



Santé et territoire

Guilhem Birouste, Laurent Visier, Geneviève Zoïa

► To cite this version:

Guilhem Birouste, Laurent Visier, Geneviève Zoïa. Santé et territoire: Métropolisation du territoire et relégation des quartiers. Actualité et dossier en santé publique, 2017, Crise économique et santé, 99, pp.17-22. hal-02776560v3

HAL Id: hal-02776560

<https://hal.umontpellier.fr/hal-02776560v3>

Submitted on 15 Jul 2018

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.

Santé et territoire : métropolisation du territoire et relégation des quartiers

Guilhem Birouste (Université Montpellier, UMR 5112)

Laurent Visier (Université Montpellier, UMR 5112)

Geneviève Zoïa (Université Montpellier, UMR 5112)

Introduction : Effet de quartier sur la santé

Les géographes et les sociologues ont, chacun avec leurs outils, montré comment le monde contemporain, dont la France, était engagé dans un mouvement continu de séparation spatiale des groupes sociaux¹. Alors que les groupes dominants recherchent privatisation et sécurisation, ceux dont les ressources sont les plus faibles sont en quelque sorte assignés à résidence dans les quartiers les moins désirables. Une dynamique d'entre-soi se dessine à tous les niveaux de la stratification sociale (Maurin 2004). Les quartiers populaires, s'ils sont loin d'être les seuls à être touchés par ce mouvement général de fracture territoriale, paient cependant au prix fort la note du séparatisme social. En effet les populations vivant dans ces quartiers sont victimes non seulement des effets de leur classement social (que ce soit en niveau de revenu ou en niveau de diplôme, le fait d'appartenir à une catégorie sociale constitue un déterminisme massif qui se traduit par un gradient social de santé comme d'éducation), mais elles sont, de plus, affectées par le fait de vivre avec des populations qui leur ressemblent. Autrement dit, à l'effet de position sociale se surajoute un effet de contexte, lui-même lié à la composition de la population avec laquelle chacun est socialisé. Comment comprendre le sens et les mécanismes de cet effet ?

Ces dernières années, la référence à des situations de ghettoïsation, puis la qualification de certains de ces quartiers comme « ghettos » – terme que personne n'aurait employé en France avant les années 1990 – s'impose, même si elle reste vivement discutée. Le qualificatif caractérise des situations de regroupement spatial de populations reléguées, produisant en retour un mode spécifique d'organisation sociale, une sorte de contre-monde ou de contre-société (Lapeyronnie 2008). Ainsi, le Premier ministre de la République peut-il en janvier 2015 prononcer les mots d'« apartheid territorial, social, ethnique » à propos des quartiers prioritaires (ex-ZUS). La ségrégation spatiale fait alors du territoire, plus encore que du statut socio-économique, un nouvel indicateur de la stratification sociale. Pour le dire autrement, le lieu de résidence compterait aujourd'hui au moins autant, en termes de classement social, que l'occupation professionnelle.

Si ce mouvement de séparation spatiale s'est accentué avec la crise de 2008 et les politiques d'austérité, il relève d'un processus contemporain au plus long cours, datant d'une trentaine d'années au moins. Pourtant les analyses, aussi bien en santé publique qu'en sociologie, peinent à considérer dans sa pleine mesure cette dimension spatiale. D'un côté, on admet désormais les inégalités spatiales de santé, mais c'est en les

1. Les éléments présentés sont largement informés par le programme de recherche « Raconter le cancer. Quartier précaire et trajectoires de santé » qui a bénéficié d'un financement de La Ligue contre le cancer, Recherche en SHS-2015.

référant au caractère inégalitaire de l'accès aux soins ou aux ressources, dont la traduction en langage commun est celle des « déserts médicaux ». De l'autre, on note la plus grande « réticence des sociologues français à l'égard des dimensions spatiales des phénomènes sociaux » (Authier, Bacqué et Guérin-Pace (dir.) 2007, p. 206), comme si la tradition durkheimienne d'une République « une et indivisible » empêchait de penser les lieux comme des espaces de production différenciée de civilités, d'éducation et de santé. En effet, de même que les travaux sur les inégalités sociales de santé ont tardé à émerger en France, l'analyse des effets de la ségrégation socio-spatiale sur la santé trouve difficilement sa place en France. De nombreux travaux américains s'attachent cependant depuis plusieurs décennies aux *neighborhood effects of health*.

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

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

1. Les effets du quartier sur la santé : problèmes et méthodes

SHS et épidémiologie

La question de la possibilité et de la validité du transfert des notions issues du champ des sciences humaines et sociales vers celui de l'épidémiologie et vice-versa n'est pas nouvelle. Non qu'il faille cloisonner les disciplines et leurs savoirs, mais le passage d'un concept d'un champ disciplinaire à un autre s'accompagne nécessairement d'une transformation et d'un appauvrissement. C'est ce que décrit Didier Fassin (2003) concernant la notion de capital social : en passant dans le champ de l'épidémiologie, cette dernière a tendance à être transcrite sous la forme d'un élément quantifiable et normatif. Par ailleurs, selon les études, elle comporte un flou quant à son contenu et son échelle d'application, parfois efficiente au niveau des relations interindividuelles et parfois agissant à un niveau macroscopique. Ainsi, la réponse de l'épidémiologie à la question des effets de contexte consiste souvent à isoler une variable afin d'identifier et de mesurer son effet spécifique sur la santé. Il s'agit dans cette perspective de distinguer les populations exposées à un phénomène de celles qui ne le sont pas, et de rechercher s'il existerait d'autres variables interférant avec cette exposition. Il serait donc nécessaire de savoir si les populations exposées et non-exposées sont comparables.

Pourtant, du fait d'une intrication dans la vie sociale, l'isolement des effets de voisinage des autres variables par des modèles de régression est tout bonnement impossible dans les études d'observation. La validité des analyses statistiques est en effet restreinte lorsque les éléments étudiés sont fortement liés entre eux : on peut préconiser (Oakes 2004) de recourir à des essais expérimentaux en population ou aux méthodes des théories sociales, comme l'anthropologie, qui travaillent en immersion au sein de

communautés. C'est d'ailleurs une critique régulièrement énoncée par les sciences humaines et sociales vis-à-vis de l'épidémiologie sociale et de la méthode statistique en général, qui est celle de séparer et de rendre indépendants, sous la forme de déterminants, des éléments qui ne le sont pas, autrement dit, d'étudier des caractéristiques sociales « toutes choses égales par ailleurs », alors que précisément les choses ne sont nullement égales par ailleurs. En cela, il existe un déficit de compréhension des phénomènes observés, au profit d'une recherche de prédiction statistique. Si l'épidémiologie identifie des facteurs de risque pour la santé, elle peine à donner une explication des mécanismes qui sont à l'œuvre, le passage de l'un à l'autre se faisant à travers ce que l'on peut qualifier de « boîte noire ».

En ce qui concerne les effets de quartier, il est manifeste que la question est plus aiguë encore : pour rendre compte d'une réalité sociale, il ne s'agit pas seulement de considérer les attributs des individus qui composent une population, mais aussi la façon dont les attributs des uns potentialisent les effets sur les attributs des autres. Ainsi, il est essentiel de comprendre qu'il ne suffit pas de distinguer variables de composition et variables contextuelles, mais qu'il s'agit d'analyser comment on passe de l'une à l'autre, comment la composition se transforme en élément de contexte. Sous cet angle, le tout apparaît comme plus important que la somme des parties et une démarche à partir de régressions statistiques semble dès lors inopérante (Cummins et al. 2007).

Qu'est-ce qu'un quartier ?

L'exploration des effets de contexte par l'épidémiologie conduit à différentes difficultés méthodologiques, du fait notamment de la quantification des données. Il s'agit en premier lieu d'identifier les variables permettant de caractériser socialement la zone géographique étudiée. Initialement, et c'est le cas de la majorité des études connues, les résultats proviennent de l'analyse secondaire de données collectées à l'occasion d'autres enquêtes, sans rapport direct avec la recherche d'un effet de quartier en santé, telles les données socio-économiques des divers recensements (Diez Roux 2007). C'est par exemple le cas dans les rapports de l'ONZUS, conduisant à parler d'un « effet ZUS », et qui utilisaient la dernière enquête décennale de santé de l'INSEE, menée à l'échelle de la population française dans son ensemble sans distinguer *a priori* le quartier d'habitation. La principale limitation de ces mesures réside donc dans leur approximation : elles ne sont que des variables intermédiaires frustes, utilisées à défaut de mieux, dans la recherche de la caractérisation sociale des quartiers. Si elles permettent d'objectiver un lien entre santé et voisinage, elles décrivent mal la nature de ce lien. Les imprécisions de mesure conduisent inévitablement à une estimation rudimentaire des chaînes de causalité du voisinage sur la santé et ne permettent ni d'identifier des caractéristiques sociales ayant un rôle spécifique, ni les processus par lesquels celles-ci pourraient jouer sur la santé. Par ailleurs, ces variables de contexte sont construites le plus souvent à partir de données socio-économiques individuelles, ce qui rend ensuite difficile, lors d'analyses en régression, de les isoler de ces dernières.

Il existe donc une nécessité de développer des outils spécifiques pour caractériser socialement les quartiers, ce qui a d'ores et déjà débuté avec, par exemple, l'utilisation de systèmes d'information géographique (SIG) ou d'observateurs évaluant les conditions de voisinage. Le premier outil, qui s'est développé et démocratisé avec

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

Social et ethnicité

Un problème plus spécifiquement français tient à l'opportunité d'une part et à la possibilité d'autre part de caractériser les lieux de vie par une dimension ethno-culturelle. Si, là encore, cette question est relativement apaisée aux États-Unis – où les expressions de *black neighborhood* ou *African-American neighborhood* sont courantes et où la question de la ségrégation raciale semble même inextricable de celle des effets de contexte sur la santé (Osypuk 2013 ; Nelson 2011) –, elle reste hautement conflictuelle en France. Le constat que certains des quartiers prioritaires sont habités en grande majorité par des populations immigrées et issues de l'immigration est même difficile à caractériser par des mots, sauf dans une dimension strictement dépréciative. De ce fait, l'appréhension de la composition ethnique des quartiers apparaît comme un point quasiment tabou dans la littérature scientifique française.

Échelle et durée

Il n'est pas seulement nécessaire d'identifier les variables de contexte influençant la santé, il faut également définir plus précisément à quelle échelle elles agissent et donc dessiner les contours de ces quartiers. Comme pour la caractérisation sociale des quartiers, les premiers outils utilisés ont été ceux existant préalablement à la recherche

d'effets de voisinage. Et comme précédemment, ces zones géographiques, le plus souvent administratives, sont des intermédiaires approximatifs pour rendre compte de ce que les habitants considèrent comme « leur » quartier ou « leur » voisinage. Cependant, ces délimitations administratives ne sont pas non plus sans fondement et sont régulièrement corrélées avec des données socio-économiques ou de ségrégation urbaine. Le fait est que le débat reste ouvert quant à déterminer les échelles pertinentes pour étudier les effets de contexte sur la santé. Chaque individu évolue dans une plus ou moins grande pluralité de lieux dans sa vie quotidienne, en plus des ruptures importantes que constituent les changements de résidence. Il serait ainsi opportun d'étudier, pour chacun, l'exposition quasi-simultanée à de multiples contextes (Cummins et al. 2007). Cette question de l'échelle géographique de mesure n'est d'ailleurs pas propre à la recherche des effets de contexte sur la santé, mais se retrouve globalement dans l'étude des effets de quartier.

Temps et exposition

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

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

Des inégalités sociales de santé à l'effet de quartier

Compte tenu des points méthodologiques, politiques et épistémologiques abordés ci-dessus, que peut apporter la recherche en sciences humaines et sociales sur les effets de voisinage sur la santé ? Peut-on résumer ces mécanismes complexes d'expositions aux environnements de quartier et leur lien avec la santé ? En France, les travaux sont désormais nombreux sur les inégalités de santé, montrant les multiples facettes du lien entre inégalités sociales et état de santé. Ces enquêtes s'inscrivent dans un paradigme sociologique classique qui tend à expliquer les inégalités de santé sur deux versants : d'une part du côté de l'inégalité dans l'accès aux soins, dans le type et les modalités de soins proposés, il a été établi par exemple que la durée des consultations varie en

fonction du milieu social des patients et de leur couverture sociale, et que la fréquence et la qualité des relations malade/médecin croissent quand diminue la distance sociale entre eux ; d'autre part, du côté des décalages culturels, et notamment du rapport au corps, que déterminent les identités sociales. La culture acquise dans le milieu d'origine va ainsi guider les opinions, perceptions, déterminer des goûts, un langage, un rapport au savoir, au corps et donc des pratiques différenciées (alimentation, exercice, alcool, tabac...). De plus, la perception des sensations morbides est fonction de la variété des catégories de perception du corps, de la nature du vocabulaire, de l'aptitude à manipuler les taxinomies symptomatiques savantes. Il reste que ces approches traitent des inégalités à partir des caractéristiques sociales individuelles.

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

Une des premières revues de littérature s'intéressant aux effets des conditions socio-économiques du voisinage sur la santé date des années 2000 et reprend les études de la fin du XX^e siècle sur le sujet, menées aux États-Unis (Pickett et Pearl 2001). Ces travaux montrent comment le lieu d'habitat agit sur la santé, comme on avait montré depuis les années 1960 que le territoire agissait sur un autre bien public : l'éducation. Au-delà des interrogations méthodologiques sur la pertinence des définitions et mesures de la notion de voisinage, du choix des caractéristiques sociales retenues et des questionnements autour du contrôle par les variables individuelles, elle livre toutefois un certain nombre de résultats. Ces derniers montrent la pluralité des effets sur la santé du contexte socio-économique. Les conséquences s'observent tant sur la mortalité que sur la morbidité – notamment le poids des enfants à la naissance ou des maladies chroniques telles que les incapacités fonctionnelles ou les pathologies cardiaques et respiratoires – ou sur les comportements en santé, en particulier la consommation de tabac, d'alcool et le type d'alimentation. Cette revue critique ouvre ainsi le champ à de nombreux autres travaux sur le sujet, considérant qu'il reste de nombreux points à éclaircir sur chacun de ces éléments.

Des travaux plus récents confirment ce lien global entre état de santé et voisinage, que ce soit du point de vue de la santé perçue, de la mortalité globale ou des pathologies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque (consommation de tabac, surpoids, etc.). Une méta-analyse de 2012 met également en évidence que la mortalité est influencée par différents effets de contexte, que ce soit le niveau socio-économique du quartier, de cohésion sociale ou de densité de population, et ce indépendamment du niveau socio-économique individuel (Meijer et al. 2012). L'influence de l'environnement sur le cancer se retrouve, par exemple, à toutes les étapes de cette maladie (Gomez et al. 2015). D'abord dans la distribution des facteurs de risque de cancer en fonction des groupes ethniques et de leur voisinage, ce qui se traduit par une incidence plus forte des cancers dans certains quartiers. Ensuite, dans le stade de la maladie au moment du diagnostic, les Hispaniques habitant dans un quartier ségrégué auront par exemple une plus forte probabilité que leur cancer soit découvert à un stade avancé. Il existe même une différence dans les traitements prodigués, avec de plus fréquents écarts aux recommandations officielles chez les femmes porteuses d'un cancer du sein vivant dans des quartiers pauvres ou racialement ségrégués. Pour ce qui est de la vie avec la maladie, la plupart des travaux montrent un lien entre l'environnement et le niveau de

qualité de vie et sa progression. Enfin, il en est de même pour ce qui est du taux de survie, où l'on retrouve le même désavantage pour les Hispaniques vivant dans des ghettos.

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

À ces analyses s'articulent d'autres études portant sur les effets de voisinage sur la santé et visant à mesurer quelles variables sont en jeu, et non plus à mettre seulement en parallèle un état de santé avec des variables sociales préexistantes (Diez Roux 2007). Sont ainsi testées des variables comme le bâti, la cohésion sociale ou la délinquance. De plus en plus fréquemment, les effets du voisinage sur la santé sont scindés en deux grands ensembles que sont l'environnement social et l'environnement physique. Ana V. Diez Roux et Christina Mair (2010) décrivent ainsi schématiquement le processus à l'œuvre, à travers plusieurs mécanismes interdépendants. En premier lieu, la ségrégation résidentielle et les inégalités de ressources locales se renforcent l'une et l'autre, puisque la ségrégation peut aboutir à créer des inégalités spatiales de ressources, qui peuvent à leur tour renforcer une forme de ghettoïsation. En lien avec ces éléments, les caractéristiques physiques et sociales de l'environnement agissent également l'une sur l'autre. Ainsi, la qualité des espaces publics – qui font partie de l'aspect architectural de l'espace – peut affecter la nature des interactions sociales dans le voisinage, et à son tour aura des conséquences sur la possibilité pour les habitants de promouvoir une amélioration de ces espaces publics. Enfin, les comportements et les éléments liés au stress sont les opérateurs, au niveau individuel, qui vont agir sur la santé des personnes.

Interactions multiples et approche globale

Plus récemment, c'est la recherche du lien entre les différentes causalités qui est exploré. En effet, si les inégalités socio-économiques et la ségrégation sont incontestablement des dimensions clés de l'expérience globale des habitants des quartiers, la recherche anglo-saxonne s'efforce de mieux comprendre comment cette expérience est imbriquée avec les caractéristiques de l'environnement physique. Sur le plan des modalités méthodologiques, cela se traduit par exemple par une « observation sociale systématique » (Sampson et Raudenbush 1999). Il s'agit alors de penser, de façon plus globale et transversale, une théorie de la pauvreté éclairant les formes selon lesquelles le territoire est un cadre de socialisation produit par de multiples relations, qui affecte conduites et caractéristiques sanitaires. Dans cette perspective, des chercheurs adoptent un schéma longitudinal et expérimental qui permet d'améliorer le niveau d'analyse et la qualité de l'existence de tels liens (Arcaya et al. 2016). De ce point de vue, il devient très clair qu'il ne suffit pas de raisonner en termes d'accès : que les professionnels de santé (pharmaciens, médecins généralistes, infirmières, etc.) soient présents dans les quartiers défavorisés n'implique pas que les soins s'y exercent de la même manière.

Le quartier pourrait même être pensé, sur le mode de la « justice environnementale », comme un « environnement toxique » à la fois sur le plan des conditions environnementales (sécurité, délabrement, conditions de vie, aménagement urbain) et des pratiques (modes alimentaires, fonctionnement des soins, valeurs de référence). Ainsi, les enquêtes tendent à restituer des visions, des sons, des sensations environnementales d'un contexte de vie. Ces analyses portant sur une échelle communautaire, peuvent produire des mesures des caractéristiques du quartier, en utilisant l'évaluation collective de plusieurs habitants, à partir d'indicateurs portant sur des habitudes routinisées d'activité, par opposition à une stratégie de construction d'indicateurs de quartier basée sur les rapports additionnés des seuls individus à leur quartier (Cook, Shagle et Degirmencioglu 1997).

Des enquêtes ont traité en ce sens des effets spécifiques générationnels, quelques études ayant examiné particulièrement le lien entre les caractéristiques du quartier, l'origine ethnique (Anderson, Bulatao et Cohen 2004) et la mortalité : les disparités ethniques varient en fonction des caractéristiques du quartier, mais également en fonction des histoires de vie. Ainsi, pour comprendre les effets complexes de l'exposition d'un individu aux environnements de quartier, des travaux ont commencé à considérer les effets durables du contexte communautaire en analysant des histoires résidentielles. Les caractéristiques environnementales, en particulier la concentration des désavantages et de la ségrégation, expliquent en partie la persistance des disparités ethniques, alors même que les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des individus sont contrôlées.

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

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

Plus récemment, le territoire a commencé en France à être pensé comme un élément de compréhension de l'état de santé de ses habitants (Chauvin et Vallée 2014) alors qu'aux États-Unis, les chercheurs font le point sur les nombreuses enquêtes réalisées depuis vingt ans sur la question (Arcaya et al. 2016). Ainsi, on peut montrer comment des lieux publics dégradés ont une influence délétère sur la santé mentale ou comment un territoire peut favoriser la pratique d'activités physiques. Différents types de causalité peuvent être mis en évidence de façon autonome, comme des effets de composition liés à l'identité des habitants (âge, culture et identités, catégorie sociale, vulnérabilités...) ou

à des effets d'exposition physique (conditions matérielles de délabrement, environnement, insalubrité, pollution, nuisances sonores...). Les travaux sur les Zones urbaines sensibles (ZUS) marquent une étape dans la recherche française. Zones géographiques souvent assimilables à des quartiers et dont la composition démographique est par définition constituée d'habitants socialement défavorisés au regard du reste de la population française, elles sont davantage touchées par le chômage, plus fréquemment habitées par des personnes sans diplôme et avec des revenus peu importants. À partir de l'enquête décennale « Santé » 2002-2003, réalisée par l'INSEE, le rapport 2006 de l'ONZUS présente ainsi une comparaison de l'état de santé et du recours aux soins des habitants des ZUS, avec celui des habitants des mêmes agglomérations ne vivant pas dans ces quartiers (ONZUS 2007). Sans surprise, divers indicateurs de santé sont défavorables pour les habitants des ZUS et, plus encore, l'impact global du quartier est relevé : « à caractéristiques socio-économiques individuelles identiques, plus les personnes vivent dans un quartier où le niveau social et économique est faible, plus la probabilité qu'elles se déclarent en mauvaise santé est élevée » (Allonier et al. 2009, p. 4). Cet effet influence le recours aux soins : à niveau de revenu équivalent, les personnes qui vivent en ZUS consultent moins fréquemment des spécialistes. De même, si toutes les personnes sans emploi ont une plus grande probabilité de se faire hospitaliser, ce risque est trois fois plus important pour les habitants d'une ZUS (ONZUS 2007). Ainsi, il apparaît finalement ici aussi un « effet ZUS » sur l'état de santé de ses habitants qui dépasse la simple addition des effets des catégories sociales les plus usitées.

Conclusion : Investiguer la santé dans les quartiers populaires français

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

Bibliographie :

ALLONIER Caroline, DEBRAND Thierry, LUCAS-GABRIELLI Véronique et PIERRE Aurélie, 2009, « Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage », *Questions d'économie de la santé. IRDES*, février 2009, n° 139.

ANDERSON Norman B., BULATAO Rodolfo A. et COHEN Barney, 2004, *Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life*, Washington, D.C., National Academies Press.

ARCAYA Mariana C., TUCKER-SEELEY Reginald D., KIM Rockli, SCHNAKE-MAHL Alina, SO Marvin et SUBRAMANIAN S. V., 2016, « Research on neighborhood effects on health in the United States: A systematic review of study characteristics », *Social Science & Medicine*, novembre 2016, vol. 168, p. 16-29.

AUTHIER Jean-Yves, BACQUÉ Marie-Hélène et GUÉRIN-PACE France (dir.), 2007, *Le quartier. Enjeux scientifiques, actions politiques et pratiques sociales*, Paris, Éditions de la Découverte (coll. « Recherches »), 293 p.

CHAUVIN Pierre et VALLÉE Julie, 2014, « Inégalités de santé : dimensions individuelles et contextuelles », *Les Cahiers de l'IAU-Île-de-France*, 2014, p. 170-171.

COOK Thomas D., SHAGLE Shobha C. et DEGIRMENCIOGLU Serdar M., 1997, « Capturing social process for testing mediational models of neighborhood effects », *Neighborhood poverty*, 1997, vol. 2, p. 94-119.

CUMMINS Steven, CURTIS Sarah, DIEZ ROUX Ana V. et MACINTYRE Sally, 2007, « Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach », *Social Science & Medicine*, novembre 2007, vol. 65, n° 9, (coll. « Placing Health in Context »), p. 1825-1838.

DIEZ ROUX Ana V., 2007, « Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, février 2007, vol. 55, n° 1, p. 13-21.

DIEZ ROUX Ana V. et MAIR Christina, 2010, « Neighborhoods and health », *Annals of the New York Academy of Sciences*, février 2010, vol. 1186, n° 1, p. 125-145.

FASSIN Didier, 2003, « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, septembre 2003, vol. 51, n° 4, p. 403-414.

GOMEZ Scarlett Lin, SHARIFF-MARCO Salma, DE ROUEN Mindy, KEEGAN Theresa H. M., YEN Irene H., MUJAHID Mahasin, SATARIANO William A. et GLASER Sally L., 2015, « The Impact of Neighborhood Social and Built Environment Factors across the Cancer Continuum: Current Research, Methodologic Considerations, and Future Directions », *Cancer*, 15 juillet 2015, vol. 121, n° 14, p. 2314-2330.

LAPEYRONNIE Didier, 2008, *Ghetto urbain. Ségrégation, violence, pauvreté en France aujourd'hui*, Paris, Robert Laffont (coll. « Le monde comme il va »), 630 p.

MAURIN Eric, 2004, *Le ghetto français. Enquête sur le séparatisme social*, Paris, Éditions du Seuil, 95 p.

MEIJER Mathias, RÖHL Jeannette, BLOOMFIELD Kim et GRITTNER Ulrike, 2012, « Do neighborhoods affect individual mortality? A systematic review and meta-analysis of multilevel studies », *Social Science & Medicine*, avril 2012, vol. 74, n° 8, p. 1204-1212.

NELSON Alondra, 2011, *Body and Soul: The Black Panther Party and the Fight Against Medical Discrimination*, University of Minnesota Press.

OAKES J. Michael, 2004, « The (mis)estimation of neighborhood effects: causal inference for a practicable social epidemiology », *Social Science & Medicine*, mai 2004, vol. 58, n° 10, p. 1929-1952.

ONZUS, 2007, *Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2006*, La Plaine Saint-Denis, Paris, Observatoire national des zones urbaines sensibles.

OSYPUK T. L., 2013, « Future research directions for understanding neighborhood contributions to health disparities », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, juin 2013, vol. 61, Supplément 2, (coll. « Épidémiologie sociale et inégalités de santé »), p. S61-S68.

PICKETT Kate E. et PEARL Michelle, 2001, « Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1 février 2001, vol. 55, n° 2, p. 111-122.

SAMPSON Robert J. et RAUDENBUSH Stephen W., 1999, « Systematic Social Observation of Public Spaces: A New Look at Disorder in Urban Neighborhoods », *American Journal of Sociology*, novembre 1999, vol. 105, n° 3, p. 603-651.