73 – 1,51)
Non Zus – Moyen et supérieur		1,52 (1,21 – 1,90)		1,50 (1,11 – 2,03)
Modèle 2 <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,09 (p=0,05)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,02		0,10	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		1,11 (0,83 – 1,47)		1,11 (0,76 – 1,63)
Non Zus – Moyen et supérieur		1,42 (1,10 – 1,84)		1,38 (1,00 – 1,91)
Âge	0,11		0,07	
18-29 ans		1,06 (0,74 – 1,53)		1,07 (0,80 – 1,43)
30-44 ans		ref		ref
45-59 ans		0,74 (0,57 – 0,98)		0,76 (0,59 – 0,97)
60 ans ou plus		0,78 (0,50 – 1,23)		0,78 (0,52 – 1,17)
Sexe	0,0008		0,003	
Homme		1,34 (1,08 – 1,66)		1,33 (1,10 – 1,60)
Femme		ref		ref
Nationalité	0,51		0,39	
Français de parents français		ref		ref
Français de parent(s) étranger(s)		0,89 (0,68 – 1,18)		0,89 (0,69 – 1,13)
Étranger		1,11 (0,78 – 1,59)		1,11 (0,82 – 1,49)
Niveau d'études	0,049		0,01	
Aucun ou primaire		0,68 (0,47 – 0,96)		0,67 (0,48 – 0,94)
Secondaire 1 ^{er} cycle		0,74 (0,55 – 1,00)		0,74 (0,57 – 0,96)
Secondaire 2 ^e cycle		0,72 (0,54 – 0,95)		0,72 (0,56 – 0,91)
Supérieur		ref		ref
Isolement social	<.0001		<.0001	
Seul		ref		ref
Entouré		3,91 (3,07 – 4,99)		3,86 (3,08 – 4,84)
Situation professionnelle	0,12		0,03	
Actif occupé		ref		ref
Chômeur		0,77 (0,52 – 1,16)		0,77 (0,56 – 1,06)
Retraité		0,70 (0,45 – 1,10)		0,72 (0,48 – 1,07)
Inactif		0,77 (0,54 – 1,09)		0,74 (0,53 – 1,04)
Étudiant		1,64 (0,88 – 3,07)		1,64 (0,99 – 2,71)

L'exploration d'autres caractéristiques psychologiques relève des différences plus contrastées entre les différentes populations des types de quartier étudiés. Les sentiments de rejet et de discriminations sont plus fréquemment rapportés par les habitants des Zus : 6 % des habitants en Zus se sentent très souvent ou assez souvent rejetés par les autres contre 3 % des habitants des quartiers moyens et supérieurs ; et 8 % se sentent jugés négativement à cause de leurs revenus ou de

leur situation professionnelle (contre 6 % des habitants des quartiers moyens et supérieurs). Ces fréquences (très globalement interrogées) sont donc assez faibles. En revanche, les personnes estimant très souvent « prendre les choses du bon côté », « avoir confiance en elles », ou encore « se sentir très bien dans leur peau » sont systématiquement plus nombreuses dans les Zus et dans les quartiers ouvriers que dans les autres.

Tableau 42 Fréquence de certaines caractéristiques psychologiques par type d'îlot de résidence

« Votre situation se rapproche-t-elle des expressions suivantes ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Vous vous sentez sous pression					
Très souvent	7,7	7,2	7,3	7,1	7,2
Assez souvent	28,5	30,3	22,3	32,2	30,0
Rarement	36,5	40,4	38,4	40,9	39,9
Jamais	27,3	22,1	32,1	19,7	22,9
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p=0,03 ; Zus versus Non Zus p=0,006					
Vous prenez les choses du bon côté					
Très souvent	44,6	37,0	44,4	35,3	38,1
Assez souvent	45,9	54,3	46,5	56,2	53,1
Rarement	8,2	8,2	7,9	8,2	8,2
Jamais	1,2	0,5	1,2	0,3	0,6
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Vous avez confiance en vous					
Très souvent	39,8	32,7	41,8	30,6	33,8
Assez souvent	47,8	55,9	47,2	58,0	54,8
Rarement	10,7	10,3	9,8	10,4	10,4
Jamais	1,7	1,0	1,2	1,0	1,1
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Vous vous sentez très bien dans votre peau					
Très souvent	42,1	35,6	43,9	33,6	36,7
Assez souvent	46,2	54,6	42,8	57,5	53,4
Rarement	10,1	8,8	11,7	8,2	8,9
Jamais	1,7	0,9	1,5	0,7	1,0
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Vous vous sentez rejeté(e) par les autres					
Très souvent	1,4	0,5	1,3	0,3	0,6
Assez souvent	4,3	3,3	5,5	2,8	3,4
Rarement	31,1	32,6	23,4	34,8	32,4
Jamais	63,2	63,6	69,8	62,1	63,6
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p=0,028 ; Zus versus Non Zus p=0,004					
Certaines personnes vous jugent négativement à cause de vos revenus ou de votre situation professionnelle					
Très souvent	1,8	1,3	2,1	1,2	1,4
Assez souvent	6,6	5,1	5,9	4,8	5,3
Rarement	22,7	25,9	17,7	27,9	25,4
Jamais	68,9	67,7	74,4	66,0	67,9
Tests : Global p=0,0004 ; Zus versus Total p=0,15 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,058 (NS)					

Pour clore cette partie consacrée à la santé mentale, on observe que, parmi les personnes « détectées » dépressives par le MiniDiag au jour de l'enquête, la proportion de celles qui ont parlé à un professionnel de ces symptômes est significativement

plus faible dans les Zus (38 %) que dans les quartiers moyens et supérieurs (62 %) ou que pour la population de l'agglomération parisienne dans son ensemble (53 %).

Proportion de personnes dépressives (MiniDiag +) en ayant parlé à un professionnel de santé par type d'îlot de résidence

Tableau 43

« En avez-vous parlé à un professionnel de la santé, ou êtes-vous déjà suivi(e) pour cela ? »	Résidents Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	38,2	57,2	47,3	61,5	53,3

Tests : Global p=0,02 ; Zus versus Total p=0,01 ; Zus versus Non Zus p=0,001

Les personnes de la cohorte Sirs étaient interrogées par ailleurs sur certains événements de vie à l'âge adulte. Parmi ces événements (tous de prévalence faible), certains peuvent être mis en lien avec la santé mentale et sont exposés ici. On n'observe pas de diffé-

rences significatives entre les différents types de quartier quant au fait de déclarer avoir eu – depuis ses 18 ans – des problèmes avec l'alcool ou la drogue, d'avoir été hospitalisé en hôpital psychiatrique, ou d'avoir fait une tentative de suicide.

Expérience de certaines difficultés vécues depuis l'âge de 18 ans, selon le type de quartier

Tableau 44

« En ce qui concerne votre vie adulte, nous allons aborder certains types d'événements difficiles »					
« Pouvez-vous nous dire pour chacun d'eux si vous les avez déjà vécu après l'âge de 18 ans ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Vous avez eu des problèmes avec l'alcool ou la drogue					
Oui	3,8	3,0	2,4	3,2	3,1
Non	96,2	97,0	97,6	96,8	96,9
Tests : Global p=0,46 (NS) ; Zus versus Total p=0,27 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,21 (NS)					
Vous avez été hospitalisé en hôpital psychiatrique					
Oui	1,4	1,3	1,8	1,2	1,3
Non	98,6	98,7	98,2	98,8	98,7
Tests : Global p=0,61 (NS) ; Zus versus Total p=0,08 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,75 (NS)					
Vous avez fait une tentative de suicide					
Oui	3,3	2,9	4,1	2,6	3,0
Non	96,7	97,1	95,9	97,4	97,0
Tests : Global p=0,31 (NS) ; Zus versus Total p=0,59 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,53 (NS)					

Représentations de la santé, de la maladie et de la médecine

Perceptions de santé

Plusieurs modules de questions empruntés au *Health beliefs Questionnaire*⁴³ ont été administrés dans l'enquête Sirs de 2005. Globalement, la population vivant en Zus se distingue de celles des habitants des quartiers moyens et supérieurs par des perceptions de résistance à la maladie plus faibles et, en corollaire, des soucis de santé plus importants. Les expériences passées vécues d'incidents de santé sont aussi plus fréquentes et res-

senties plus fréquemment péjoratives. Les perspectives de santé sont, en revanche, perçues plus favorablement. Signalons que les réponses apparaissent souvent plus « polarisées » (plus fréquemment aux extrêmes) dans les Zus (et souvent, aussi, dans les quartiers ouvriers) que dans les quartiers moyens et supérieurs.

⁴³ Strecher V.J., Champion V.L., Rosenstock I.M., « The health belief model and health behavior », Gochman D.S., ed. Handbook of health behaviour research, Personal and social determinants, New York, Plenum Press, 1997, pp. 71-91.

Expériences et attitudes vis-à-vis de la santé et de la maladie par type d'îlot de résidence

Tableau 45

« Pour chacune des propositions suivantes, pouvez-vous me donner votre avis ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Vous tombez malade plus facilement que les autres					
Tout à fait d'accord	4,9	2,2	3,5	1,9	2,6
Plutôt d'accord	8,1	7,3	9,7	6,8	7,4
Plutôt pas d'accord	23,2	26,6	26,0	26,8	26,2
Pas du tout d'accord	63,8	63,8	60,8	64,6	63,8
Tests : Global p=0,007 ; Zus versus Total p=0,0005 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Votre corps semble très bien résister à la maladie					
Tout à fait d'accord	36,3	37,5	37,4	37,5	37,2
Plutôt d'accord	45,2	51,2	49,4	51,7	50,4
Plutôt pas d'accord	13,3	9,4	10,6	9,1	10,0
Pas du tout d'accord	5,3	1,9	2,6	1,7	2,4
Tests : Global p=0,004 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Quand quelque chose traîne, vous l'attrapez en général					
Tout à fait d'accord	8,7	4,7	8,3	3,9	5,6
Plutôt d'accord	15,8	13,1	14,3	12,8	13,3
Plutôt pas d'accord	33,9	41,7	34,0	43,5	40,6
Pas du tout d'accord	41,7	40,6	43,5	39,9	40,8
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Vous êtes facilement inquiet dès que quelque chose ne va pas					
Tout à fait d'accord	25,3	17,9	29,4	15,1	18,9
Plutôt d'accord	27,9	27,0	20,7	28,5	27,2
Plutôt pas d'accord	20,4	25,2	22,0	26,0	24,6
Pas du tout d'accord	26,4	30,0	27,9	30,5	29,6
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

Tableau 45
suite

	Résidants des Zus	Résidants hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
<i>Vous avez une vie très saine</i>					
Tout à fait d'accord	38,1	32,5	39,7	30,8	33,5
Plutôt d'accord	44,1	52,2	47,7	53,2	50,9
Plutôt pas d'accord	13,7	13,3	10,9	13,9	13,2
Pas du tout d'accord	4,1	2,0	1,7	2,1	2,3
Tests : Global p=0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
<i>Dans l'avenir, vous vous attendez à avoir une meilleure santé que celle des autres gens que vous connaissez</i>					
Tout à fait d'accord	15,7	12,8	16,9	11,7	13,1
Plutôt d'accord	46,4	43,8	40,7	44,6	44,3
Plutôt pas d'accord	27,8	32,9	32,2	33,1	32,2
Pas du tout d'accord	10,1	10,5	10,2	10,6	10,4
Tests : Global p=0,0124 ; Zus versus Total p=0,042 ; Zus versus Non Zus p=0,011					
<i>Vous avez déjà été sérieusement malade</i>					
Tout à fait d'accord	20,4	15,4	20,3	14,2	16,2
Plutôt d'accord	9,8	9,5	9,6	9,5	9,6
Plutôt pas d'accord	18,5	17,8	14,9	18,5	17,9
Pas du tout d'accord	51,4	57,3	55,3	57,8	56,3
Tests : Global p=0,0136 ; Zus versus Total p=0,01 ; Zus versus Non Zus p=0,001					
<i>Vous pensez que votre santé sera pire dans l'avenir que maintenant</i>					
Tout à fait d'accord	11,6	11,3	12,9	10,9	11,4
Plutôt d'accord	32,2	40,0	32,8	41,7	38,9
Plutôt pas d'accord	34,6	28,7	28,1	28,9	29,5
Pas du tout d'accord	21,6	20,0	26,2	18,5	20,2
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p=0,002 ; Zus versus Non Zus p=0,0002					
<i>Il vous est arrivé d'être tellement malade que vous avez cru en mourir</i>					
Tout à fait d'accord	12,3	8,2	10,1	7,7	8,8
Plutôt d'accord	5,7	4,8	4,0	5,0	4,9
Plutôt pas d'accord	14,1	12,8	11,5	13,1	13,0
Pas du tout d'accord	67,9	74,2	74,4	74,2	73,3
Tests : Global p=0,0396 ; Zus versus Total p=0,0022 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
<i>Vous vous souciez davantage de votre santé que la plupart des gens</i>					
Tout à fait d'accord	8,5	6,2	8,7	5,6	6,6
Plutôt d'accord	23,1	18,8	19,0	18,7	19,4
Plutôt pas d'accord	32,7	36,5	32,8	37,4	36,0
Pas du tout d'accord	35,7	38,5	39,5	38,3	38,0
Tests : Global p=0,0273 ; Zus versus Total p=0,006 ; Zus versus Non Zus p=0,0006					
<i>Vous évitez de penser que vous pourriez avoir un jour un cancer</i>					
Tout à fait d'accord	29,4	26,9	31,0	25,9	27,2
Plutôt d'accord	25,0	29,4	25,9	30,2	28,7
Plutôt pas d'accord	23,3	22,0	20,3	22,4	22,3
Pas du tout d'accord	22,2	21,7	22,8	21,5	21,8
Tests : Global p=0,14 (NS) ; Zus versus Total p=0,16 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,0691 (NS)					
<i>Si vous aviez un cancer, vous préféreriez le savoir le plus tard possible</i>					
Tout à fait d'accord	14,3	9,0	14,0	7,8	9,8
Plutôt d'accord	5,3	10,3	12,9	9,7	9,6
Plutôt pas d'accord	12,8	15,4	15,5	15,4	15,0
Pas du tout d'accord	67,6	65,3	57,5	67,1	65,6
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

Attitudes à l'égard de la médecine et des soins

Les réponses aux questions sur les attitudes vis-à-vis des soins et de la médecine montrent aussi certaines différences entre les quartiers, notamment en ce qui concerne la dimension financière des soins. Presque la moitié des habitants en Zus sont tout à fait d'accord avec la proposition selon laquelle « il faut de l'argent pour se soigner » (contre un tiers des habitants des quartiers moyens et supérieurs).

Des différences importantes sont aussi observées quant à la dimension divine ou providentielle de la maladie et de la guérison, majoritaire et deux fois plus fréquente dans les quartiers en Zus que dans les quartiers moyens ou supérieurs (où elle n'est pour autant pas exceptionnelle).

Par ailleurs, une proportion deux fois plus élevée d'habitants dans les Zus jugent que les conseils ou les recommandations de santé sont « tout à fait » difficiles

à appliquer dans la vie quotidienne : 16 % contre 7 % des habitants des quartiers moyens ou supérieurs. Pour cette dimension, comme pour d'autres vues précédemment, les avis sont plus tranchés dans les Zus que dans les quartiers moyens et supérieurs.

En revanche, deux similitudes méritent d'être soulignées entre les différents types de quartier :

- d'une part, la moitié des habitants (51 %) de l'agglomération parisienne jugent que les informations données par les médecins sont difficiles à comprendre, dans les Zus (58 %) comme dans les quartiers moyens et supérieurs (49 %);

- d'autre part, 31 % des habitants de l'agglomération parisienne se disent « très intéressés » et 46 % « intéressés » d'une manière générale par les informations qui portent sur la santé et la médecine, sans différence selon les quartiers de résidence (cf. tableau en Annexes).

Attitudes vis-à-vis de la médecine et des soins par type d'îlot de résidence

Tableau 46

« Pensez-vous... ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Que ce sont les médecins qui savent le mieux ce qui est bon pour un malade ?					
Oui, tout à fait	43,2	38,4	42,9	37,4	39,0
Oui, plutôt	43,1	50,7	48,2	51,4	49,8
Non, plutôt pas	10,9	8,9	6,6	9,4	9,2
Non, pas du tout	2,8	2,0	2,3	1,9	2,1
Tests : Global p=0,0066 ; Zus versus Total p=0,003 ; Zus versus Non Zus p=0,0004					
Qu'il faut de l'argent pour se soigner ?					
Oui, tout à fait	49,7	35,6	43,9	33,6	37,6
Oui, plutôt	37,9	46,8	41,0	48,2	45,6
Non, plutôt pas	8,7	13,6	9,2	14,6	12,9
Non, pas du tout	3,7	4,1	5,9	3,6	4,0
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Que la maladie et la guérison dépendent de Dieu, du destin ou de la providence ?					
Oui, tout à fait	30,0	9,5	20,1	7,0	12,4
Oui, plutôt	21,4	19,0	25,1	17,5	19,4
Non, plutôt pas	15,8	21,5	19,6	22,0	20,7
Non, pas du tout	32,7	50,0	35,2	53,5	47,4
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Que les informations données par les médecins sont difficiles à comprendre ?					
Oui, tout à fait	17,8	11,5	17,2	10,1	12,4
Oui, plutôt	39,9	38,7	39,3	38,5	38,8
Non, plutôt pas	28,0	35,2	27,7	37,0	34,2
Non, pas du tout	14,3	14,7	15,8	14,4	14,6
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Que les conseils ou les recommandations de santé sont difficiles à appliquer dans la vie quotidienne ?					
Oui, tout à fait	16,4	8,3	12,1	7,3	9,4
Oui, plutôt	36,7	37,1	39,4	36,5	37,0
Non, plutôt pas	31,3	40,3	29,7	42,9	39,1
Non, pas du tout	15,7	14,4	18,8	13,3	14,5
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

Discriminations liées à l'état de santé

Enfin, les sentiments de discriminations liées à l'état de santé, la maladie ou le handicap – bien que globalement très rares – sont plus fréquents dans les quartiers Zus et ouvriers que dans les autres : quatre fois plus d'habitants y déclarent avoir été « souvent » victimes de discrimination pour cette raison au cours de l'année

écoulée (1,2 % contre 0,3 %). Comme la population de ces quartiers est, globalement, en moins bonne santé, cette plus grande fréquence de sentiments de discrimination ne veut pas forcément dire qu'elle fait spécifiquement l'objet de pratiques discriminatoires plus fréquentes en cas de problèmes de santé.

Tableau 47 Fréquence des discriminations liées à l'état de santé au cours des douze derniers mois par type d'îlot de résidence

	Résidants des Zus	Résidants hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
<i>Au cours de l'année écoulée, dans les différents domaines de votre vie personnelle et sociale, avez-vous été personnellement victime de discriminations liées à votre état de santé ou handicap que vous auriez ?</i>					
Oui souvent	1,2	0,5	1,2	0,3	0,6
Oui de temps en temps	2,2	1,5	2,0	1,4	1,6
Non	96,6	98,0	96,8	98,3	97,8

Tests : Global p=0,067 (NS) ; Zus versus Total p=0,024 ; Zus versus Non Zus p=0,0048

Aide à des personnes malades, handicapées ou âgées

Nous avons interrogé les enquêtés sur leurs éventuelles pratiques d'« aidants », c'est-à-dire sur le fait de s'occuper de façon quotidienne d'une ou plusieurs personnes malades, handicapées ou âgées (vivant ou non dans leur ménage) sans être rémunéré. Cette pra-

tique est assez répandue dans les Zus et les quartiers de type ouvrier, où l'on compte respectivement 12,5 % et 12,9 % d'aidants. Elle est, de façon statistiquement significative, moins fréquente dans les quartiers de type moyen ou supérieur (9,4 %).

Tableau 48 Proportion d'aidants par type d'îlot de résidence

	Résidants des Zus	Résidants hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
<i>« En dehors des activités professionnelles, les activités de tous les jours peuvent comprendre d'autres tâches, comme s'occuper d'autres personnes. Actuellement, vos activités quotidiennes comprennent-elles des soins apportés à une ou plusieurs personnes malades, handicapées ou âgées (vivant ou non dans votre ménage) sans que vous soyez rémunéré ? »</i>					
Oui	12,5	10,1	12,9	9,4	10,5
Non	87,5	89,9	87,1	90,6	89,5

Tests : Global p=0,07 (NS) ; Zus versus Total p=0,08 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,03

On peut émettre trois hypothèses en lien avec ces différences. D'une part, les indicateurs de santé étant globalement moins bons dans les quartiers défavorisés, on peut penser que les personnes qui y vivent ont plus

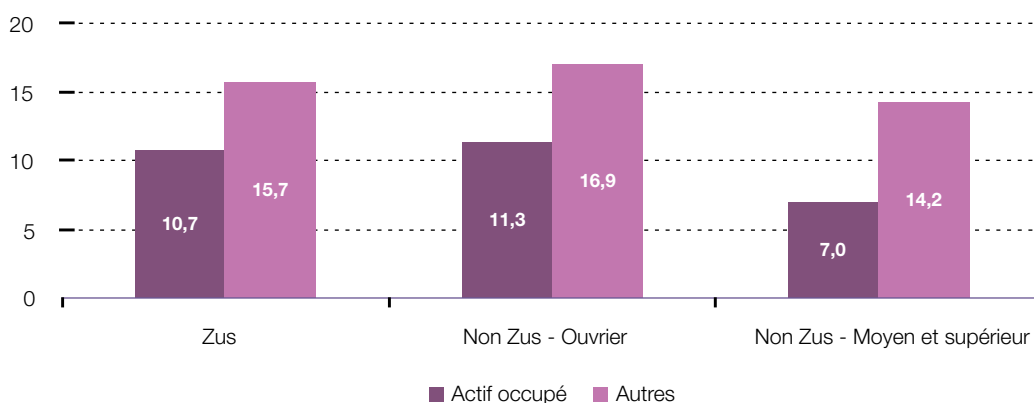
souvent des proches ayant des problèmes de santé que les personnes vivant dans les quartiers moyens ou supérieurs.

D'autre part, les taux d'activité étant plus faibles dans les Zus que dans les autres quartiers, le nombre de personnes disponibles (inactives ou au chômage notamment) y est aussi sans doute plus important pour s'occuper bénévolement, au quotidien, de personnes dépendantes. Si on compare la proportion d'aidants en fonction de leur statut d'emploi, on observe de plus des différences significatives entre les différents types

de quartiers : non seulement les aidants sont un peu plus nombreux parmi les personnes non occupées dans les Zus et les quartiers ouvriers (16 % et 17 %, respectivement) que dans les quartiers moyens ou supérieurs (14 %), mais ils sont aussi plus nombreux chez les actifs occupés : environ 11 % dans les Zus ou les quartiers ouvriers contre 7 % dans les quartiers moyens ou supérieurs.

Proportion d'aidants (%) chez les actifs occupés et les autres habitants par type d'îlot de résidence

Figure 25



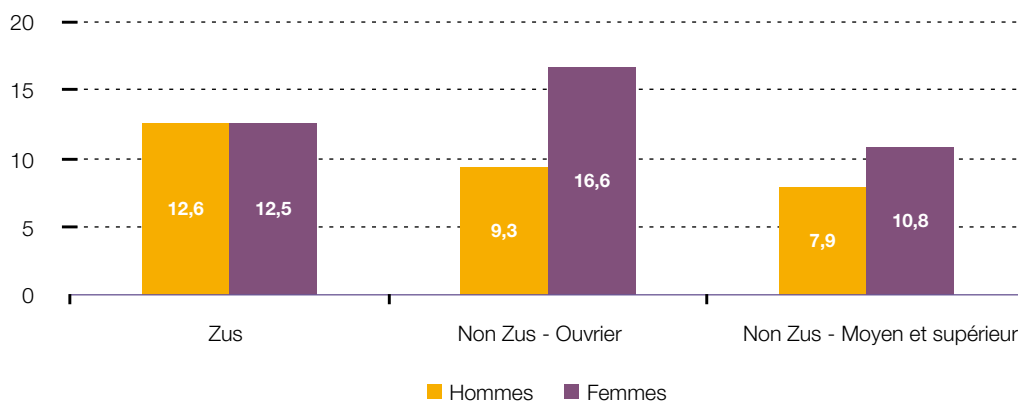
Enfin, on peut penser que la situation financière des personnes dans les Zus et les quartiers ouvriers limite (davantage que dans les autres quartiers) le recours à des professionnels pour s'occuper des soins de leurs proches malades (d'où justement cette plus grande proportion d'aidants chez les actifs des quartiers les plus populaires).

Le soin aux personnes malades, handicapées ou âgées est le plus souvent le fait des femmes dans l'ensemble de l'agglomération parisienne. Cette constatation classique masque en réalité des disparités par type

de quartier : dans les Zus, ce sont en même proportion les hommes que les femmes qui sont aidants tandis que l'écart est maximal dans les quartiers ouvriers (17 % de femmes contre 9 % d'hommes) et persiste dans les quartiers moyens ou supérieurs (11 % de femmes contre 8 % d'hommes). Bien entendu, des analyses plus approfondies seraient nécessaires en ajustant à la fois sur le genre, le statut d'emploi et l'âge. Quoiqu'il en soit, cette proportion brute d'aidants identiques chez les hommes et les femmes dans les Zus mérite d'être soulignée.

Proportion d'aidants (%) par sexe selon le type d'îlot de résidence

Figure 26



Représentations des conditions de vie nuisant à sa santé

Globalement, 53 % des habitants de l'agglomération parisienne répondent par l'affirmative à la question : « Selon vous, aujourd'hui, est-ce que certaines choses dans votre vie nuisent à votre santé psychique, psychologique ou à votre moral ? », sans différence significative

entre les différents types de quartier. Même si les résidents en Zus répondent encore un peu plus souvent par l'affirmative (57 %, cf. tableau en Annexes), à âge et sexe comparables, les différences entre les types de quartier ne sont pas significatives.

Tableau 49 Perception que certaines conditions de vie nuisent à la santé : comparaison selon le type d'îlot de résidence ajustée sur l'âge et le sexe (régression logistique et modèle multiniveau)

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,09 (p=0,004)	
Modèle 1 <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,09 (p=0,005)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,11		0,44	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		0,77 (0,60 – 0,99)		0,86 (0,65 – 1,16)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,84 (0,69 – 1,04)		0,80 (0,56 – 1,14)
Modèle 2 <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,09 (p=0,005)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,10		0,43	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		0,77 (0,60 – 0,99)		0,79 (0,55 – 1,13)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,84 (0,68 – 1,04)		0,86 (0,64 – 1,16)
Âge	0,11		0,05	
18-29 ans		0,92 (0,72 – 1,18)		0,90 (0,74 – 1,10)
30-44 ans		ref		ref
45-59 ans		1,20 (0,96 – 1,50)		1,17 (0,96 – 1,43)
60 ans ou plus		0,92 (0,73 – 1,14)		0,90 (0,73 – 1,10)
Sexe	0,07		0,03	
Homme		0,85 (0,72 – 1,01)		0,85 (0,74 – 0,99)
Femme		ref		ref

Dans le détail, les conditions de vie citées comme préjudiciables à la santé sont différentes selon le type de quartiers des répondants :

- pollution et stress sont les items les plus cités dans l'ensemble des quartiers (encore plus fréquemment d'ailleurs dans les quartiers hors Zus) ;

- en 3^e position viennent, dans les Zus, les conditions de vie dans le quartier (citées par 16 % des résidents contre 2 % des habitants hors Zus) ;

- les trois motifs suivants sont cités à une fréquence semblable en Zus et hors Zus : le bruit, les problèmes de santé de proches et son propre état de santé (12 % à 14 % des habitants) ;

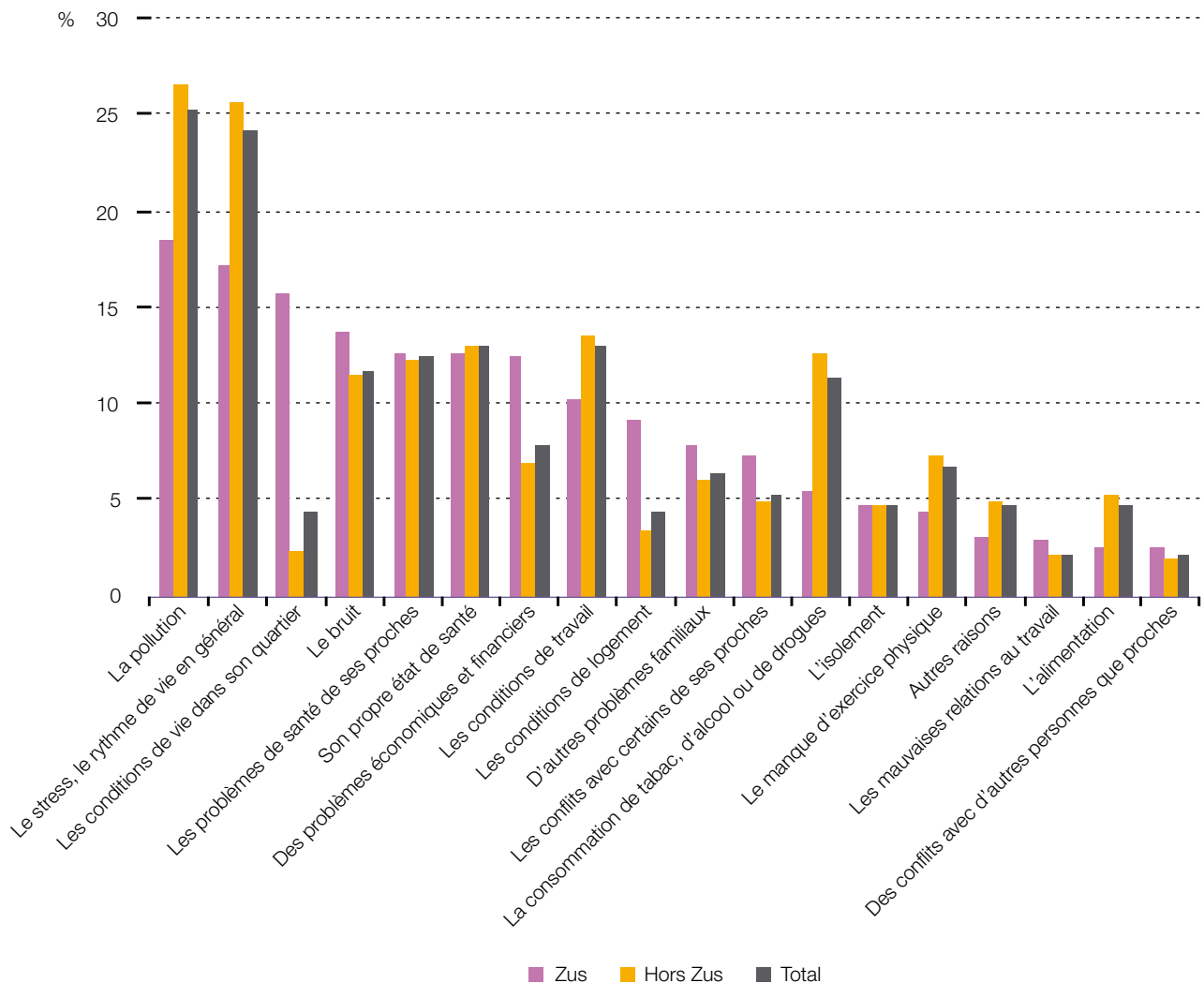
- les problèmes économiques et financiers viennent ensuite (cités par 13 % des habitants en Zus contre 7 % des habitants hors Zus) ;
- dans l'ensemble des dix motifs suivants, quatre sont cités plus souvent en Zus qu'hors Zus : les conditions de logement (9 % contre 4 %), les conflits avec des proches et d'autres problèmes familiaux (15 % contre 11 %) et les mauvaises relations au travail (3 % contre 2 %) ;
- en revanche, les consommations de tabac, d'alcool ou de drogues sont beaucoup plus souvent citées par les habitants hors Zus qu'en Zus (13 % contre 6 %), ainsi

que le manque d'exercice physique (7 % contre 4 %) et l'alimentation (5 % contre 3 %).

Nous verrons plus loin que les raisons d'une citation plus fréquente de ces comportements en lien avec la santé recouvrent, pour certains d'entre eux, une réalité objective (par exemple, une consommation d'alcool effectivement plus fréquente hors Zus) quand, pour d'autres, il s'agit peut-être hors Zus d'une appropriation et d'une intériorisation plus grande des normes de santé et des messages de prévention (pour l'alimentation notamment).

Fréquence de citations des conditions de vie nuisant à la santé : comparaison Zus et hors Zus

Figure 27



44 Indépendamment de tout lien ressenti avec la santé, contrairement à la question précédente.

Chez les personnes occupant un emploi (les actifs occupés représentant 53 % de la population interrogée en Zus, 55 % en quartier ouvrier et 58 % en quartier moyen ou supérieur), certaines caractéristiques de l'emploi – notamment celles susceptibles d'être préjudiciables pour la santé – ont également été interrogées systématiquement⁴⁴.

Si le stress au travail est une expérience largement partagée, tout comme la persistance, dans la sphère personnelle, de soucis en rapport avec le travail, la fatigue est citée plus fréquemment par les travailleurs des quartiers populaires (près d'un quart d'entre eux déclarent rentrer très souvent du travail très fatigué) que par ceux des autres quartiers.

Tableau 50 Stress, fatigue et soucis en lien avec le travail par type d'îlot de résidence

« À quelle fréquence...* »	Résidants des Zus	Résidants hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Trouvez-vous votre travail stressant ?					
Très souvent	19,5	17,5	16,5	17,7	17,7
Assez souvent	35,3	42,9	35,5	44,6	42,0
Rarement	29,8	31,1	35,2	30,1	30,9
Jamais	15,5	8,6	12,8	7,6	9,4
Tests : Global p=0,0017 ; Zus versus Total p=0,0002 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Revenez-vous du travail très fatigué ?					
Très souvent	23,5	17,5	22,3	16,4	18,3
Assez souvent	43,9	45,1	43,0	45,6	44,9
Rarement	25,5	32,7	29,1	33,5	31,7
Jamais	7,1	4,7	5,6	4,5	5,1
Tests : Global p=0,033 ; Zus versus Total p=0,004 ; Zus versus Non Zus p=0,0004					
Continuez-vous à vous soucier des problèmes rencontrés dans votre travail après avoir quitté votre lieu de travail ?					
Très souvent	11,3	16,4	13,8	17,0	15,8
Assez souvent	27,2	36,7	26,7	38,9	35,5
Rarement	30,0	28,7	28,9	28,7	28,8
Jamais	31,6	18,1	30,7	15,3	19,9
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

* Si vous êtes actif(ve).

Les difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale sont, elles aussi, plus souvent citées dans les quartiers Zus (15 %) que dans les quartiers moyens et supérieurs (13 %) ou ouvriers (10 %). Dans l'ensemble de la population interrogée comme dans chacun des types de quartier, ce sont les hommes qui déclarent le

plus souvent de telles difficultés. Même si on ne saurait déduire de ce sentiment exprimé la réalité des difficultés concrètes rencontrées par les uns et les autres, cette insatisfaction plus fréquente des hommes mérite d'être soulignée.

Tableau 51 Les difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale par type d'îlot de résidence

« Arrivez-vous bien à concilier votre vie professionnelle avec votre vie familiale ? »	Résidants des Zus	Résidants hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Tout à fait d'accord	43,7	34,8	46,7	32,1	36,0
Plutôt d'accord	38,7	49,8	41,3	51,7	48,4
Plutôt pas d'accord	10,6	10,1	8,6	10,5	10,2
Pas du tout d'accord	4,7	2,7	1,6	2,9	3,0
Sans objet	2,3	2,6	1,8	2,7	2,5
Tests : Global p=0,0003 ; Zus versus Total p=0,0015 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					

Les difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale par type d'îlot de résidence chez les hommes

Tableau 52

« Arrivez-vous bien à concilier votre vie professionnelle avec votre vie familiale ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Tout à fait d'accord	42,6	32,6	51,3	28,3	34,2
Plutôt d'accord	36,0	51,3	37,2	54,5	49,1
Plutôt pas d'accord	13,1	10,9	9,4	11,3	11,2
Pas du tout d'accord	5,4	3,0	0,8	3,5	3,3
Sans objet	2,9	2,2	1,3	2,4	2,2

Tests : Global p<0,001 ; Zus versus Total p<0,001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001

Les difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale par type d'îlot de résidence chez les femmes

Tableau 53

« Arrivez-vous bien à concilier votre vie professionnelle avec votre vie familiale ? »	Résidentes des Zus	Résidentes hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Tout à fait d'accord	45,2	37,0	41,6	36,0	38,0
Plutôt d'accord	42,2	48,3	45,9	48,9	47,6
Plutôt pas d'accord	7,4	9,3	7,7	9,6	9,1
Pas du tout d'accord	3,8	2,4	2,4	2,4	2,5
Sans objet	1,4	3,0	2,4	3,1	2,8

Tests : Global p=0,457 (NS) ; Zus versus Total p=0,003 ; Zus versus Non Zus p=0,038

Un autre motif d'insatisfaction au travail a été également recherché : le sentiment de ne pas être employé à la hauteur de ses qualifications ou de ses capacités. Ce sentiment est, lui aussi, à la fois largement partagé (au total, 27 % des actifs employés de l'agglomération

parisienne se jugent dans cette situation!) et plus fréquent encore dans les quartiers en Zus (35 %) et les quartiers ouvriers (34 %) que dans les quartiers moyens et supérieurs (24 %).

Perception de l'écart entre qualification et travail par type d'îlot de résidence

Tableau 54

« Pensez-vous que votre travail correspond à votre qualification, ou vos capacités ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
C'est moins qualifié que ce que vous savez faire	34,8	25,6	33,6	23,8	26,8
Cela correspond à votre qualification ou vos capacités	58,9	69,1	61,2	70,9	67,7
C'est plus qualifié que ce que vous aviez appris ou fait auparavant	6,3	5,3	5,2	5,3	5,4

Tests : Global p=0,0008 ; Zus versus Total p=0,001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001

Recours aux soins

Couverture maladie

Parmi la population résidante en Zus, on compte une fréquence particulièrement importante de personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire par la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'État (Ame), mais aussi – dans le même temps – de personnes qui ne sont couvertes que par la Sécurité sociale (sans couverture complémentaire, ni prise en charge à 100 %) : elles sont 13 % dans ce cas, soit trois fois plus nombreuses que dans les quartiers moyens ou

supérieurs et deux fois plus nombreuses que dans les quartiers ouvriers hors Zus.

En revanche, on n'observe pas de différence significative quant à la proportion de personnes sans aucune couverture maladie, extrêmement faible dans tous les types de quartier et comprise entre 0,3 % dans les quartiers ouvriers et 0,6 % à 0,7 % dans les autres types de quartier.

Distribution des types de couverture maladie par type d'îlot de résidence

Tableau 55

Couverture maladie	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Sécurité sociale (standard ou CMU) avec mutuelle ou « pris en charge à 100 % »	68,4	86,2	79,8	87,8	83,6
Sécurité sociale seule	12,7	4,5	6,2	4,1	5,7
AME ou CMU complémentaire	18,3	8,7	13,7	7,5	10,1
Aucune couverture maladie	0,6	0,6	0,3	0,7	0,6

Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p < 0,0001$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$

C'est aussi dans les quartiers Zus qu'on observe la plus grande fréquence de personnes déclarant avoir été

sans couverture maladie (au moins une fois) pendant au moins trois mois au cours de leur vie (17 %).

Proportion de personnes ayant été au moins trois mois sans couverture maladie par type d'îlot de résidence

Tableau 56

« Au cours de votre vie, avez-vous déjà été au moins trois mois sans couverture sociale maladie ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	17,2	11,4	13,3	11,0	12,2
Non	82,3	87,9	86,4	88,2	87,1
(Ne sait pas)	0,5	0,7	0,3	0,8	0,7

Tests : Global $p = 0,019$; Zus versus Total $p = 0,0002$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$

Soins de prévention

45 Plus de la moitié des personnes interrogées se déclare à jour de la vaccination contre le tétanos, sans différence significative par type d'îlot de résidence (cf. tableau en Annexes).

46 En revanche, les motifs de test n'apparaissent pas différents dans la population des différents quartiers : les examens systématiques (grossesse, mariage, don de sang, etc.) sont cités le plus souvent (62 %), puis les examens volontaires (47 %) et ceux sur les conseils d'un médecin (14 %).

La pratique de plusieurs types d'examen de médecine préventive était systématiquement inter-

rogée. Nous exposons ici les principaux résultats significatifs⁴⁵.

Dépistage VIH

Concernant le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), on observe globalement des différences suivant le type de quartier : les personnes résidentes en Zus ont significativement plus souvent bénéficié d'un tel dépistage (58 %) que les autres (55 %) et l'ancienneté

du dernier dépistage y est plus courte (quatre ans en moyenne contre près de cinq ans). Cet écart est dû au faible recours observé dans les quartiers ouvriers hors Zus où plus de 50 % des répondants n'ont jamais effectué de test de dépistage du VIH.⁴⁶

Tableau 57 Proportion de personnes ayant déjà eu un test de dépistage du VIH par type d'îlot de résidence

«Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH/sida?»	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	58,0	55,2	49,5	56,6	55,4
Non	40,2	43,9	49,6	42,6	43,7
(Ne sait pas)	1,8	0,9	0,9	0,8	0,9

Tests : Global $p=0,037$; Zus versus Total $p=0,01$; Zus versus Non Zus $p=0,003$

Tableau 58 Ancienneté du dernier dépistage du VIH (en années) par type d'îlot de résidence

À quand remonte votre dernier test de dépistage du VIH/sida? (moyenne en années)	N	Moyenne	Écart-type	CI 95 %	
Résidents des Zus	411	4,0	0,25	3,49 – 4,46	
Résidents hors Zus	Ensemble	1 231	4,7	0,17	4,41 – 5,06
	Type ouvrier	323	4,2	0,32	3,52 – 4,77
	Type moyen et supérieur	908	4,9	0,19	4,48 – 5,23
Population totale	1 642	4,6	0,15	4,35 – 4,93	

Tests : Zus versus Total $p=0,003$; Zus versus Non Zus $p=0,009$

47 Le sentiment d'appartenance communautaire est interrogé dans Sirs par deux questions («Avez-vous le sentiment d'appartenir à une communauté ethnique ou religieuse?» et «Avez-vous le sentiment d'appartenir à un autre type de communauté?», sans plus de précision). Seule la réponse à la première question est apparue discriminante ici.

48 Cette date a été choisie arbitrairement au vu de la courbe épidémique des cas de sida en population hétérosexuelle féminine. C'est aussi l'année où est mis en place le dépistage systématique des dons de sang. Rappelons que le dépistage est systématiquement proposé aux femmes enceintes lors du premier examen prénatal depuis la loi du 27 janvier 1993.

Ce recours plus faible dans les quartiers ouvriers hors Zus reste observé (même s'il n'est plus significatif : cf. le modèle multiniveau suivant) après ajustement sur l'âge, le sexe, la nationalité, le niveau d'études, la situation maritale et parentale, la perception du risque VIH et le sentiment d'appartenance communautaire⁴⁷. La situation professionnelle, la couverture maladie et le fait d'avoir, ou non, un médecin régulier ne sont pas apparus comme significativement associés à ce recours.

Vis-à-vis du dépistage VIH, ce ne sont donc pas tant les Zus que les quartiers populaires hors Zus qui semblent en situation la plus péjorative.

En réalité, une analyse par sexe ne retrouve aucune différence de recours au dépistage VIH par type de quartier de résidence chez les femmes. La différence globale observée est uniquement le fait des hommes qui – après ajustement sur l'âge et le niveau d'étude, la situation maritale et le nombre d'enfants, la nationalité,

la perception du risque vis-à-vis du VIH et le sentiment d'appartenir à une communauté ethnique ou religieuse – ont une probabilité deux fois plus faible d'avoir déjà effectué un test de dépistage lorsqu'ils résident dans un quartier hors Zus (quel que soit le type de quartier : ouvrier ou moyen/supérieur).

En outre, parmi toutes ces variables d'ajustement, seuls l'âge et le niveau d'études sont significativement associés au recours au dépistage dans les deux sexes. La nationalité, la situation maritale, la perception du risque et le sentiment d'appartenance communautaire ne sont des facteurs significatifs que chez les hommes. En particulier, les Français issus de l'immigration et les étrangers ont significativement moins souvent eu un tel test que les Français nés de parents français.

Chez les femmes – parce que la pratique d'un test est systématique au moment de la grossesse – le fait d'avoir eu des enfants (après 1985⁴⁸) est associé à la pratique d'un test.

Facteurs associés au recours au dépistage du VIH :
analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)

Tableau 59

	Modèle logistique*		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,12 (p=0,002)	
Modèle 1 <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,11 (p=0,003)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,01		0,14	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		0,71 (0,55 – 0,91)		0,72 (0,50 – 1,04)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,94 (0,77 – 1,16)		0,94 (0,69 – 1,27)
Modèle 2 <i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,08 (p=0,021)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,05		0,18	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		0,71 (0,54 – 0,94)		0,71 (0,50 – 1,02)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,79 (0,62 – 1,01)		0,81 (0,60 – 1,10)
Âge	<.0001		<.0001	
18-29 ans		0,44 (0,33 – 0,59)		0,45 (0,35 – 0,58)
30-44 ans		ref		ref
45-59 ans		0,44 (0,34 – 0,57)		0,44 (0,35 – 0,56)
60 ans ou plus		0,17 (0,12 – 0,23)		0,17 (0,13 – 0,23)
Sexe	<.0001		<.0001	
Homme		0,60 (0,49 – 0,73)		0,61 (0,52 – 0,72)
Femme		ref		ref
Nationalité	0,006		0,005	
Français de parents français		ref		ref
Français de parent(s) étranger(s)		0,68 (0,52 – 0,88)		0,70 (0,56 – 0,88)
Étranger		0,74 (0,55 – 1,00)		0,78 (0,60 – 1,01)
Niveau d'études	<.0001		<.0001	
Aucun ou primaire		0,39 (0,27 – 0,56)		0,41 (0,29 – 0,56)
Secondaire 1 ^{er} cycle		0,57 (0,43 – 0,75)		0,59 (0,47 – 0,75)
Secondaire 2 ^e cycle		0,85 (0,66 – 1,09)		0,87 (0,70 – 1,07)
Supérieur		ref		ref
Situation maritale	0,0008		0,0007	
Vit en couple		ref		ref
Ne vit pas en couple		0,71 (0,58 – 0,87)		0,73 (0,61 – 0,88)
Perception VIH	0,06		0,04	
Risque présent		ref		ref
Risque faible		0,78 (0,60 – 1,01)		0,79 (0,63 – 0,99)
Enfant(s) de moins de 20 ans	0,0004		<.0001	
Oui		ref		ref
Non		0,64 (0,50 – 0,82)		0,63 (0,51 – 0,78)
Appartenance à une communauté ethnique ou religieuse	0,0001		<.0001	
Oui		ref		ref
Non		1,51 (1,22 – 1,87)		1,45 (1,20 – 1,74)

* Technique : pas à pas ascendante puis descendante. Autres variables testées : avoir un médecin régulier (oui/non), couverture maladie et situation professionnelle.

Tableau 60

Facteurs associés au fait d'avoir déjà eu au moins un test de dépistage du VIH : analyse multivariée par sexe (régression logistique)

Modèles logistiques – Dépistage VIH	Femme			Homme				
	OR	IC 95 %		P>F	OR	IC 95 %		P>F
Âge				<.0001				<.0001
18-29 ans	0,62	0,43	0,89		0,25	0,16	0,40	
30-44 ans	ref				ref			
45-59 ans	0,41	0,29	0,59		0,47	0,32	0,70	
60 ans ou plus	0,19	0,13	0,29		0,15	0,09	0,24	
Statut du quartier				0,81				0,004
Zus	ref				ref			
Non Zus – Ouvrier	0,89	0,61	1,30		0,51	0,33	0,80	
Non Zus – Moyen et supérieur	0,98	0,71	1,35		0,56	0,38	0,82	
Niveau d'études				<.0001				0,014
Aucun ou primaire	0,29	0,18	0,48		0,61	0,34	1,10	
Secondaire 1 ^{er} cycle	0,55	0,38	0,78		0,51	0,34	0,78	
Secondaire 2 ^e cycle	0,82	0,58	1,15		0,89	0,61	1,30	
Supérieur	ref				ref			
Nationalité				0,27				0,0008
Français de parents français	ref				ref			
Français de parent(s) étranger(s)	0,76	0,53	1,07		0,57	0,38	0,87	
Étranger	0,97	0,65	1,45		0,47	0,30	0,74	
Situation maritale				0,07				0,009
Vit en couple	ref				ref			
Ne vit pas en couple	0,79	0,62	1,02		0,62	0,44	0,89	
Perception VIH				0,59				0,003
Risque présent	ref				ref			
Risque faible	1,11	0,77	1,58		0,57	0,39	0,83	
Enfant(s) de moins de 20 ans				<.0001				0,14
Oui	ref				ref			
Non	0,35	0,26	0,48		1,36	0,91	2,02	
Appartenance à une communauté ethnique ou religieuse				0,22				<.0001
Oui	ref				ref			
Non	1,19	0,90	1,57		2,00	1,41	2,83	

49 Cette fréquence est plus faible dans les Zus (16 %, $p < 0,05$) mais il est possible que les termes « coloscopie » ou « sigmoïdoscopie » n'aient pas été compris par tous les enquêtés....

Dépistage du cancer colorectal

Seule une infime minorité des personnes interrogées a déjà entendu parler de « l'Hémocult » (ou test de recherche de sang dans les selles) : 11 % des personnes dans les quartiers moyens et supérieurs, 5 % dans les quartiers ouvriers hors Zus et 6 % en Zus.

Concernant ce dépistage et la façon dont il est pratiqué, on n'observe pas de différence entre les quartiers :

- 15 % des habitants interrogés déclarent avoir déjà bénéficié d'une recherche de sang dans les selles (dans des circonstances analogues dans les différents quartiers) ;
- tandis que la fréquence du recours à une coloscopie ou une sigmoïdoscopie est de 20 %⁴⁹ (cf. tableau en Annexes).

Dosage de la cholestérolémie

Le dosage du cholestérol était également interrogé en tant qu'indicateur de recours à des soins de prévention (primaire ou secondaire). La simple comparaison des données par type de quartier semble opposer les quartiers Zus et ouvriers d'un côté et les quartiers moyens et supérieurs de l'autre puisque le recours (vie entière) à un tel dosage est deux fois plus rare dans les deux premiers types.

En réalité, après ajustement sur certaines caractéristiques individuelles des habitants, cette différence n'est plus significative. On a là un exemple typique de biais de composition : des différences très importantes existent en effet concernant ce dosage, non seulement selon le sexe (les femmes bénéficiant plus souvent de cet

examen que les hommes, dans le cadre des bilans pré-contraceptifs notamment), mais aussi selon le niveau d'étude, le type de couverture maladie et la nationalité des personnes. Les différences de composition socio-économique entre les trois types de quartiers expliquent largement les différences par type de quartier initialement observées.

Notons que des différences territoriales significatives persistent, qui ne sont pas complètement « expliquées » ni par l'ajustement effectué sur les caractéristiques individuelles prises en compte, ni par la prise en compte du type de quartier (Zus, ouvrier hors Zus, moyen et supérieur) puisque la variance de l'effet aléatoire inter-quartier reste significative dans le modèle 2 du tableau 61.

Facteurs associés au fait d'avoir déjà eu un dosage de la cholestérolémie : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)

Tableau 61

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide				
Variance de l'effet aléatoire			0,35 (p=0,0006)	
Modèle 1				
Variance de l'effet aléatoire			0,23 (p=0,0002)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	<.0001		<.0001	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		0,97 (0,76 – 1,25)		1,00 (0,62 – 1,62)
Non Zus – Moyen et supérieur		1,95 (1,59 – 2,40)		2,01 (1,36 – 2,98)
Modèle 2				
Variance de l'effet aléatoire			0,11 (p=0,01)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,0005		0,01	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		0,73 (0,55 – 0,97)		0,74 (0,49 – 1,11)
Non Zus – Moyen et supérieur		1,21 (0,95 – 1,53)		1,24 (0,88 – 1,74)
Âge	<.0001		<.0001	
18-29 ans		0,37 (0,28 – 0,48)		0,38 (0,31 – 0,48)
30-44 ans		ref		ref
45-59 ans		3,01 (2,31 – 3,93)		2,93 (2,32 – 3,69)
60 ans ou plus		5,77 (4,17 – 8,00)		5,42 (4,08 – 7,20)
Sexe	<.0001		<.0001	
Homme		0,42 (0,34 – 0,52)		0,43 (0,36 – 0,51)
Femme		ref		ref
Nationalité	<.0001		<.0001	
Français de parents français		ref		ref
Français de parent(s) étranger(s)		0,57 (0,44 – 0,74)		0,59 (0,47 – 0,74)
Étranger		0,56 (0,42 – 0,77)		0,56 (0,43 – 0,74)

Tableau 61 suite

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Niveau d'études	<.0001		<.0001	
Aucun ou primaire		0,43 (0,29 – 0,63)		0,47 (0,33 – 0,66)
Secondaire 1 ^{er} cycle		0,67 (0,50 – 0,89)		0,71 (0,55 – 0,92)
Secondaire 2 ^e cycle		0,66 (0,51 – 0,85)		0,68 (0,54 – 0,85)
Supérieur		ref		ref
Couverture maladie	<.0001		<.0001	
Sécurité sociale et mutuelle ou prise en charge à 100 %		ref		ref
AME ou CMU complémentaire		0,39 (0,26 – 0,59)		0,41 (0,28 – 0,62)
Sécurité sociale seule ou CMU		0,55 (0,37 – 0,79)		0,55 (0,41 – 0,75)
Aucune couverture maladie		0,22 (0,04 – 0,79)		0,22 (0,06 – 0,82)
Avoir un médecin régulier	0,02		0,006	
Oui		ref		ref
Non		0,70 (0,52 – 0,96)		0,71 (0,56 – 0,91)

50 Ce regroupement se justifie par l'absence de différence statistiquement significative entre les Zus et les quartiers ouvriers, comme on l'observe ci-dessous.

Suivi gynécologique régulier

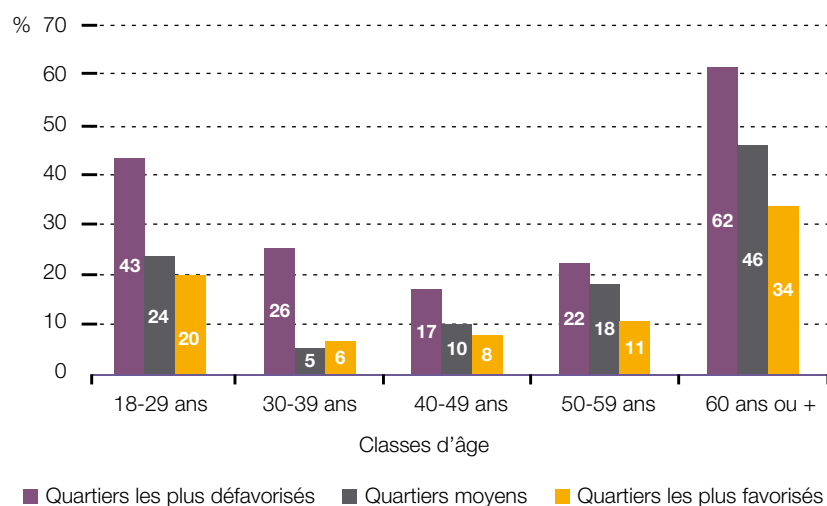
La grande majorité (76 %) des femmes est suivie régulièrement pour les questions de gynécologie. Toutefois, ce pourcentage diminue sensiblement avec l'âge : entre 30 et 39 ans, 89 % sont suivies contre seulement 57 % des femmes de plus de 60 ans.

En réunissant les quartiers de type Zus et ouvriers en un seul groupe⁵⁰ (dits « quartiers défavorisés » dans la

figure 28), on constate que le suivi gynécologique y est beaucoup moins fréquent que dans les autres quartiers. À tous les âges, le suivi régulier est au minimum deux fois plus fréquent dans les quartiers favorisés, et même quatre fois plus fréquent entre 30 et 39 ans.

Figure 28

Absence de suivi gynécologique régulier (%) par type de quartier (en trois groupes)



Parmi ces quartiers défavorisés, c'est dans les îlots ouvriers hors Zus que la situation des femmes est la plus péjorative : 36 % d'entre elles ne sont pas suivies

contre 29 % dans les Zus et 19 % dans les quartiers moyens et supérieurs.

Suivi gynécologique régulier par type d'îlot de résidence **Tableau 62**

« Si vous n'êtes pas enceinte, êtes-vous régulièrement suivie pour les questions de gynécologie ? »	Résidants des Zus	Résidants hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	71,2	78,3	64,3	81,4	77,1
Non	28,8	21,7	35,7	18,6	22,9

Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p = 0,008$; Zus versus Non Zus $p = 0,001$

En analyse multivariée, les femmes des quartiers ouvriers ont 1,5 fois plus de risques que les femmes en Zus de ne pas avoir de suivi gynécologique régulier et ces dernières ont elles-mêmes 1,5 fois plus de risques d'être dans cette situation que les femmes des quartiers moyens et supérieurs.

Même si ces différences ne sont plus significatives, ces forces d'association persistent (et l'écart entre Zus et quartiers ouvriers a même tendance à s'accroître) quand on ajuste sur l'âge, la nationalité, le niveau d'étude, la couverture maladie et la situation maritale

(toutes caractéristiques qui sont associées au suivi gynécologique des femmes⁵¹). En d'autres termes – contrairement au dosage du cholestérol par exemple – les facteurs de composition (liés à une distribution différente des femmes selon les quartiers en termes de situation socioéconomique et sociodémographique) n'expliquent pas toute la différence observée entre les types de quartier. Il est possible que d'authentiques facteurs contextuels (liés à l'offre de soins notamment) se surajoutent à ces facteurs individuels.

⁵¹ On observe notamment que les femmes françaises nées de parents étrangers, les femmes étrangères, les femmes avec un faible niveau d'études, les célibataires et/ou celles sans couverture maladie complémentaire ont plus de risque de ne pas être suivies régulièrement en gynécologie.

Facteurs associés à l'absence de suivi gynécologique : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau) **Tableau 63**

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide Variance de l'effet aléatoire			0,34 ($p = 0,002$)	
Modèle 1 Variance de l'effet aléatoire			0,22 ($p = 0,012$)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	<.0001		0,001	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		1,29 (0,91 – 1,83)		1,23 (0,70 – 2,15)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,53 (0,39 – 0,72)		0,57 (0,36 – 0,90)
Modèle 2 Variance de l'effet aléatoire			0,13 ($p = 0,07$)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	<.0001		0,0009	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		1,56 (1,05 – 2,31)		1,47 (0,87 – 2,49)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,66 (0,46 – 0,95)		0,66 (0,42 – 1,03)
Âge	<.0001		<.0001	
18-29 ans		2,53 (1,69 – 3,80)		2,43 (1,63 – 3,64)
30-44 ans		ref		ref
45-59 ans		1,42 (0,90 – 2,23)		1,41 (0,91 – 2,18)
60 ans ou plus		5,47 (3,73 – 8,02)		5,31 (3,52 – 8,00)

Tableau 63
suite

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Nationalité	0,01		0,01	
<i>Français de parents français</i>		<i>ref</i>		<i>ref</i>
Français de parent(s) étranger(s)		1,60 (1,13 – 2,27)		1,57 (1,11 – 2,21)
Étranger		1,69 (1,02 – 2,17)		1,61 (1,05 – 2,47)
Niveau d'études	0,02		0,02	
Aucun ou primaire		1,96 (1,24 – 3,09)		1,87 (1,20 – 2,91)
Secondaire 1 ^{er} cycle		1,28 (0,86 – 1,91)		1,23 (0,84 – 1,81)
Secondaire 2 ^e cycle		1,49 (1,02 – 2,17)		1,46 (1,04 – 2,06)
Supérieur		<i>Ref</i>		<i>ref</i>
Couverture maladie	<.0001		<.0001	
<i>Sécurité sociale et mutuelle ou « pris en charge à 100 % »</i>		<i>ref</i>		<i>ref</i>
AME ou CMU complémentaire		0,66 (0,36 – 1,21)		0,67 (0,38 – 1,19)
Sécurité sociale seule (standard ou CMU)		2,77 (1,75 – 4,41)		2,71 (1,76 – 4,16)
Aucune couverture maladie		2,73 (0,51 – 14,59)		2,37 (0,59 – 9,52)
Situation maritale	<.0001		<.0001	
<i>Vit en couple</i>		<i>ref</i>		<i>ref</i>
Ne vit pas en couple		3,21 (2,44 – 4,22)		3,11 (2,37 – 4,08)

Les raisons évoquées par les femmes pour justifier leur absence de suivi sont multiples. Le plus souvent, elles déclarent ne pas en avoir besoin (64 %), ne pas aimer les examens gynécologiques (22 %), ne pas avoir le temps (15 %) ou ne pas savoir à quel médecin s'adresser (15 %). Les problèmes financiers sont indiqués moins souvent (6 %). Ces motifs ne sont pas

différents selon le type de quartiers de résidence (cf. tableau en Annexes).

Lorsqu'elles sont suivies, les femmes le sont majoritairement (à près de 90 %) en libéral, par un gynécologue ou un généraliste. Le suivi dans d'autres structures (hôpital, dispensaires...) est près de deux fois plus fréquent dans les quartiers Zus ou ouvriers que dans les autres.

Tableau 64

Lieu du suivi gynécologique par type d'îlot de résidence

« Si vous êtes suivie, par qui l'êtes-vous ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Un généraliste en ville	9,8	6,4	10,6	5,7	6,9
Un gynécologue en ville	73,7	83,5	73,3	85,3	82,3
Un médecin à l'hôpital	8,3	6,6	9,4	6,1	6,8
Autre (dispensaire, centre de soins, etc)	8,3	3,4	6,7	2,9	4,0

Tests : Global p=0,0005 ; Zus versus Total p=0,0003 ; Zus versus Non Zus p<0,0001

Dépistage des cancers féminins

Le dépistage précoce du cancer du sein peut se faire dans le cadre du programme national de dépistage organisé ou de manière individuelle – sur prescription médicale. Dans de nombreux pays européens, le dépistage se fonde sur un système d'invitation régulière dans

le cadre d'un programme national. En France, les deux systèmes coexistent depuis la fin des années 1980 dans certains départements et, depuis 2003, le Plan cancer a initié la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein à l'ensemble du territoire. À cette époque,

en Île-de-France, quatre départements sur huit étaient déjà engagés dans un programme de dépistage organisé (la Seine-Saint-Denis, les Yvelines, le Val d'Oise et l'Essonne). Les recommandations nationales préconisent pour toutes les femmes de 50 ans à 74 ans une mammographie tous les deux ans.

Dans l'enquête Sirs les femmes ont été interrogées sur leurs pratiques concernant le dépistage du cancer du sein (recours à la mammographie). La couverture des femmes de 50 ans à 74 ans est meilleure dans l'agglomération parisienne qu'au niveau national : 86 % des femmes de 50 ans à 74 ans déclarent avoir réalisé une

mammographie au cours des deux dernières années – dont environ 1/3 (30 %) en recevant une lettre d'invitation pour le dépistage tandis que, selon les résultats du dernier *Baromètre cancer* de l'Inpes (2005), à l'échelle nationale 70 % des femmes de la tranche d'âge cible ont eu une mammographie au cours des deux dernières années (dont un peu plus d'un quart sur invitation du programme de dépistage organisé).

En moyenne, c'est dans les quartiers ouvriers hors Zus que l'ancienneté de la dernière mammographie est la plus longue (mais les différences ne sont pas significatives).

Ancienneté moyenne de la dernière mammographie par type d'îlot de résidence

Tableau 65

À quand remonte la dernière mammographie ? (Année moyenne)		N	Moyenne	Écart-type	CI 95 %
Résidents des Zus		234	1,8	0,19	1,37 – 2,14
Résidents hors Zus	Ensemble	868	2,0	0,13	1,73 – 2,23
	Type ouvrier	229	2,6	0,29	2,03 – 3,18
	Type moyen et supérieur	639	1,9	0,14	1,58 – 2,13
Population totale		1 102	2,0	0,11	1,72 – 2,17

Tests : versus Global $p=0,32$ (NS) ; Zus versus Non Zus $p=0,46$ (NS)

Chez les femmes de plus de 40 ans, les raisons de l'absence de mammographie depuis trois ans ou plus étaient interrogées. Globalement, ces raisons ne diffèrent pas selon le type de quartier de résidence, sauf en ce qui concerne (cf. tableaux en Annexes) :

- la méconnaissance du ou des lieu(x) où cet examen peut être pratiqué : citée par 4 % des femmes en Zus, 3 % en quartier ouvrier et par aucune femme dans les quartiers moyens et supérieurs ;
- la peur des résultats (ou préférer ne pas savoir), citée par 5 % des femmes en Zus, contre 1,5 % des femmes dans tous les autres types de quartier.

Concernant le dépistage du cancer du col utérin, les recommandations nationales le préconisent chez les femmes de 25 ans à 65 ans sur un rythme triennal après deux frottis consécutifs normaux à un an d'intervalle. L'introduction récente du vaccin contre les infections à papillomavirus humains – recommandé aux jeunes filles de 14 ans (ou de 15 ans à 23 ans lorsqu'elles n'ont pas encore eu de rapports sexuels) – ne remet pas en cause le dépistage des lésions du col de l'utérus, y compris chez les femmes vaccinées, mais constitue une mesure de prévention supplémentaire. Le dépistage individuel du cancer du col utérin est une pratique bien développée, en particulier depuis l'apparition des contraceptifs dans les années 1960.

Le taux de couverture (la proportion de femmes ayant réalisé un frottis au cours des trois dernières

années), estimé à partir de l'enquête Sirs, est de 84 % parmi les femmes de 25 ans à 65 ans et de 75 % parmi l'ensemble des femmes interrogées. Les femmes non concernées par ces recommandations nationales – car plus âgées (au-delà de 65 ans) ou plus jeunes (avant 25 ans) – recourent donc aussi massivement au dépistage du cancer du col – et ceci, sans différence observée entre les différents types de quartiers (cf. tableaux en Annexes).

Chez les femmes n'ayant pas eu de frottis du col utérin depuis trois ans ou plus, certains motifs de non recours diffèrent selon les quartiers de résidence (cf. tableaux en Annexes) :

- la méconnaissance du ou des lieu(x) où cet examen est pratiquée est citée deux à trois fois plus souvent par les femmes en Zus (6 %) que par les autres ;
- le motif « parce que vous n'aimez pas cet examen » est cité par 30 % des femmes en Zus contre 18 % des femmes en quartier ouvrier et 15 % des femmes des autres quartiers ;
- les raisons financières sont citées par 14 % des femmes en Zus contre 5 % des femmes en quartier ouvrier et moins de 1 % des femmes des autres quartiers ;
- le manque de temps, ou d'autres soucis, enfin, sont cités par 22 % des femmes en Zus contre 12 % des femmes de tous les autres types de quartier.

Soins curatifs

On a vu plus haut que les personnes vivant en Zus et en quartiers ouvriers avaient des indicateurs de santé

perçue plus dégradés que les autres.

Suivi médical

Pour autant, on n'observe pas de différence significative, entre les types de quartiers, en ce qui concerne la fréquence globale du fait d'avoir un traitement ou un

suivi régulier pour des raisons médicales : en moyenne, 39% des habitants de l'agglomération parisienne déclarent un tel suivi ou traitement (cf. tableau en Annexes).

Médecin traitant et médecin régulier

On n'observe pas non plus de différence quant au fait d'avoir ou non un médecin traitant (cf. tableau en Annexes) : en 2005 en moyenne, 65 % des habitants avaient déclaré un médecin traitant à l'Assurance

maladie et 19 % étaient sur le point de le faire. Et, par ailleurs, qu'ils l'aient déclaré ou non comme médecin traitant, 85 % des habitants avaient un médecin régulier.

Tableau 66

Types de structure de soins consultées au cours des douze derniers mois par grand type de motif et par type d'îlot de résidence

«Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un médecin en ville ou à l'hôpital? (non compris les hospitalisations)»		Résidents Zus	Résidents hors Zus			Population totale
			Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Pour un accident	Oui	8,1	9,0	10,4	8,6	8,8
	Non	91,9	91,0	89,6	91,4	91,1
Tests : Global p=0,46 (NS) ; Zus versus Total p=0,49 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,43 (NS)						
Pour un suivi, une grossesse, un renouvellement d'ordonnance	Oui	47,3	47,4	42,5	48,5	47,4
	Non	52,7	52,6	57,5	51,5	52,6
Tests : Global p=0,07 (NS) ; Zus versus Total p=0,96 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,98 (NS)						
Pour une maladie ou un autre problème de santé	Oui	57,1	56,0	55,6	56,0	56,1
	Non	42,9	44,0	44,4	44,0	43,9
Tests : Global p=0,97 (NS) ; Zus versus Total p=0,61 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,55 (NS)						
En prévention (bilan, pour voir si tout va bien, vaccins, etc.)	Oui	25,8	27,4	26,3	27,6	27,2
	Non	74,2	72,6	73,7	72,4	72,8
Tests : Global p=0,37 (NS) ; Zus versus Total p=0,42 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,35 (NS)						
Pour une autre raison (certificat, autre...)	Oui	10,6	14,5	12,5	15,0	13,9
	Non	89,4	85,5	87,5	85,0	86,1
Tests : Global p=0,06 (NS) ; Zus versus Total p=0,01 ; Zus versus Non Zus p=0,003						

Automédication

L'automédication également, telle qu'interrogée dans l'enquête, apparaît aussi fréquente dans les différents types de quartiers. Au total, 54 % des personnes interrogées déclarent avoir consommé au moins une fois un médicament sans l'avis d'un médecin

au cours des quatre dernières semaines. Dans un cas sur cinq, cette automédication a concerné au moins une fois un médicament vendu uniquement sur ordonnance (cf. tableaux en Annexes).

Second avis médical

Au cours des douze derniers mois, 9 % de la population interrogée déclarent avoir consulté de leur propre initiative pour avoir un second avis médical ; sans

différence significative entre les différents types de quartiers (cf. tableau en Annexes).

Types de structure consultée au cours des douze derniers mois

Globalement, le recours aux urgences hospitalières est plus fréquent parmi les résidents des quartiers Zus que parmi ceux des autres quartiers. C'est le cas pour l'ensemble des motifs de recours listés dans le tableau suivant (accident, maladie, etc.) mais les différences ne sont significatives que pour les motifs codés en « autre » (pour lesquels nous n'avons malheureusement pas plus de précisions...) : 7 % en Zus

versus moins de 1 % hors Zus. Il est possible, mais ce ne sont que de pures spéculations, que ces « autres motifs » recouvrent les actes chirurgicaux (et que les établissements privés n'aient pas été cités comme « urgences hospitalières ») et/ou les différents motifs de recours aux consultations médico-judiciaires des urgences publiques.

Où était-ce ?	Résidents Zus	Résidents hors Zus	Population totale
En ville	29,9	43,7	42,0
Hôpital aux urgences	70,4	64,7	65,3
Hôpital en consultations externes	21,4	23,9	23,7
En ville	84,8	89,4	88,9
Hôpital aux urgences	2,0	2,6	2,5
Hôpital en consultations externes	27,5	22,1	22,7
En ville	86,6	89,0	88,7
Hôpital aux urgences	9,3	6,7	7,0
Hôpital en consultations externes	24,8	20,2	20,8
En ville	82,2	88,1	87,9
Hôpital aux urgences	3,1	0,9	1,0
Hôpital en consultations externes	26,7	16,7	17,1
En ville	93,1	94,9	94,6
Hôpital aux urgences	7,4	0,7	1,5
Hôpital en consultations externes	7,1	6,8	6,7

Renoncement aux soins

En revanche, interrogés sur le renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois⁵², 17 % des habitants de l'agglomération pari-

sienne dans leur ensemble déclarent avoir connu un tel renoncement, et cette proportion s'élève à 27 % dans les Zus et à 21 % dans les quartiers ouvriers hors Zus.

Tableau 67 Renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois par type d'îlot de résidence

«Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ?»	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	26,5	15,4	21,0	14,1	16,9
Non	73,5	84,6	79,0	85,9	83,1

Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p < 0,0001$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$

⁵² Pour des analyses précédentes sur cette question, voir :

Chauvin P., Parizot I., *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*, Paris, Éditions de la Div, collection « Études et recherches », 2007.

Bazin F., Parizot I., Chauvin P., « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001 ». *Sciences sociales et santé*, Paris, John Libbey Eurotext, 2006, n° 24, pp. 11-31.

Bazin F., Parizot I., Chauvin P., « Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare: a study in underprivileged areas, Paris région, France, 2001-2003. » *European Journal of Public Health*, Oxford University Press, 2005, vol. 15, n° 4, pp. 361-7.

Cette différence entre types de quartier persiste après ajustement sur l'âge, le sexe, la nationalité, la couverture maladie, l'isolement social, la situation professionnelle, le niveau de revenus, l'existence d'une maladie chronique et la position occupée dans les réseaux d'entraides entre proches. En analyse multivariée par modèle de régression multiniveau, le risque d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières reste – toutes choses égales par ailleurs concernant ces différentes caractéristiques individuelles – est significativement plus faible dans les quartiers moyens et supérieurs que dans les quartiers en Zus.

En d'autres termes, les différences entre types de quartier ne s'expliquent pas intégralement par les caractéristiques individuelles retenues dans le modèle et d'autres facteurs doivent entrer en ligne de compte ; peut-être, notamment, des représentations et attentes

de santé et de soins différemment distribuées dans ces différents types de quartier.

Les types de soins auxquels les personnes ont renoncé ne sont pas significativement différents selon le type de quartiers sauf en ce qui concerne les lunettes et les lentilles, citées par 38 % des habitants en Zus (ayant renoncé à au moins un soin), 30 % en quartier ouvrier et 28 % en quartiers moyens et supérieurs. Les autres motifs sont, par ordre décroissant et dans l'agglomération parisienne dans son ensemble : les soins dentaires (73 %), les consultations, visites ou soins de spécialistes (23 %), les séances de kinésithérapie (13 %), les consultations, visites ou soins de généralistes (11 %), les analyses de laboratoire ou les examens d'imagerie (11 %), des médicaments ou des dépenses de pharmacie (11 %), d'autres types de soins (9 %, cf. tableaux en Annexes).

Tableau 68 Facteurs associés au renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Modèle vide				
<i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,23 ($p=0,006$)	
Modèle 1				
<i>Variance de l'effet aléatoire</i>			0,07 ($p=0,15$)	
	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	<.0001		<.0001	
Zus		<i>ref</i>		<i>ref</i>
Non Zus – Ouvrier		0,74 (0,55 – 0,98)		0,75 (0,52 – 1,10)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,45 (0,35 – 0,58)		0,47 (0,35 – 0,64)

Facteurs associés au renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois :
analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)

Tableau 68
suite

	Modèle logistique		Modèle logistique multiniveau	
Modèle 2			0,05 (p=0,21)	
Variance de l'effet aléatoire	p-value	Odds ratio (IC 95 %)	p-value	Odds ratio (IC 95 %)
Statut du quartier	0,03		0,11	
Zus		ref		ref
Non Zus – Ouvrier		0,74 (0,54 – 1,01)		0,76 (0,52 – 1,11)
Non Zus – Moyen et supérieur		0,69 (0,51 – 0,91)		0,71 (0,52 – 0,98)
Âge	0,10		0,05	
18-29 ans		0,70 (0,48 – 1,02)		0,70 (0,52 – 0,95)
30-44 ans		ref		ref
45-59 ans		1,05 (0,79 – 1,40)		1,03 (0,79 – 1,35)
60 ans ou plus		0,76 (0,48 – 1,19)		0,75 (0,45 – 1,27)
Sexe	0,0001		<.0001	
Homme		0,62 (0,48 – 0,79)		0,62 (0,50 – 0,77)
Femme		ref		ref
Nationalité	0,29		0,20	
Français de parents français		ref		ref
Français de parent(s) étranger(s)		1,04 (0,76 – 1,43)		1,03 (0,79 – 1,35)
Étranger		0,76 (0,52 – 1,11)		0,76 (0,55 – 1,05)
Couverture Maladie	<.0001		<.0001	
Sécurité sociale et mutuelle ou prise en charge à 100 %		ref		ref
AME ou CMU complémentaire		0,81 (0,51 – 1,31)		0,86 (0,55 – 1,36)
Sécurité sociale seule (ou CMU)		2,33 (1,55 – 3,49)		2,31 (1,69 – 3,16)
Aucune couverture maladie		3,18 (0,87 – 11,66)		3,06 (1,05 – 8,97)
Isolement social	<.0001		<.0001	
Seul		ref		ref
Entouré		0,52 (0,39 – 0,68)		0,52 (0,40 – 0,67)
Situation professionnelle	<.0001		<.0001	
Actif occupé		ref		ref
Chômeur		1,03 (0,70 – 1,52)		1,03 (0,73 – 1,45)
Retraité		0,64 (0,40 – 1,02)		0,63 (0,37 – 1,07)
Inactif		0,68 (0,46 – 1,02)		0,69 (0,46 – 1,02)
Étudiant		0,21 (0,10 – 0,42)		0,21 (0,11 – 0,39)
Revenus / unité de consommation	<.0001		<.0001	
≤ Quartile 1 : 1 000 €		1,48 (1,08 – 2,04)		1,48 (1,11 – 1,98)
] 1 000 € - 1 500 €]		ref		ref
] 1 500 € - 2 200 €]		0,58 (0,41 – 0,82)		0,58 (0,43 – 0,78)
> Quartile 3 : 2 200 €		0,40 (0,27 – 0,57)		0,39 (0,28 – 0,54)
Maladie chronique	<.0001		<.0001	
Au moins une		ref		ref
Aucune		0,58 (0,45 – 0,76)		0,58 (0,46 – 0,73)
Réseau d'aide	<.0001		<.0001	
Intégré		ref		ref
Assistant		0,51 (0,37 – 0,70)		0,52 (0,38 – 0,69)
Assisté		0,67 (0,44 – 1,04)		0,68 (0,44 – 1,04)
Séparé		0,40 (0,27 – 0,59)		0,40 (0,29 – 0,57)

Conseils médicaux par le réseau social

Pour clore ces deux parties sur le recours aux soins préventifs et curatifs, il a semblé intéressant d'étudier le sentiment de pouvoir s'adresser à quelqu'un, au sein de son réseau social, pour obtenir des informations ou conseils dans le domaine de la santé et la médecine. On observe ici des différences manifestes selon les types de quartier : si, au total, 38 % des habitants de l'agglomération parisienne déclarent avoir parmi leurs connaissances des personnes qui travaillent dans le milieu médical

et à qui elles pourraient demander conseil en cas de besoin, elles ne sont que 28 % dans les Zus (et 31 % dans les quartiers ouvriers) contre 42 % dans les quartiers moyens ou supérieurs à être dans ce cas.

Encore faut-il souligner que le terme de « milieu médical » est très large et renvoie sans doute à des qualifications différentes selon les personnes interrogées, en moyenne probablement plus élevées à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale.

Tableau 69

Possibilité de conseils médicaux par le réseau social des personnes par type d'îlot de résidence

« Y a-t-il parmi vos connaissances des personnes qui travaillent dans le milieu médical et à qui vous pourriez demander conseil en cas de besoin ? »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui, l'un de vos proches	28,4	39,5	30,5	41,7	37,8
Oui, quelqu'un de moins proche	12,4	15,3	11,9	16,1	14,9
Non, personne	59,2	45,2	57,6	42,3	47,3

Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p < 0,0001$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$

Habitudes de vie et comportements liés à la santé

Plusieurs comportements en lien avec la santé étaient interrogés dans l'enquête⁵³, dont la fréquence figure dans le tableau suivant. En première analyse, on peut distinguer :

- les comportements de fréquence similaire (et/ou non significativement différents d'un point de vue statistique) entre les différents types de quartier : consommation de poissons, nuits de sommeil d'au moins sept heures, activité physique en dehors du cadre professionnel⁵⁴, prise de médicaments ou d'autres produits à visée psychoanaleptique ;

- les comportements moins fréquents dans les quartiers Zus et ouvriers que dans les autres : consommation de boisson alcoolisée, consommation de fruits et légumes crus, durée de travail quotidien fréquemment supérieure à dix heures⁵⁵ ;
- les comportements plus fréquents dans les quartiers Zus et/ou ouvriers que dans les autres : consommation quotidienne de viande, activité physique dans le cadre du travail⁵⁶, une consommation excessive d'alcool chez les buveurs.

Fréquence de certains comportements en lien avec la santé selon le type d'îlot de résidence

Tableau 70

« À quelle fréquence... »	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Mangez-vous des fruits ou des légumes crus ?					
Presque tous les jours	52,0	64,5	58,9	65,9	62,9
Plusieurs fois par semaine	32,5	24,1	25,5	23,8	25,2
Plusieurs fois par mois	10,7	7,5	9,0	7,1	7,9
Plus rarement ou jamais	4,8	3,9	6,6	3,3	4,1
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p<0,0001 ; Zus versus Non Zus p<0,0001					
Consommez-vous de la viande ?					
Presque tous les jours	49,7	43,8	53,5	41,5	44,6
Plusieurs fois par semaine	38,8	45,0	39,0	46,4	44,2
Plusieurs fois par mois	9,0	7,7	5,1	8,3	7,8
Plus rarement ou jamais	2,5	3,6	2,5	3,9	3,4
Tests : Global p<0,0001 ; Zus versus Total p=0,007 ; Zus versus Non Zus p=0,001					
Consommez-vous du poisson ?					
Presque tous les jours	6,9	5,3	5,9	5,2	5,5
Plusieurs fois par semaine	46,3	46,8	42,1	47,9	46,9
Plusieurs fois par mois	36,0	35,6	35,6	35,6	35,5
Plus rarement ou jamais	10,8	12,4	16,3	11,4	12,1
Tests : Global p=0,13 (NS) ; Zus versus Total p=0,32 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,17 (NS)					
Dormez-vous au moins 7 heures par nuit ?					
Presque tous les jours	54,6	56,2	54,1	56,7	56,0
Plusieurs fois par semaine	17,9	21,0	21,0	21,0	20,5
Plusieurs fois par mois	9,7	8,6	6,9	9,0	8,7
Plus rarement ou jamais	17,8	14,3	18,1	13,4	14,8
Tests : Global p=0,049 ; Zus versus Total p=0,0514 (NS) ; Zus versus Non Zus p=0,01					

⁵³ L'expression « lié à la santé » renvoie aux normes médicales et ne présume en rien, bien sûr, que les personnes enquêtées fassent elles-mêmes un lien entre ces comportements et la santé en général ou leur santé en particulier.

⁵⁴ Les différences apparaissent statistiquement significatives mais ne nous semblent pas notables (concernant le temps de sommeil) ou difficiles à interpréter dans une perspective de santé (concernant l'activité physique en dehors du travail qui nécessite, justement, de prendre en compte également l'activité physique au travail).

⁵⁵ Il n'est pas certain, dans ces données purement déclaratives, que les temps de transport aient été pris en compte par les enquêtés. Or, on observe par ailleurs que les temps de transport domicile-travail sont plus importants en moyenne chez les actifs des quartiers populaires que chez les actifs des autres quartiers.

⁵⁶ Les différences ne sont pas statistiquement significatives mais les écarts observés sont notables : 31 % des actifs en Zus et 45 % des actifs en quartier ouvrier ont pratiqué quotidiennement une activité physique dans le cadre de leur travail contre seulement 23 % des actifs des autres quartiers.

Tableau 70
suite

	Résidants des Zus	Résidants hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Travaillez-vous plus de 10 heures par jour ?					
Presque tous les jours	11,5	15,6	14,8	15,7	15,1
Plusieurs fois par semaine	8,6	16,4	15,0	16,7	15,2
Plusieurs fois par mois	9,4	13,8	8,5	15,0	13,2
Plus rarement ou jamais	70,5	54,2	61,7	52,6	56,5
Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p < 0,0001$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$					
Avez-vous une activité physique d'au moins 30 minutes d'affilée dans le cadre de votre travail ?					
Presque tous les jours	30,9	26,7	45,0	22,6	27,3
Plusieurs fois par semaine	8,2	7,8	8,9	7,5	7,8
Plusieurs fois par mois	3,4	4,7	3,4	5,0	4,4
Plus rarement ou jamais	57,5	60,8	42,8	64,9	60,4
Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p = 0,32$ (NS) ; Zus versus Non Zus $p = 0,18$ (NS)					
Avez-vous une activité physique d'au moins 30 minutes d'affilée en dehors de votre travail ?					
Presque tous les jours	21,9	22,7	26,1	22,0	22,7
Plusieurs fois par semaine	18,7	23,3	19,6	24,2	22,6
Plusieurs fois par mois	11,6	18,7	15,3	19,5	17,6
Plus rarement ou jamais	47,9	35,2	39,1	34,3	37,0
Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p < 0,0001$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$					
Prenez-vous des médicaments pour vous détendre (tranquillisants), pour dormir (somnifères) ou des anti-dépresseurs ? (hors homéopathie)					
Presque tous les jours	7,4	8,1	7,8	8,1	8,0
Plusieurs fois par semaine	1,8	1,4	1,6	1,4	1,5
Plusieurs fois par mois	2,5	3,3	1,9	3,6	3,2
Plus rarement ou jamais	88,3	87,3	88,8	86,9	87,4
Tests : Global $p = 0,17$ (NS) ; Zus versus Total $p = 0,53$ (NS) ; Zus versus Non Zus $p = 0,42$ (NS)					
Prenez-vous autre chose pour ces mêmes raisons : homéopathie, herbes, tisane ou tout autre remède ?					
Presque tous les jours	5,3	5,3	4,0	5,6	5,3
Plusieurs fois par semaine	5,1	3,6	3,9	3,6	3,8
Plusieurs fois par mois	5,8	5,6	4,0	6,0	5,6
Plus rarement ou jamais	83,9	85,5	88,1	84,9	85,3
Tests : Global $p = 0,18$ (NS) ; Zus versus Total $p = 0,35$ (NS) ; Zus versus Non Zus $p = 0,20$ (NS)					

Tableau 71

Proportion de consommateurs de boissons alcoolisées par type d'îlot de résidence

« Vous arrive-t-il de boire du vin, de la bière ou de l'alcool ? »	Résidants des Zus	Résidants hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Oui	53,6	74,4	58,2	78,2	71,4
Non	46,4	25,6	41,8	21,8	28,6
Tests : Global $p < 0,0001$; Zus versus Total $p < 0,0001$; Zus versus Non Zus $p < 0,0001$					

Pour certains de ces comportements liés à la santé, d'autres types d'analyses multivariées ont été réalisées. Des modèles de régression ont été systématiquement ajustés sur le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau d'étude

et le niveau de revenus. Toutes choses égales par ailleurs concernant ces caractéristiques, on observe toujours des différences significatives entre les types de quartier (regroupés en trois types dans le tableau 72).

Analyse multivariée : association entre le type d'îlot de résidence (en trois classes) et l'abstinence de toute consommation d'alcool, la consommation quotidienne de fruits et légumes crus et la pratique quotidienne d'activité physique, ajustée sur différentes caractéristiques individuelles

Tableau 72

	OR* (IC 95 %)
Non-consommation d'alcool	
Type d'îlot de résidence	
Zus + Ouvrier	ref
Moyen	0,63 (0,50-0,80)
Supérieur	0,41 (0,30-0,56)
Consommation quotidienne de fruits et légumes crus	
Type d'îlot de résidence	
Zus + Ouvrier	ref
Moyen	1,16 (0,92-1,46)
Supérieur	1,30 (1,00-1,70)
Pratique quotidienne d'activité physique (au + hors travail)	
Type d'îlot de résidence	
Zus + Ouvrier	ref
Moyen	0,66 (0,53-0,82)
Supérieur	0,79 (0,61-1,01)

* Ajusté sur le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau d'études, le niveau de revenu.

Concernant les boissons alcoolisées, le questionnaire Cage⁵⁷ a été administré à tous les consommateurs. Celui-ci permet de classer les buveurs en trois groupes à partir d'un score de réponses à quatre questions : les buveurs modérés, ceux chez qui on peut suspecter une consommation excessive et les buveurs

probablement dépendants. Si les « abstinents » (ceux qui ne consomment pas d'alcool) sont plus nombreux dans les quartiers populaires, parmi les buveurs, en revanche, la proportion de personnes probablement dépendantes apparaît plus élevée dans les Zus (14 %) et les quartiers ouvriers (12 %) que dans les autres quartiers (10 %).

57 Allen J.P., Maisto S.A., et al. Self-report screening tests for alcohol problems in primary care. *Archives of International Medicine*, 1995, vol. 155, pp. 1726-30.

Fréquence des profils des consommateurs de boissons alcoolisées par type d'îlot de résidence

Tableau 73

Test de Cage (abus d'alcool)*	Résidents des Zus	Résidents hors Zus			Population totale
		Ensemble	Type ouvrier	Type moyen et supérieur	
Buveurs modérés	74,6	79,0	79,0	79,0	78,6
Buveurs probablement excessifs	11,0	10,8	9,0	11,1	10,7
Buveurs probablement dépendants	14,4	10,2	12,0	9,9	10,7

Tests : Global p=0,25 (NS); Zus versus Total p=0,059 (NS); Zus versus Non Zus p=0,025

* Chez les personnes consommant des boissons alcoolisées.

58 Chauvin P., Grillo F., Lesieur S., Chaix B., *Inégalités sociales des habitudes tabagiques dans la métropole parisienne*, Les journées de la prévention de l'Inpes, Paris, 29-30 mars 2007.

Concernant le tabagisme, après ajustement sur le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau d'études et le niveau de revenus, des différences persistent entre les trois types de quartier mais elles ne sont plus significatives. On observe néanmoins une tendance à n'avoir jamais fumé plus fréquente dans les quartiers populaires (le risque

d'être fumeur ou ex-fumeur est 1,3 fois plus élevé dans les quartiers supérieurs que dans les quartiers Zus ou ouvriers). En revanche (un peu comme pour l'alcool), chez les fumeurs, les plus gros consommateurs s'observent dans les quartiers populaires chez les hommes comme chez les femmes⁵⁸.

Tableau 74 Analyse multivariée : association entre le type d'îlot de résidence (en trois classes) et différents comportements de tabagisme

Type d'îlot de résidence	ORa' (IC 95 %)	
	Être fumeur <i>versus</i> n'avoir jamais fumé	Être un ex-fumeur <i>versus</i> n'avoir jamais fumé
Zus + Ouvrier	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Moyen	0,95 (0,74-1,22)	0,98 (0,74-1,29)
Supérieur	1,30 (0,97-1,74)	1,28 (0,94-1,74)

Fumer au-dessus de la moyenne <i>versus</i> fumer en-dessous de la moyenne	
Type d'îlot de résidence	
Zus + Ouvrier	<i>ref</i>
Moyen	0,67 (0,49-0,93)
Supérieur	0,70 (0,48-1,03)

* Ajusté sur le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau d'études, le niveau de revenu.

Lecture : comme dans le tableau précédent, l'OR est une estimation du risque relatif de survenue de l'événement de santé (ici différentes situations de tabagisme) associé au fait de résider dans différents types de quartiers. La différence de présentation tient au fait qu'être fumeur, d'une part, ou ex-fumeur, d'autre part, sont chacun comparé au fait de n'avoir jamais fumé. Par exemple, après ajustement sur certaines caractéristiques individuelles rappelées en note de bas de tableau, les personnes résidant dans les quartiers supérieurs ont respectivement 1,30 plus de chances d'être fumeurs et 1,28 plus de chances d'être ex-fumeurs (que de n'avoir jamais fumé) que celles résidant en quartiers Zus ou ouvriers.

Bibliographie

- Bazin F., Parizot I., Chauvin P., « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001 », *Sciences Sociales et Santé*, Paris, John Libbey Eurotext, 2006, n° 24, pp. 11-31.
- Berger M., *Les périurbains de Paris. De la ville dense à la métropole éclatée ?*, Paris, CNRS Éditions, collection « Espaces et Milieux », 2004.
- Berkman L.F., Kawachi I., *Social epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000.
- Chaix B., Chauvin P., « L'apport des méthodes d'analyse multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature », *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, Paris, Masson, 2002, vol. 50, n° 5, pp. 489-499.
- Chauvenet A., *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978.
- Chauvin P., « Comment objectiver et construire de la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté ? », *Les Ateliers Santé Ville*, Richard C., Paris, Éditions de la Div, collection « Repères », 2007, pp. 40-50.
- Chauvin P., Lebas J., « Inégalités et disparités sociales de santé », *Traité de santé publique*, Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D., Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2^e édition revue et augmentée, 2007, pp. 331-341.
- Chauvin P., Parizot I. « Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne », *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, Paris, Masson, 2003, vol. 51, n° 6, pp. 577-588.
- Chauvin P., Parizot I., *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*, Paris, Éditions de la Div, collection « Études et recherches », 2007.
- Chauvin P., Parizot I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Éditions de l'Inserm, 2005.
- Chauvin P., Parizot I., *Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social*, Paris, Éditions Inserm-Vuibert, 2005.
- Collectif. *En marge de la ville, au cœur de la société : ces quartiers dont on parle*, Paris, Éditions de l'Aube, 1997.
- Conner M., Norman P., *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*, Buckingham, Open University Press, 1996.
- Davey Smith G., *Health inequalities*, Bristol, The Policy Press, 2003.
- Diez-Roux A.V., « Investigating neighborhood and area effects on health », *American Journal of Public Health*, Washington, American Public Health Association, 2001, vol. 91, n° 11, pp. 1783-1789.
- Dufaux F., Fourcaut A., *Le monde des grands ensembles*, Paris, Créaphis, 2004.
- Eckersley R., Dixon J., Douglas B., *The social origin of health & well-being*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
- Elstad J. I., « The psycho-social perspective on social inequalities in health », *Sociology of Health & Illness*, Oxford, Blackwell, 1998, vol. 20, n° 5, pp. 598-618.
- Evans R. G., Barer M. L., Marmor T.R., *Être ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la santé*, Paris, John Libbey Eurotext, 1996.
- Fassin D., *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998.
- Fassin D., Fassin E., *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, Paris, La Découverte, 2006.

- Galea S., Vlahov D., *Handbook of urban health. Populations, methods, and practice*. New York, Springer, 2005.
- Gochman D. S., *Handbook of health behaviour research, Personal and social determinants*. New York, Plenum Press, 1997, pp. 71-91.
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F., « Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé », *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, Paris, Masson, 2003, vol. 50 (suppl.) : S17-S43.
- Graham H., *Understanding health inequalities*, Buckingham, Open University Press, 2000.
- Grosjean M., Thibaud J. P., *L'espace urbain en méthodes*, Marseille, Parenthèses, 2001.
- Hargreaves A. G., *Multi-ethnic France: immigration, politics, culture and society*, Londres, Routledge, 2007.
- Haut Comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes, Éditions ENSP, 1998.
- Herzlich C., *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, EHESS, 1969 (réédition 2005).
- Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., *Précarisation, risques et santé*, Paris, Éditions Inserm, 2001.
- Kasl S. V., Jones B. A., « Social epidemiology: towards a better understanding of the field », *International Journal of Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press, 2002, vol. 31, n° 6, pp. 1094-1097.
- Kawachi I., Berkman L. F., *Neighborhoods and health*. New York, Oxford University Press, 2003.
- Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1998.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. et alii, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, éditions Inserm-La Découverte, 2000.
- Marmot M., Wilkinson R. G., *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press, 2001.
- Observatoire national des zones urbaines sensibles, *Rapport 2005*, Saint-Denis, Éditions de la Div, 2005.
- Observatoire national des zones urbaines sensibles, *Rapport 2007*, Saint-Denis, Éditions de la Div, 2007.
- Paquot T., Lussault M., Body-Gendrot S., *La ville et l'urbain : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2000.
- Parizot I., Chauvin P., Paugam S., Firdion J. M., *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités : mondialisation, santé, exclusion et rupture sociale*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2002.
- Préteceille E., *La division sociale de l'espace francilien*, Paris, FNSP-CNRS, 2003.
- Seeman T. E., « Social ties and health: the benefits of social integration », *Annals of Epidemiology*, New York, Elsevier, 1996, vol. 6, n° 5, pp. 442-51.
- Turk D. C., Kerns R. D., *Health, illness, and families: a life-span perspective*, New York, Wiley-Interscience, 1985.

Tables des tableaux et figures

Tableau 1	Synthèse des résultats comparatifs par type de quartier de résidence	9
Tableau 2	Synthèse des résultats comparatifs par type de quartier de résidence	10
Tableau 3	Synthèse des résultats comparatifs par type de quartier de résidence	11
Tableau 4	Répartition des types de ménages par type d'îlot de résidence.....	24
Tableau 5	Indice de peuplement des logements par type d'îlot de résidence	24
Tableau 6	Statut d'occupation du logement selon le type de quartier de résidence.....	26
Tableau 7	Problèmes de logement cités par type d'îlot de résidence	27
Tableau 8	Se sentir bien dans son logement malgré ses inconvénients éventuels, selon le type de quartier	27
Tableau 9	Proportion de personnes ayant été sans domicile au moins une nuit dans leur vie par type d'îlot de résidence	28
Tableau 10	Souhaits de déménagement par type d'îlot de résidence	29
Tableau 11	Réputation du quartier par type d'îlot de résidence	29
Tableau 12	Réputation du quartier et appréciation personnelle.....	30
Tableau 13	Réputation du quartier et appréciation personnelle, parmi les résidents Zus.....	30
Tableau 14	Connaissance du classement en Zus du quartier de résidence par type d'îlot de résidence	30
Tableau 15	Qualité des relations avec les voisins selon le type d'îlot de résidence	31
Tableau 16	Distribution territoriale des réseaux amicaux par type d'îlot de résidence	32
Tableau 17	Perception de l'évolution de la situation générale du quartier, par type d'îlot de résidence	32
Tableau 18	Perception de l'évolution de la situation générale du quartier en fonction de la connaissance du classement en Zus du quartier de résidence, au sein des quartiers Zus	33
Tableau 19	Appréciation portée sur son enfance et son adolescence, selon le lieu de résidence à l'âge adulte	36
Tableau 20	Violences vécues depuis l'âge de 18 ans, selon le type de quartier.....	36
Tableau 21	Fréquence des violences intrafamiliales au cours de la vie de couple, selon le type du quartier de résidence	37
Tableau 22	Fréquence d'autres événements indésirables vécus au cours de la vie de couple, selon le type du quartier de résidence	38
Tableau 23	Rapport à la religion, selon le type de quartier	41
Tableau 24	Fréquence de discrimination ou de racisme au cours de l'année écoulée, selon le type de quartier de résidence	42
Tableau 25	Fréquence de discrimination au cours de l'année écoulée, selon le type de quartier de résidence	43
Tableau 26	Facteurs individuels et contextuels associés à l'état de santé général, physique ou psychologique ressenti (régression logistique)	51
Tableau 27	Proportion d'invalides ou d'handicapés par type d'îlot de résidence	52
Tableau 28	Fréquence de reconnaissance du statut parmi les personnes déclarant une invalidité ou un handicap, selon le type de quartier de résidence	52
Tableau 29	Fréquence d'indemnités reçues parmi les personnes déclarant une invalidité ou un handicap, selon le type de quartier de résidence	52
Tableau 30	Facteurs associés à la déclaration de limitations fonctionnelles : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)	54
Tableau 31	Distribution du nombre de maladies chroniques déclarées par type d'îlot de résidence.....	55
Tableau 32	Caractéristiques de l'environnement de résidence associées à l'obésité, après ajustement individuel sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut d'emploi et le revenu du ménage	59
Tableau 33	Fréquence d'accidents du travail vie entière par type d'îlot de résidence.....	60
Tableau 34	Facteurs associés avec la survenue d'au moins un accident du travail (vie entière) : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)	60

Tableau 35	Fréquence de problèmes de santé ayant eu un impact professionnel, scolaire, économique ou conjugal par type d'îlot de résidence	61
Tableau 36	Satisfaction vis-à-vis de la santé par type d'îlot de résidence	62
Tableau 37	Fréquence déclarée des dents à soigner par type d'îlot de résidence	63
Tableau 38	Dents à soigner, en mauvais état ou à remplacer : analyse multivariée (régression logistique et analyse multiniveau)	65
Tableau 39	Fréquence des symptômes majeurs de dépression par type d'îlot de résidence	67
Tableau 40	Caractéristiques associées à la dépression : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)	68
Tableau 41	Caractéristiques associées à un bon état de santé psychologique et émotionnel : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)	69
Tableau 42	Fréquence de certaines caractéristiques psychologiques par type d'îlot de résidence.....	70
Tableau 43	Proportion de personnes dépressives (MiniDiag +) en ayant parlé à un professionnel de santé par type d'îlot de résidence	71
Tableau 44	Expérience de certaines difficultés vécues depuis l'âge de 18 ans, selon le type de quartier ...	71
Tableau 45	Expériences et attitudes vis-à-vis de la santé et de la maladie par type d'îlot de résidence	73
Tableau 46	Attitudes vis-à-vis de la médecine et des soins par type d'îlot de résidence	75
Tableau 47	Fréquence des discriminations liées à l'état de santé au cours des douze derniers mois par type d'îlot de résidence	76
Tableau 48	Proportion d'aidants par type d'îlot de résidence.....	76
Tableau 49	Perception que certaines conditions de vie nuisent à la santé : comparaison selon le type d'îlot de résidence ajustée sur l'âge et le sexe (régression logistique et modèle multiniveau)....	78
Tableau 50	Stress, fatigue et soucis en lien avec le travail par type d'îlot de résidence	80
Tableau 51	Les difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale par type d'îlot de résidence	80
Tableau 52	Les difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale par type d'îlot de résidence chez les hommes	81
Tableau 53	Les difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale par type d'îlot de résidence chez les femmes	81
Tableau 54	Perception de l'écart entre qualification et travail par type d'îlot de résidence	81
Tableau 55	Distribution des types de couverture maladie par type d'îlot de résidence	83
Tableau 56	Proportion de personnes ayant été au moins trois mois sans couverture maladie par type d'îlot de résidence	83
Tableau 57	Proportion de personnes ayant déjà eu un test de dépistage du VIH par type d'îlot de résidence	84
Tableau 58	Ancienneté du dernier dépistage du VIH (en années) par type d'îlot de résidence	84
Tableau 59	Facteurs associés au recours au dépistage du VIH : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)	85
Tableau 60	Facteurs associés au fait d'avoir déjà eu au moins un test de dépistage du VIH : analyse multivariée par sexe (régression logistique).....	86
Tableau 61	Facteurs associés au fait d'avoir déjà eu un dosage de la cholestérolémie : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)	87
Tableau 62	Suivi gynécologique régulier par type d'îlot de résidence	89
Tableau 63	Facteurs associés à l'absence de suivi gynécologique : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)	89
Tableau 64	Lieu du suivi gynécologique par type d'îlot de résidence.....	90
Tableau 65	Ancienneté moyenne de la dernière mammographie par type d'îlot de résidence	91
Tableau 66	Types de structure de soins consultées au cours des douze derniers mois par grand type de motif et par type d'îlot de résidence	92
Tableau 67	Renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois par type d'îlot de résidence	94
Tableau 68	Facteurs associés au renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois : analyse multivariée (régression logistique et modèle multiniveau)....	94
Tableau 69	Possibilité de conseils médicaux par le réseau social des personnes par type d'îlot de résidence	96
Tableau 70	Fréquence de certains comportements en lien avec la santé selon le type d'îlot de résidence	97
Tableau 71	Proportion de consommateurs de boissons alcoolisées par type d'îlot de résidence.....	98

Tableau 72	Analyse multivariée : association entre le type d'îlot de résidence (en trois classes) et l'abstinence de toute consommation d'alcool, la consommation quotidienne de fruits et légumes crus et la pratique quotidienne d'activité physique, ajustée sur différentes caractéristiques individuelles	99
Tableau 73	Fréquence des profils des consommateurs de boissons alcoolisées par type d'îlot de résidence	99
Tableau 74	Analyse multivariée : association entre le type d'îlot de résidence (en trois classes) et différents comportements de tabagisme	100
Figure 1	Iris enquêtés lors de la première vague de la cohorte Sirs en 2005.....	18
Figure 2	Répartition par âge et sexe (%) selon le type d'îlot de résidence.....	23
Figure 3	Proportion d'habitant en logement surpeuplé par tranche d'âge et par type d'îlot de résidence (%)	25
Figure 4	Nombre moyen de personnes par pièce, de personnes par logement et de pièces par logement en Zus et hors Zus	25
Figure 5	Répartition du statut d'occupation du logement par classe d'âges (%), selon le type de quartier de résidence	26
Figure 6	Nombre moyen de nuits passées sans domicile (chez ceux en ayant connu au moins une) au cours de la vie entière, par type d'îlot de résidence	28
Figure 7	Sentiment de se sentir bien dans son quartier par type d'îlot de résidence.....	31
Figure 8	Sentiment d'avoir été dévalorisé par son conjoint lors d'une précédente vie de couple, selon le sexe et le type de quartier.....	38
Figure 9	Pouvoir compter sur de la famille, des amis ou collègues, et des voisins pour être aidé, selon le type de quartier de résidence	39
Figure 10	Sentiment d'être isolé ou entouré selon le type de quartier	40
Figure 11	Sentiment d'être suffisamment informé de ses droits, selon le type de quartier	41
Figure 12	Sentiment que ses propres droits sont respectés dans la société actuelle, selon le type de quartier	42
Figure 13	Proportion des familles monoparentales dans la population des familles, selon le département (%).....	45
Figure 14	Proportion des familles monoparentales dans la population des familles, selon le type de quartier de résidence (%).....	46
Figure 15	Proportion de ménages vivant sous le seuil de pauvreté selon le type de famille et le type de quartier de résidence (%).....	47
Figure 16	Proportion de logement surpeuplés selon le type de famille et l'âge du chef de ménage (%)	47
Figure 17	État de santé général perçu par type d'îlot de résidence	49
Figure 18	État de santé physique perçu par type d'îlot de résidence	50
Figure 19	État de santé psychologique et émotionnelle perçu par type d'îlot de résidence	50
Figure 20	Limitation fonctionnelle (depuis au moins six mois) par type d'îlot de résidence.....	53
Figure 21	Fréquence des principales pathologies (%) au cours des douze derniers mois par sexe : comparaison Zus et hors Zus	56
Figure 22	Fréquence des autres pathologies (%) au cours des douze derniers mois par sexe : comparaison Zus et hors Zus	57
Figure 23	Prévalence du surpoids et de l'obésité (%) par type d'îlot de résidence.....	58
Figure 24	État de santé dentaire déclaré (%) par type d'îlot de résidence	63
Figure 25	Proportion d'aidants (%) chez les actifs occupés et les autres habitants par type d'îlot de résidence.....	77
Figure 26	Proportion d'aidants (%) par sexe selon le type d'îlot de résidence	77
Figure 27	Fréquence de citations des conditions de vie nuisant à la santé : comparaison Zus et hors Zus.....	79
Figure 28	Absence de suivi gynécologique régulier (%) par type de quartier (en trois groupes).....	88

Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles

Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne

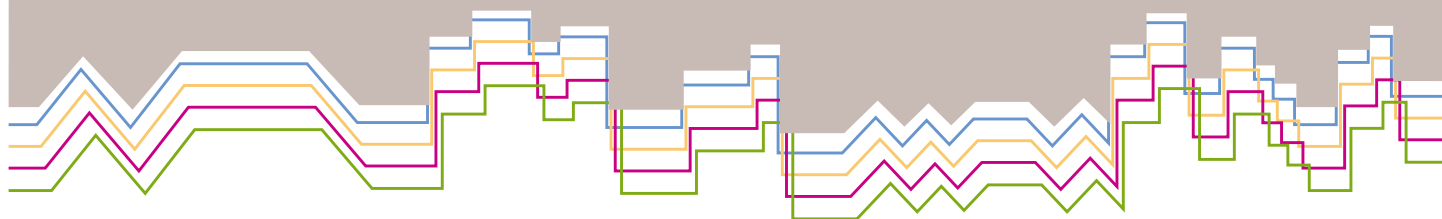
Une analyse de la cohorte Sirs (2005)

Sous la direction de Pierre Chauvin (Inserm) et Isabelle Parizot (CNRS)

L'impact du contexte sur l'état de santé de la population : le cas des zones urbaines sensibles

Une analyse à partir de l'enquête
décennale de santé (2003)

Sous la direction de Thierry Debrand (Irdes)
Coauteurs : Caroline Allonier (Irdes), Véronique Lucas (Irdes),
Aurélie Pierre (Irdes)



Directeur de la publication: Hervé Masurel
Présidente du Conseil d'orientation de l'Onzus: Bernadette Malgorn
Rédacteur en chef: Patrick Sillard
Responsable des éditions de la DIV: Corinne Gonthier

N° ISBN : 978 - 2 - 11 - 097197 - 5
N° ISSN : en cours

Délégation interministérielle à la ville
194, avenue du Président-Wilson
93217 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : 01 49 17 46 46
<http://www.ville.gouv.fr>



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA VILLE

SECRETARIAT D'ETAT
CHARGÉ DE LA POLITIQUE
DE LA VILLE

