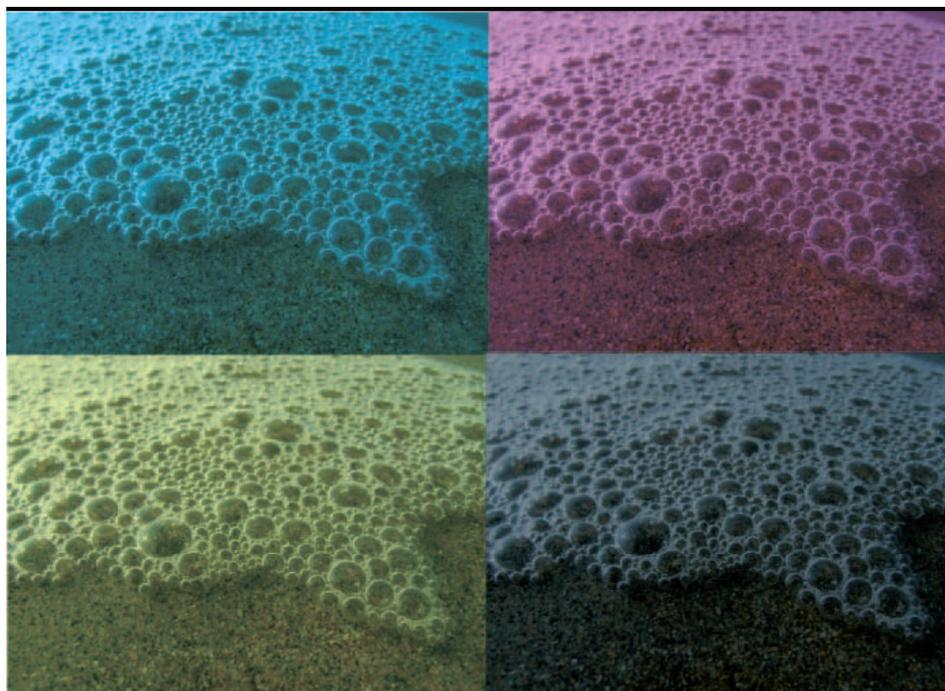




Actes du colloque Santé, exclusion, risque et lieu

Actes du Colloque

Santé, exclusion, risque et lieu



Coordonné par Emmanuel Eliot & Emmanuel Bonnet

Mars 2007



Remerciements

L'organisation du colloque et la publication des actes en français et en anglais n'auraient pas été possibles sans les partenaires qui ont soutenu le projet. Nous tenions donc à remercier :

- Mme Anne Lentiez du Pôle Universitaire Européen de Lille
- Toute l'équipe du Service des Relations Internationales de l'Université du Havre
- Le laboratoire CIRTAI de l'université du Havre, et plus particulièrement son directeur B. Steck
- L'Université du Havre où s'est déroulé le colloque.
- L'UMR IDEES 6228 du CNRS, et en particulier son directeur M. Bussi
- Le laboratoire TVES de l'université de Lille 1
- Le Pôle Universitaire Normand
- M. A. Azor-Smith qui a assuré la traduction simultanée des interventions
- L'UFR des Lettres et Sciences Humaines de l'Université du Havre et son directeur B. Lecoquierre



Table des matières

<i>Présentation</i>	7
<i>Introduction</i> :	9
<i>Santé, exclusion, risque et lieu : mise en perspective</i>	9
Exclusion, risque et lieu : points de méthodes	15
<i>Expositions et vulnérabilités différentielles des populations aux risques industriels : Méthode de caractérisation spatiale</i>	16
<i>L'enclavement un concept délaissé de l'analyse spatiale</i>	22
<i>Pouvoir, lieux et épidémies : exemple du VIH/ SIDA A BOMBAY (Inde)</i>	31
Comparer les inégalités de santé	36
<i>Spatialité comparée des médecins généralistes à Portsmouth et à Rouen</i>	37
<i>Santé et maladie dans le Sud-Est de l'Angleterre – conclusions d'un projet interrégional sur les risques relatifs à la population côtière</i>	41
<i>Le risque en matière de santé dans les zones côtières du Nord de la France et du Sud-Est de l'Angleterre</i>	49
Vulnérabilité : itinéraires et trajectoires	57
<i>Usagers de drogues : aux marges du système de soins ?</i>	58
<i>Questions problématiques et méthodologiques à propos d'une recherche/action sur le devenir des enfants placés</i>	63
<i>Ne pas entraver les possibilités de la personne handicapée à devenir sujet et citoyen adulte : le moment crucial de l'adolescence</i>	67



Construction sociale du « (dé) placement » des personnes âgées comme un risque : dissociation entre santé et exclusion 71

Vulnérabilité : Espaces et lieux..... 81

Populations, déficiences et accessibilité urbaine..... 82

Entre équité et exclusion territoriale..... 82

Ville et handicaps : Quelle mobilité pour les personnes en situation de handicaps ? 86

Etudiant, le temps et l'espace du bien être ? Une géographie du mal être étudiant en France..... 91

Lieux à risques. Lieux des risques 96

De quelques relations entre vulnérabilité individuelle, prise de risque et accidents de la circulation..... 97

Comment santé et management peuvent devenir amis dans les organisations ? : Quelques remarques..... 104

Vivre au pied des usines, choix et nécessité 108

Penser autrement les limites spatiales et normatives de la nuisance..... 116

Perceptions profanes de la transformation de la nature du littoral..... 120

Le cas du comté du Kent (RU) : amélioration ou détérioration de la situation sanitaire ?..... 120

L'hôpital dans la mondialisation, un nouveau lieu d'exclusion ?..... 123

Synthèses..... 127

Re transcription et synthèse des débats..... 128

Questions clés soulevées par les communications de la conférence « Santé, exclusion, risque et lieu » 134



Table des auteurs

Prénom, Nom /Surname, Name	Université / University	Discipline/ Subject	Mél /email
Adeline Bourgeaux	MTG, Université de Rouen	Géographie	adelinebourgeaux@yahoo.fr
Alain Vaguet	MTG, Université de Rouen	Géographie	alain.vaguet@univ-rouen.fr
Andy Alaszewski	CHSS, Université du Kent	Sociologie, Santé publique	a.m.alaszewski@kent.ac.uk
Ann Palmer	CHSS, Université du Kent	Médecine, Santé publique	A.P.Palmer@kent.ac.uk
Anne- Péguy Hellequin	Université du Littoral	Géographie	aph@univ-littoral.fr
Arnaud Morange	LASAR, Pôle Risque,	Sociologie	arnaud.morange@unicaen.fr

	Université de Caen		
Benjamin Laniepce	MTG, Université de Rouen	Géographie	laniepce.benjamin@wanadoo.fr
Benjamin Steck	CIRTAI, Université du Havre	Géographie	benjamin.steck@univ-lehavre.fr
Benoît Dervaux	CRESGE, de Lille	Economie	bdervaux@crege.fr
Caroline Jeanmart	CLERSE, Université de Lille 1	Sociologie	Caroline.Jeanmart@univ-lille1.fr
Daniel Reguer	CIRTAI Université du Havre	Sociologie	dreguer@wanadoo.fr
Didier Drieux	Université de Caen	Psychologie	didier.drieu@univ-caen.fr
Eliane Propeck- Zimmerman	GEOSYSO M, Université de Caen	Géographie	eliane.propeck@unicaen.fr



Actes du colloque Santé, exclusion, risque et lieu

Emmanuel Bonnet	TVES, Université de Lille 1	Géographie	emmanuel.bonnet@univ-lille1.fr
Emmanuel Eliot	CIRTAI, Université du Havre	Géographie	emmanuel.eliot@univ-lehavre.fr
Franck Bodin	TVES, Université de Lille 1	Géographie	franck.bodin@univ-lille1.fr
François Despres	Université de Rouen	Management	Francois.Despres@ionis.fr
Hervé Flanquart	Université du Littoral	Sociologie	hflanquart@yahoo.fr
Jill Stewart	Université de Greenwich	Sociologie	j.l.stewart@greenwich.ac.uk
Laurent Boceno	DYRESO, U Caen	Sociologie	lboceno@aol.com
Linda Jenkins	CHSS, Université du Kent	Statistiques, Santé publique	L.M.Jenkins@kent.ac.uk
Liz Meerabeau	Université de Greenwich	Sociologie, santé publique	E.Meerabeau@greenwich.ac.uk
Mathilde Mus	CIRTAI, Université du	Géographie	mus.mathilde@gmail.com

	Havre		
Pascal Vallet	Université du Littoral	Sociologie, ethnologie	pascal.vallet@univ-st-etienne.fr
Régines Scelles	PRIS, Université de Rouen	Psychologie	scelles@free.fr
Virginie Chasles	Université Lyon 2	Géographie	chaslesvirginie@yahoo.fr



Présentation

ELIOT Emmanuel, Université du Havre, CIRTAI-UMR IDEES CNRS 6228

BONNET Emmanuel, Université de Lille, TVES EA 4019

L'ensemble des textes présentés dans ce volume est issu de communications effectuées au cours du colloque franco-britannique « santé, exclusion, risque et lieu / Health, Deprivation, Risk and Place » qui s'est déroulé à l'Université du Havre les 20 et 21 mars 2007.

Ce colloque est l'aboutissement d'une série de rencontres amorcée dès la fin de l'année 2005 entre des chercheurs des universités du Havre (E. Eliot) , de Lille 1 (E. Bonnet) en France et du Kent au Royaume-Uni (A. Alaszewski). Le développement de ces relations entre les trois universités a été facilité par l'obtention de financements européens dans le cadre du programme INTERREG 3A / Links +2, cadre régional regroupant les universités du Pôle Universitaire Européen de Lille et de l'Université du Havre en France, et les Universités du Sud-Est du Royaume-Uni.

En s'appuyant sur les relations tissées entre les trois chercheurs précédemment cités, le colloque a permis la rencontre des chercheurs français et britanniques travaillant sur les thèmes de

la SANTE, des RISQUES et de l'EXCLUSION. La très grande majorité des intervenants est issue des établissements universitaires du Nord-Ouest de la France et du Sud-Est du Royaume-Uni. Ce colloque régional a ainsi montré la richesse de ce type de rencontres, plus particulièrement du point de vue des démarches et approches présentées par les chercheurs français et britanniques sur des thèmes communs. Il a en outre donné l'opportunité de réflexions et de débats pluridisciplinaires. En effet, les participants au colloque sont issus de divers horizons : disciplinaires (géographie, sociologie, psychologie, aménagement et gestion) et de travail (universitaire et responsables de l'action publique). Les débats ont ainsi montré la grande complémentarité des analyses et la nécessité de ces types de réflexions. Ils ont aussi donné une lisibilité plus grande aux travaux universitaires français et britanniques.

Les thèmes retenus pour ce colloque présentent assurément un intérêt régional, en particulier d'un point de vue comparatif. Les régions administratives couvertes par le programme en France se caractérisent en effet par des situations tant du point de vue sanitaire que des risques, en particulier technologiques, particulièrement marquées. Toutefois, les différentes contributions de ce volume ne s'intéressent pas toutes à cet ensemble régional. Les ouvertures à d'autres terrains, à d'autres



contextes ou à des réflexions plus globales ont donné une réelle perspective et ont pu renforcer les débats.

Les thèmes retenus pour ce colloque ainsi que la dimension comparative (entre disciplines et entre des chercheurs français et britanniques) ont ainsi permis au colloque d'être financé par différents laboratoires de recherches, universités françaises et institutions (le pôle Universitaire Européen de Lille, le laboratoire TVES de l'Université de Lille¹, l'Université du Havre, le Service des Relations Internationales de l'Université du Havre, le laboratoire CIRTAI de l'Université du Havre, l'unité Mixte de Recherches 6228 IDEES du CNRS et le Pôle Universitaire Normand associant les Universités de Rouen, Caen et du Havre)

Les actes de ce colloque regroupent des textes courts et sont organisés en quatre grands ensembles. Le premier regroupe des communications présentant différentes postures de recherches. Elles proposent ainsi des cadres de méthodes et d'interprétation de la santé, des risques et de l'exclusion. La seconde présente des contributions mettant en comparaison les situations françaises et britanniques, plus particulièrement du point de vue de la santé, soit par l'analyse des systèmes de soins ou par la construction d'indicateurs de mesure des faits de santé. Le troisième met en commun des communications s'intéressant aux trajectoires et aux itinéraires de l'exclusion, en s'interrogeant sur

ses causes. Le quatrième propose de s'interroger sur les espaces et les lieux pouvant constituer des environnements de vulnérabilité et pouvant ainsi conduire à l'exclusion, mais aussi les tensions entre les espaces collectifs produits et les individus. Enfin, le cinquième propose des communications traitant du caractère mobile et changeant de ces lieux de l'exclusion, des temporalités et des transformations de ces lieux. Au-delà de cette organisation thématique, on trouvera au sein des différentes communications l'exposé des méthodes employées. Fort des différentes disciplines représentées, elles sont variées mais les différents débats ont aussi permis de mesurer leurs complémentarités.

Les débats conduits au cours des deux journées de colloque ont été en outre retranscrits et sont présentés sous la forme d'une synthèse. Enfin, une conclusion mettant en lumière les thèmes et les postures scientifiques présentées et replaçant ces travaux dans des réflexions plus générales a été réalisée par A. Alaszewski de l'Université du Kent (RU).



Introduction : Santé, exclusion, risque et lieu : mise en perspective

ELIOT Emmanuel, Université du Havre, CIRTAI UMR IDEES CNRS 6228

BONNET Emmanuel, Université de Lille, TVES EA 4019

Cette introduction tente d'explicitier et de mettre en relation les différentes notions proposées à la réflexion dans ce colloque. Le titre met en effet en parallèle les notions de santé, d'exclusion, de risques et de lieu ainsi que celui de « deprivation » en anglais. Dans un premier temps, il s'agit de préciser ces notions et d'appréhender les débats qu'elles ont pu générer, plus particulièrement en géographie et en sociologie. Dans un second temps, il s'agit de préciser la relation que les notions d'exclusion / deprivation tissent avec la santé et les risques. Enfin, il s'agit de tenter de mettre en articulation ces différentes notions avec le concept de lieu.

Dans le discours des sciences sociales et du politique, le terme d'exclusion est généralement associé à celui de précarité en France et à celui de « deprivation » au Royaume-Uni. Le terme de précarité met l'accent sur l'incertitude, sur l'absence de

« sécurité », et sur la remise en cause d'une situation antérieure, tandis que le terme de « deprivation » insiste sur la dépossession, la privation de quelque chose, introduisant ainsi un seuil, « point de retrait » à la participation à la vie sociale (Gazier, 1996).

En France, le terme d'exclusion a émergé dans le contexte postérieur aux années 1970. Malgré l'extension et la construction de systèmes de protection sociale, les problèmes d'intégration de certaines populations, la crise économique des années 1980 et les premiers effets sur le chômage, conduisirent en effet les chercheurs et l'action publique à s'intéresser à la pauvreté, à sa mesure, et à rechercher des modalités pour l'action sociale. La loi de prévention de l'exclusion de 1998 ou la mise en place de la couverture mutuelle universelle en 1999 illustrent ces orientations. Ces dispositifs traduisent cependant une position « à la française », mettant l'accent sur l'intégration et la solidarité. Au Royaume-Uni, il s'agit plutôt de trouver des moyens pour éviter aux populations pauvres de tomber dans l'assistance. Les récentes études conduites par le « resilience group » de l'« economic and social research council (ESRC) » et la construction dès les années 80 d'indicateurs de mesure de la « deprivation » (Townsend index (1989), Carstairs index, index of multiple deprivation (2004)...) illustrent cette démarche.



Dans les sciences humaines et sociales, les travaux s'intéressant à la pauvreté, à l'exclusion, à la précarité sont nombreux. D'une façon générale, la précarité conduit, dans un processus cumulatif, à l'exclusion considérée comme une rupture du lien social, un isolement ou encore une mise à l'écart des structures d'encadrement de la société : de la famille à l'Etat. L'exclusion est donc liée à des facteurs cumulatifs de pertes (emploi, aide sociale, familiales...) mais elle fonctionne aussi sur un mode symbolique (Elias N., Scotson J-L., 1965)

Dans la sociologie française ; par exemple, le débat a été particulièrement agité entre les auteurs partisans de ne pas écarter la notion d'« exclusion » mais cherchant à proposer d'autres notions « déqualification » (S. Paugam, 1996), « désinsertion » (Gaulejac et Taboada, 1994), ou « désaffiliation » (R. Castel), et d'autres, très critiques, considérant le terme d'exclusion comme un pseudo-concept vide de sens. (Messu M., 2003). En géographie, le débat sur la notion a été peu présent. Les travaux analysant l'exclusion et plus généralement la pauvreté dans leur dimension spatiale l'ont associé à la métaphore d'une périphérie soumise à un centre dominant (Séchet R. 1993, Retailé D., 1996). Des séries de lieux-types sont ainsi été étudiées l'îlot rural, la banlieue, le bidonville.... D'autres auteurs ont cherché à prendre en considération la dimension politique, culturelle et affective de

l'exclusion à l'aide du concept de territoire (Retailé D., 1998, Villers-Baron H.).

En résumé, les différents travaux en sciences sociales – même s'ils ne se résument pas à quelques exemples issus des productions de la sociologie ou de la géographie- ont montré que la notion d'exclusion, même si elle valorise des situations « extrêmes » et malgré les difficultés théoriques et méthodologiques qu'elle pose, permet toutefois de s'interroger sur la cohésion sociale, le capital (social et spatial) et la justice. Elle propose donc une réflexion sur les inégalités.

Le colloque cherche à mettre en articulation ces deux notions d'exclusion et de « déprivation » avec celle de la santé et des risques.

La production des inégalités de santé est multifactorielle. Elle est liée aux environnements, aux modes de consommation, aux modes de vie mais aussi aux valeurs individuelles, à l'estime de soi ou encore à la relation au corps ... Les déterminants de la santé sont donc à la fois d'ordres physiques et biologiques, mais aussi d'ordres sociaux, culturels et psychologiques. Dans ce sens, la santé est une production sociale. Production sociale, donc affectée et construite par les rapports sociaux. Dans la société du risque que le sociologue allemand U. Beck a dépeinte (Beck U., 1986), les sociétés contemporaines sont animées par une double dynamique : premièrement, le passage d'une logique de



répartition des richesses à une logique de répartition des risques et deuxièmement, une individualisation des inégalités sociales. Dans ce contexte, la prise de conscience que les risques sont produits par la société contribue à placer l'insécurité et la catastrophe au cœur du système de pensée et de fonctionnement des sociétés. Individus et collectifs sont ainsi animés par des phases d'angoisses activées ou réactivées par des événements chocs. Par ailleurs, le processus d'individualisation explique que la pauvreté et la précarité ne sont plus seulement de « classes » mais qu'elles peuvent aussi affecter certaines phases de l'existence, ainsi que des populations diverses.

Qu'impliquent ces transformations, plus particulièrement dans le domaine de la santé ?

Premièrement, dans le contexte d'affaiblissement de l'Etat-Providence, assurance et précaution guident les transformations contemporaines en matière de dispositifs et d'aménagements. Ces recompositions contribuent à fragiliser certaines populations (remboursements incomplets, problèmes d'accès aux soins, difficultés de prise en charge d'un problème de santé car la demande est insuffisante etc...). Les inégalités en matière de traitement ou d'accès aux soins se développent et renforcent ainsi le sentiment d'injustice. Ces inégalités posent ainsi la question de la redistribution et de ses modalités, l'Etat n'ayant plus la seule vocation à protéger.

Deuxièmement, les évolutions contemporaines du marché du travail fragilise la santé des individus les plus pauvres ou « anciennement » pauvres et les surexpose aux maladies (affaiblissement des résistances, maladies parasitaires, infectieuses et de carence...). La précarité diminue donc le capital santé des individus, capital défini comme étant un patrimoine (liens sociaux, marge de manœuvre, compétences construites au cours de la vie) permettant d'avoir accès à des ressources et en particulier en matière de santé dans son acception multifactorielle. Cette perte ou diminution peut ainsi conduire au renoncement à se faire soigner, à des pratiques extrêmes, au recours à des pratiques de soins inadaptées, et plus généralement à l'isolement, à l'errance, et à la souffrance.

Analyser ces inégalités de santé est difficile d'autant plus si l'on souhaite traiter de la dynamique de ces inégalités. La mesure de ces inégalités, certes nécessaire, pose cependant des difficultés de recueil de données et d'analyse mais aussi de comparaisons entre régions ou pays. Elle nécessite donc d'être complétée et articulée avec des travaux aux échelons micros.

L'analyse des inégalités à la lumière de la santé ou des risques, les deux pouvant être aussi liés, questionne de toute évidence la notion de vulnérabilité, synonyme de fragilité, de sensibilité plus forte à des phénomènes ou des situations et pouvant conduire à des situations de précarité. La vulnérabilité est plus



généralement associée à un état mais elle peut être aussi un processus de détérioration lié à des chocs de la vie ou à la confrontation à des environnements déstabilisants. La vulnérabilité se place donc en amont de la production des inégalités parce que des populations peuvent être plus vulnérables que d'autres en fonction de certains contextes. C'est le cas par exemple des individus avec des problèmes d'invalidité pour lesquels le contexte, les événements ou encore les environnements (sociaux, technologiques, industriels, politiques...) peuvent fragiliser ou exacerber des situations. La vulnérabilité peut être aussi considérée en aval : les risques pouvant contribuer à fragiliser certains individus ou certaines populations. Par exemple, dans le contexte des risques technologiques, le risque est inégalement réparti sur le territoire dans la mesure où certains d'entre eux sont soumis à des risques plus accrus que d'autres. On constate dans le même temps que très souvent ces territoires correspondent à aussi à des d'autres formes de fragilités ou de vulnérabilités. Au risque technologique s'ajoute des situations sociales difficiles et l'ensemble des indicateurs de l'exclusion. Ainsi le risque est inégalement partagé socialement. Les inégalités peuvent être liées à la sensibilité, la fragilité physique des personnes et au niveau socio économique.

En somme, les inégalités face aux risques renvoient également à la notion d'exposition et surtout à la capacité des populations à faire face à l'exposition et à l'aléa. La résilience devient donc un indicateur pertinent pour déterminer les inégalités face aux risques. La capacité des populations à revenir à l'état antérieur à la crise est dépendante des conditions physiques, sociales et économiques des individus. La résilience des populations permet donc d'évaluer les inégalités face aux risques et distingue les individus qui résistent à ceux qui subissent les aléas et qui sont propulsés dans un processus d'exclusion.

L'appréhension des risques par le territoire permet ainsi de comprendre les processus spatiaux qui participent à la production de l'exclusion mais aussi à l'afficher et à l'analyser par le biais de d'indicateurs, de statistiques et de cartographies. Les différentes méthodes utilisées par les chercheurs en sciences sociales fournissent en effet les éléments, les paramètres, qui nous permettent de passer de la théorie au terrain mais aussi d'effectuer un retour du terrain à la théorie. Les méthodes ne devant pas être uniquement envisagées pour décrire une « réalité », réalité du chercheur qui les utilisent, mais comme des révélateurs de situation ordinaires ou particulières, qui viendront alimenter à nouveau la réflexion théorique sur les processus de mise en exclusion. Ces méthodes sont aujourd'hui variées elles mais relèvent essentiellement des systèmes d'informations



géographique avec leurs capacités à créer des informations géographiques dérivées, la statistique spatiale qui permet, entre autres, de comparer des situations spatiales ressemblantes ou non ou encore la simulation et la modélisation qui permettent de créer virtuellement des situations à risques pour tester les hypothèses des chercheurs.

Cette analyse des inégalités à partir des notions d'exclusion, de « deprivation » et de risque peut être appréhendée dans une dimension spatiale à l'aide des catégories conceptuelles que sont l'espace, le territoire et le lieu. Ce dernier a été choisi. Il a été travaillé par la sociologie (Giddens A.), l'anthropologie (E. T Hall) ou par les sciences politiques (Agnew J.) (Debarbieu 2006). En géographie, il recouvre deux acceptions. La première, le considère comme un point de l'étendue, une unité élémentaire de l'espace et comme une situation dans un système. La seconde, le considère comme une condition première de l'expérience humaine (Entrikin N.) Pour faire un lieu, il faut un événement, une circonstance, en d'autres termes un déclencheur organisé par la coprésence et permettant ainsi de mettre en interaction acteurs et objets (Retailé D.). Il ne s'agira pas ici d'opposer ces deux acceptions mais de les prendre ensemble afin de les questionner et de voir comment elles peuvent se fertiliser

mutuellement, mais aussi de les mettre en parallèle avec les autres catégories que sont l'espace ou le territoire.

Bibliographie

BECK U., 2003, **La société du risque - Sur la voie d'une autre modernité**, Champs Flammarion, 522 p.

CASTEL R., 1995, **Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat**, Fayard, Paris.

DE GAULEJACV., TABOADA I., 1997, **La lutte des places**, Paris, Desclée de Brouwer, p. 286

DEBARBIEUX B., 2006, « Lieu » in **Dictionnaire des sciences humaines** MESURE S. et SAVIDAN P. (dir.), PUF, pp. 714-16.

ELIAS N., SCOTSON J-L., 1965 **The Established and the Outsiders: A Sociological Enquiry into Community Problems**, London, Frank Cass.

FASSIN, D. 1996, « Exclusion, *underclass*, *marginalidad*. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États-Unis et en Amérique latine », **Revue française de sociologie** XXXVI (1) : 37-75.

HALL E.T, 1971, **La dimension cachée**, Seuil.

MATHIEU N., 1997, « Pour une nouvelle approche spatiale de l'exclusion territoriale », in **Strates**, n°9. <http://strates.revues.org/document612.html>



Actes du colloque Santé, exclusion, risque et lieu

MESSU M., 2003, **La pauvreté cachée : une analyse bachelardienne du concept de pauvreté**, Mondes en cours, 177 p.

PAUGAM S., 1996, **L'exclusion : l'état des savoirs**, Paris : Éd. la Découverte, p. 582

RETAILLE D. et al., 1996, **Terres d'exclusion, terres d'espérance**, Paris : Economica, p.119

RETAILLE D. et al., 1998, **Le monde du géographe**, Presses de Sciences Po, p. 283



Exclusion, risque et lieu : points de méthodes



Expositions et vulnérabilités différentielles des populations aux risques industriels : Méthode de caractérisation spatiale

PROPECK-ZIMMERMANN Eliane, Université de Caen, GEOSYSCOM-UMR IDEES 6228 CNRS

SAINT-GERAND Thierry, Université de Caen, GEOSYSCOM-UMR IDEES 6228 CNRS

BONNET Emmanuel, Université de Lille, TVES EA 4019

Le rapprochement du tissu industriel et du tissu urbain particulièrement rapide au cours du XX^{ème} siècle a engendré des niveaux de risques aujourd'hui très préoccupants. En effet, la population située à proximité d'installations industrielles dangereuses de type Seveso est soumise à des risques pouvant porter atteinte à sa santé, voir à son intégrité physique. Aux risques d'accidents majeurs (incendie, explosion, toxicité) s'ajoute également un risque de pollution chronique liée à la dissémination de produits toxiques et cancérigènes. L'exposition et la vulnérabilité des populations aux effets d'un accident potentiel sont variables dans l'espace en fonction de facteurs physiques, socio-économiques et cognitifs. L'inégalité face aux

risques sur un territoire donné est cependant difficile à mettre en évidence. Comment en effet caractériser une situation à risque dans toutes ses dimensions physique, sociale, économique, environnementale pour un territoire donné et par conséquent offrir les moyens d'analyser des inégalités face aux risques ?

Après avoir explicité les critères de caractérisation des situations à risques, nous développerons une méthode cartographique de différenciation spatiale des risques industriels sur un territoire.

Caractériser des situations à risques à l'intersection de deux espaces : physique et social

Nous nous intéressons ici aux expositions et aux vulnérabilités face aux risques engendrés par les activités chimiques, pétrolières et pétrochimiques relevant de la directive SEVESO, mais aussi des activités pyrotechniques et agro-alimentaires. Sont exclues les activités nucléaires qui relèvent d'une réglementation propre et très différente de la SEVESO. Il s'agit de risques d'accidents majeurs qui correspondent à des effets d'explosion, d'incendie et de toxicité qui peuvent avoir des conséquences importantes sur les populations en termes de mortalité mais aussi d'atteintes irréversibles pour la santé. Les conséquences les plus graves sont redoutées dans un rayon



relativement proche de l'installation (de l'ordre de quelques centaines de mètres) mais peuvent dans certains cas s'étendre à des kilomètres sous la forme de nuages toxiques. La plupart de ces activités présentent également des risques de pollution chronique notamment par la manipulation de produits toxiques et cancérigènes. Ces risques peuvent affecter une population importante puisque 70% des activités SEVESO sont implantées dans les aires urbaines précisément là où les densités sont les plus fortes [Propeck & Saint-Gérand, 2003].

Le rapprochement industrie-habitat, principal facteur aggravant des risques, s'est opéré en trois grandes phases que l'on peut analyser d'un point de vue physique de consommation de l'espace et d'un point de vue social [Martinais, 2003].

1- Première moitié du XXème siècle : entre les deux guerres, les lois sur l'urbanisme de 1919 et 1924 ont instauré le principe du zonage visant à concentrer des activités dans des espaces relativement éloignés de la ville. Des cités ouvrières ont cependant été construites par l'industriel à proximité logeant la population ouvrière.

2- Pendant les « Trente glorieuses » : le développement très rapide de l'activité industrielle et de l'urbanisation a produit des

situation où des lotissements et grands ensembles sont venus border les usines.

3- Durant la crise économique (après 75) : on entre dans une phase de désindustrialisation ; les collectivités mettent en place des systèmes d'accès à la propriété, de rénovation et d'équipement. Il s'agissait surtout d'enrayer le départ des classes moyennes et des employés mais ces mesures ont conduit à grignoter les derniers espaces vides du tissu urbain.

En 1987, la mise en place de dispositifs de maîtrise de l'urbanisation avec la directive Seveso vient réglementer cette évolution de la relation industrie-habitat. Des limitations et contraintes d'urbanisme visent à recréer des zones tampons entre les usines et les logements. L'objectif est de réduire les conséquences d'un accident potentiel sur la population vivant à proximité. Mais les effets sur les quartiers sont différents. L'impossibilité d'agrandir des logements ou de rénover les habitations, par les différents blocages des opérations d'urbanisme, crée une forme de défavorisation, de paupérisation de certains quartiers [Martinais, 2003]. La fuite des populations et la récupération de ces espaces par les franges les plus défavorisées de la société place ces territoires à la fois en marge du développement urbain et dans une situation d'exclusion.



Les risques sont donc inégalement répartis spatialement. Certains territoires à proximité des installations dangereuses sont soumis à des aléas plus forts que d'autres. Mais le risque est aussi inégalement partagé socialement puisque les vulnérabilités sont différentes selon les populations. Les inégalités sont liées à la sensibilité, la fragilité physique des personnes, au niveau socio-économique avec une inégale protection liée aux conditions de l'habitat notamment, et au niveau éducatif avec une plus ou moins grande facilité d'accès et d'appropriation de l'information sur les risques.

Différentes situations à risques peuvent ainsi apparaître à l'intersection des deux espaces : l'espace physique exposé et l'espace social vulnérable.

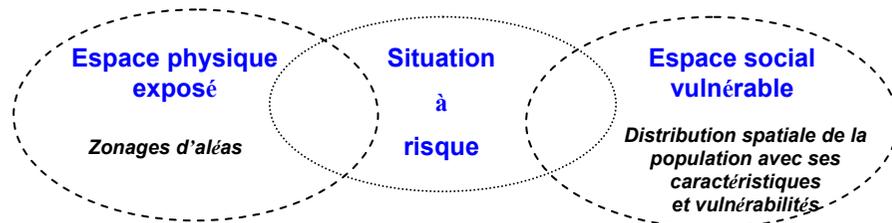


Figure 1 : Des situations à risques à l'intersection de 2 espaces

L'analyse en terme d'exclusion renvoie aux questions fondamentales suivantes : les populations les plus exposées sont-elles les plus vulnérables ? Les populations défavorisées

socialement le sont-elles aussi face au risque industriel ? Comment mesurer, évaluer et déterminer cette combinaison exposition/vulnérabilité ?

Les catastrophes comme celles de Mexico et de Bhopal, ont démontrés que les populations au bas de l'échelle sociale étaient les plus exposées et les plus vulnérables sanitaires et socialement. D'un autre côté les événements cycloniques en Louisiane (2005) ont montré que la collectivité pouvait être touchée dans son ensemble. Cependant c'est la population la plus fragile qui a été la plus défavorisée durant les opérations d'évacuation et pour la reconstruction et réappropriation des lieux.

Répondre aux questions ci-dessus demande de travailler à différentes échelles et de prendre en considération un large faisceau de facteurs. Ceci nous a conduit à développer le concept de « situation à risque » défini comme la combinaison, en un lieu donné, de différents potentiels d'exposition, d'enjeux, de vulnérabilité et de résilience (figure 2).

La géomatique offre la possibilité de caractériser spatialement différentes situations à risques et d'élaborer des cartographies pour les décideurs permettant de répondre aux questions fondamentales suivantes : QUOI ? (accidents potentiels, types



d'enjeux,...), OU ? (extension des effets, localisation des populations,...), QUAND ? (probabilité d'occurrence temporelle d'un accident, présence de la population à différents moments du jour, de la semaine, de l'année,...). La situation à risque représente le COMMENT ? c'est-à-dire comment s'instaurent les relations entre l'espace physique exposé et l'espace social vulnérable : exposition des enjeux, variabilité des vulnérabilités, capacité de prévention,...

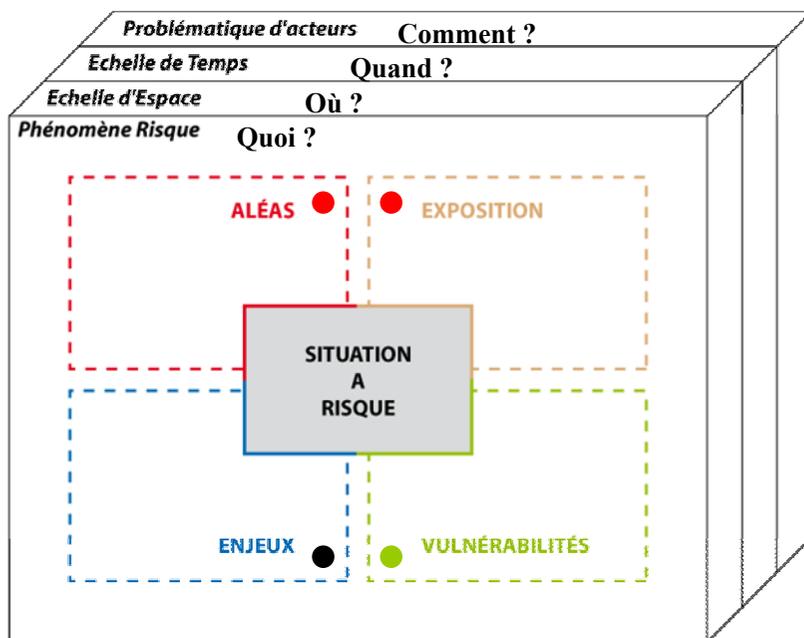


Figure 2 : Caractérisation d'une situation à risque

Méthode de caractérisation spatiale d'une situation à risque

La démarche de caractérisation des situations à risques se décompose en quatre étapes :

- caractérisation et hiérarchisation des aléas : il s'agit d'analyser l'impact potentiel en un lieu et de définir des niveaux d'aléas dans l'espace
- caractérisation et hiérarchisation des enjeux et de leurs vulnérabilités : il s'agit de recenser tous les paramètres utiles à la qualification des espaces potentiellement impactés et de définir des niveaux d'enjeux et vulnérabilités dans l'espace.
- cartographie de synthèse : elle est obtenue par croisement d'un niveau d'aléas et de d'enjeux et vulnérabilité en chaque point de l'espace.
- typologies, requêtes, simulation : cette dernière étape consiste à expliciter la diversité des combinaisons de facteurs présents sur le terrain. Il s'agit d'utiliser pleinement l'interactivité des Systèmes d'Information Géographiques (SIG) pour dégager des typologies des vulnérabilités en association avec les paramètres d'aléas et rédiger des requêtes multicritères.

Tous les paramètres utiles à la qualification des espaces à risques sont déclinés de façon systématique et systémique dans un



modèle conceptuel de données [Saint-Gérard, 2005]. La base de données spatio-temporelle est élaborée en référence à ce modèle.

Un niveau d'enjeu et de vulnérabilité a été défini, dans un premier temps, par la combinaison de trois couches d'information : la « densité de population » en un lieu à un moment donné, la « sensibilité » de la population (en fonction de l'âge, du degré de mobilité et d'autonomie de la population), et la protection de la population (présence ou non d'abri, qualité de l'abri). La carte de synthèse est obtenue par combinaison des trois couches converties préalablement en un GRID (carroyage) rendant les couches comparables (Figure 3). La méthodologie mise au point a permis d'établir différents niveaux d'enjeux et de vulnérabilités basés sur des critères physiques « objectivables ». La prise en compte des facteurs cognitifs et socio-économiques nécessite d'abord de mener des enquêtes approfondies selon un protocole d'échantillonnage spatial permettant leur confrontation avec les autres facteurs du risque [Bonnet, 2002]. L'intégration de ces facteurs dans un niveau global de vulnérabilité est dès lors envisageable à l'aide du SIG selon la méthodologie développée.

De la même façon, un niveau de vulnérabilité combiné à un niveau d'aléa permet de déterminer en chaque point un niveau

de risques Les cartes de typologies et les requêtes spatiales viennent en appui des cartes de synthèse pour expliciter les combinaisons de facteurs conduisant à une situation de risques donnée à un endroit précis, en fonction de critères retenus.

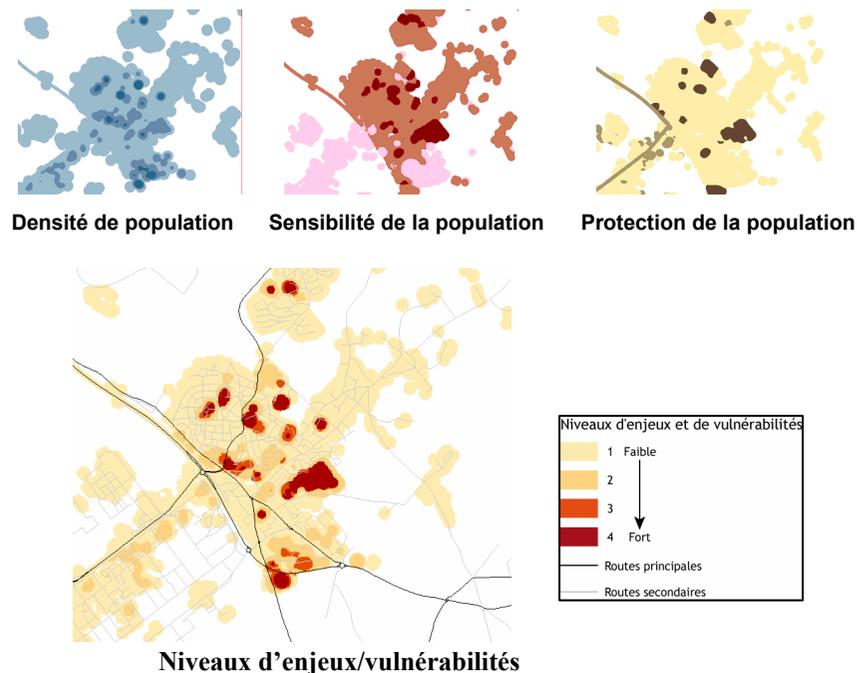


Figure 3 : Cartographie de synthèse des enjeux et vulnérabilités

L'objectif de cette méthode est ainsi d'évaluer globalement des situations à risques par l'intégration et la confrontation de facteurs de natures différentes. Les données d'aléas associées aux différenciations spatiales et sociales des populations



permettent d'améliorer la prévention ou l'intervention des secours dans des lieux très précis, et parfois les plus exclus, de l'espace urbain.

Bibliographie

- BONNET E., 2002, **Risques industriels : Evaluation des vulnérabilités territoriales**, thèse de l'Université du Havre, 331p.
- CERTU, 2003, **Risque industriel et territoires en France et en Europe. Etat des lieux et perspectives**. Ministère de l'Écologie et du Développement Durable, Collection Dossiers, n°151.
- MARTINAIS, E., 2003, La construction d'un territoire industriel à risque. Le couloir de la chimie lyonnais, in **Pouvoirs Locaux** N°56 1/2003
- PROPECK-ZIMMERMANN E., SAINT-GERAND Th., 2003, Pour une culture territoriale de la gestion des risques, in **Pouvoirs Locaux** N°56 1/2003, pp.44-47.
- PROPECK-ZIMMERMANN E, SAINT-GERAND T. et RAVENEL L., 2002, Cartographie des risques technologiques majeurs : nouvelles perspectives avec les SIG, **Mappemonde**, n°1, p. 17-23.

- SAINT-GERAND T., 2005, Comprendre pour mesurer ou mesurer pour comprendre ? HBDS : pour une approche conceptuelle de la modélisation géographique du monde réel. In **Modélisations en géographie**, ouvrage sous la direction d'Y. Guermond, Hermes.



L'enclavement un concept délaissé de l'analyse spatiale

STECK Benjamin, Université du Havre, CIRTAI-UMR IDEES CNRS 6228

Le concept d'enclavement tient une place limitée dans la production théorique des sciences sociales. Les chercheurs parlent plus volontiers d'exclusion ou de marginalité, signifiant par là une mise à l'écart de ce qui est considéré comme la norme dominante. Chez les géographes, de nombreux travaux y font toutefois référence. L'enclavement et le désenclavement qu'il appelle figurent même implicitement au cœur de toute réflexion sur le découpage de l'espace l'aménagement des territoires, la circulation des hommes et des biens, la genèse et l'expansion des réseaux, le développement des sociétés.

Trois approches possibles

L'enclavement est généralement reçu comme attribut des espaces peu accessibles, territoires fermés, mailles enserrées dans les fils des voies de communication qui ne les desservent

pas ou mal, qu'il s'agisse des infrastructures, *stricto sensu*, ou des modes d'organisation et de fonctionnement des opérateurs sur ces infrastructures. L'enclavement se situe à l'articulation entre le territoire et les réseaux et c'est bien de circulation dont il est question. Les populations concernées sont ainsi mises à distance des centres de décision, des foyers de consommation, des lieux de travail, des services à la personne, des espaces du loisir. L'échelle retenue est généralement celle des régions, voire des pays, au sens infra-régional. A une tout autre échelle, le territoire privilégié, l'expression achevée des situations d'enclavement, l'archétype, pourrait-on affirmer sans grande exagération, est l'Etat enclavé, au sens où il est privé de littoraux.

Mais l'enclavement ne relève pas seulement d'une thématique de l'ouverture physique des territoires. Des géographes, dans leurs recherches sur les perceptions et les représentations de l'espace, explorent également les champs intimes couverts par le couple indissociable de l'ouverture et de la fermeture. Cette approche s'appuie davantage sur la dimension psychologique ou socio-psychologique de l'enclavement. Elle ne se fonde évidemment pas sur les seuls ressorts strictement individuels de la psychologie personnelle ; les déterminations sociales des perceptions et des représentations sont tout aussi décisives et fondamentalement indissociables des configurations particulières



de la personnalité humaine. Ce champ de recherche saisit toutefois l'espace dans une appréhension à très grande échelle cartographique, celle d'un territoire centré sur la personne, organisé par elle, pensé par elle, animé par elle. Cette approche se révèle par conséquent inapte à traduire correctement les attributs économiques, sociaux et politiques de l'isolement et de la fermeture à plus petite échelle cartographique, celle des régions ou des Etats. Elle garde cependant une pertinence que les experts de l'aménagement ne peuvent pas négliger, sous peine de ne rien comprendre aux réactions des populations concernées par les programmes que dictent souvent les seuls impératifs techniques et économiques. Il s'agit de mieux comprendre les ressorts de la mobilité humaine et de mieux connaître les attentes, les besoins, les désirs qui animent les demandes d'ouverture des territoires. De l'étude des représentations, il est alors aisé de passer à l'étude des stratégies d'acteurs. L'enclavement révèle les enjeux d'une reconnaissance de l'identité immanquablement en quête de territoire

D'autres géographes enfin s'interrogent sur la composante politique de la position des entités territoriales les unes par rapport aux autres dans une dynamique de pouvoir et de souveraineté qui intègre elle aussi le concept d'enclavement. Cette approche a le mérite de préciser que l'enclavement est une

des composantes majeures des relations qu'entretiennent les sociétés humaines, à toutes échelles, une de ces modalités singulières de la position relative des sociétés qui les met en friction. Convoquée par les responsables politiques mais aussi économiques, cette catégorie spatiale est un instrument puissant des revendications, des négociations, des décisions. Les enclaves ont toujours tenu un rôle perturbateur des relations internationales, souvent même un rôle de détonateur de conflits dont elles n'étaient qu'un prétexte. Il en va de même à des échelles plus fines, comme celles de l'intra - urbain où les fragmentations suscitent des coupures qui sont aussi des coutures, là où les marges sont précisément créatrices. L'enclavement est ainsi un des instruments de toutes les stratégies dites souterraines qui animent l'économie mondiale. Paradis fiscaux, zones franches, enclaves d'entreprises... tous ces territoires qui sortent des règles et des lois des territoires souverains qui les encadrent mais étroitement articulés aux grands réseaux mondiaux nous livrent quelque chose du fonctionnement du monde où ouverture et fermeture s'entremêlent avec une très grande complexité.



L'enclavement dans le déploiement spatial des sociétés humaines

Les sociétés humaines sont sans cesse confrontées à des processus antagonistes d'ouverture et de fermeture territoriale. D'un côté, elles se projettent dans une sorte d'utopie opératoire qui dirige grand nombre de leurs actions. C'est l'utopie d'un espace régulier, sorte de *continuum* de lieux sans aspérités ni obstacles, qui permettrait la libre circulation dans toutes les dimensions et toutes les directions de l'étendue terrestre. Cette utopie se déploie dans le nouveau paradigme des sciences sociales qu'est la mondialisation, cette forme d'agrégation des hommes et des territoires qui se fonde sur la réduction des distances et qui conduit à la construction d'un village planétaire sans barrière. D'un autre côté, les sociétés humaines sont confrontées à la réalité d'un monde marqué par les ruptures, les discontinuités, les obstacles et les différenciations, porteuses au demeurant de complémentarités fécondes. Elles sont confrontées à la réalité d'un monde divers et inégal, aux prises avec des contraintes encore déterminantes et des projets concurrents et souvent opposés. Elles sont confrontées à la réalité d'un monde où les hommes veulent construire un territoire de proximité qui leur soit familier, compréhensible, sans cesse ajusté à leur capacité d'action immédiate, un territoire avec des repères pour

se rassurer et se conforter, pour affirmer son identité irréductible à l'uniformité dominante. Il est ainsi des sociétés qui recherchent précisément des obstacles qui leur permettent de se protéger face à des menaces qu'elles perçoivent comme délétères ou tout simplement pour affirmer leur identité par une mise en bornage de leur espace de vie.

Le débat sur l'enclavement s'inscrit par conséquent à l'articulation des différenciations spatiales que suscitent les sociétés humaines en action sur un monde qui est déjà, avant même leur intervention, divers et naturellement rugueux, et des prétentions unificatrices de cet agissement expansif dont l'un des moteurs est la volonté de construire un monde sans obstacle. L'articulation est d'autant plus délicate que tout processus d'enclavement est ambiguë. Enfermer, c'est d'une certaine façon exclure, mettre en marge, contrôler et par conséquent marquer la différence par la distance. Mais s'enfermer, c'est se protéger, se rassurer, chercher à assurer les conditions de sa sécurité et par conséquent défendre les constituants essentiels de son identité. La question qui surgit ainsi est celle de l'association périlleuse entre la fermeture qui empêche le dépassement des contraintes, la levée des obstacles, le libre exercice de la mobilité et la fermeture édifiante nécessaire à l'affirmation de soi et à la fortification des projets.



Pour décrypter les processus de l'enclavement, quand il est contraint et non pas revendiqué, il faut s'interroger sur les obstacles qui, par leur résistance aux volontés humaines, limitent leur déploiement spatial. Ces obstacles sur lesquels s'adosent les processus d'enclavement sont souvent strictement physiques, composantes naturelles des milieux où s'insère la trajectoire humaine, relief, végétation, climat, hydrographie... Mais ils résultent plus généralement d'une hybridation qui les mêlent à des processus d'enfermement strictement humains, politiques, économiques, sociaux, culturels, affectifs... dans toute la profusion historique de ce qualificatif, imposé ou voulu, sans lien nécessairement déterminant avec les conditions naturelles locales. Les obstacles peuvent être ainsi le fruit d'une appréciation que portent les sociétés humaines sur elles-mêmes, d'une appréciation que l'homme porte sur sa situation, sans nécessairement que celle-ci soit strictement celle d'un isolement ou d'un enfermement, appréciation qu'il construit de ce que pourrait être sa liberté de déplacement confrontée au constat de ce qu'elle est effectivement. L'obstacle est alors celui que l'homme projette hors de lui et qui objective ainsi un sentiment intérieur devenu instrument opératoire de sa présence au monde. L'hypothèse que les représentations de l'enclavement seraient plus efficaces que les réalités, même lorsqu'elles sont clairement établies, mesurées, critiquées, communiquées au plus

grand nombre appelle une attention toute particulière. L'enclavement incantatoire est bien une réalité des politiques d'aménagement. Qu'elles soient réelles ou supposées, subies ou construites les fermetures qui définissent les situations d'enclavement, peuvent être par ailleurs codifiées, encadrées par des décisions législatives, réglementaires, juridiques, diplomatiques, militaires... Des espaces particuliers sont ainsi placés hors les règles communes qui s'appliquent aux territoires environnants. Les processus d'exclusion, suscités par les mécanismes économiques, culturels ou politiques dominants, conduisent également à l'enclavement de territoires mis en marge des foyers et des réseaux de la richesse dont ils se trouvent séparés non seulement économiquement et socialement, comme il est généralement admis quand on parle d'exclusion, mais aussi spatialement.

En fait la composante majeure de ces processus est l'absence ou l'insuffisance des instruments de la circulation. Est ainsi considéré comme enclavé tout territoire qui n'est pas relié correctement aux infrastructures de communication et, selon une interprétation de plus en plus exclusive, au réseau mondial des flux de biens et de services, principalement dans ses manifestations maritimes et aériennes mais aussi dans ses extensions télématiques. Est, autrement dit, enclavé tout territoire en marge de ce que l'on considère désormais comme le



système-monde, celui qui prend corps dans la multiplicité et l'intensité des circulations qui enserrant l'écoumène terrestre, celui qui se constitue sur la dynamique des réseaux bien davantage que sur celle des territoires. Mais aussi paradoxal que cela puisse apparaître, la multiplication des infrastructures de circulation n'empêche pas nécessairement l'aggravation des situations d'enclavement par les fractures physiques et fonctionnelles qu'elles opèrent dans le tissu spatial et par les défaillances organisationnelles et fonctionnelles dont leurs opérateurs portent la responsabilité.

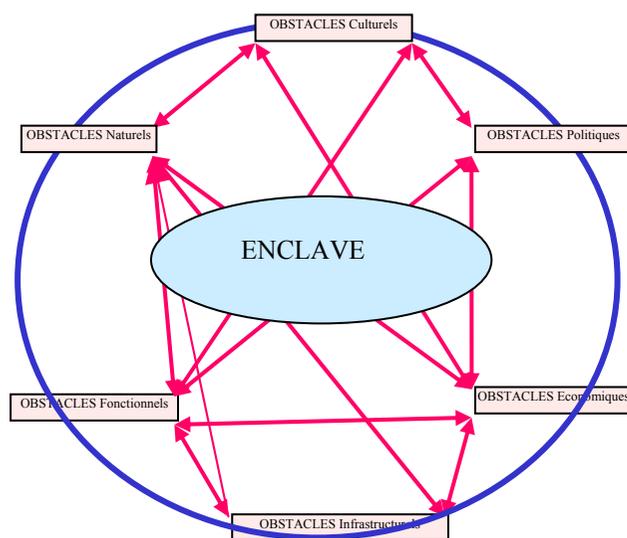


Figure n°1 L'enclavement un système complexe

Essai de typologie des formes de l'enclavement

*L'enclavement primaire : l'isolat

Le premier type est celui de l'isolat. C'est la situation de tout territoire isolé dans l'immensité des étendues terrestres ou océaniques, mal connues et peu maîtrisées par les populations qui y vivent. C'est la situation de tout territoire de petite taille prisonnier dans des limites étroitement bornées. Les distances restent à la mesure des seules aptitudes physiques des hommes. Ils sont incapables de penser l'au-delà de ce que leurs seules forces leur permettent d'atteindre. Insaisissable de toute façon par ces hommes qui vivent repliés sur eux-mêmes dans une stricte endogénie, le monde extérieur suscite une multitude de représentations plus déterminantes que leur triviale quotidienneté. L'isolat renvoie aux temps lointains et longs, qui ont marqué l'émergence et l'expansion progressive de l'humanité à travers le monde. C'est encore la situation de toute société qui vit au jour le jour le combat sans cesse repris et jamais achevé de son inscription spatiale, celle d'une survie toujours indécisée, d'une précarité oppressante, d'une incapacité à penser l'avenir sous la contrainte d'un présent incertain. L'isolat est ainsi à la croisée d'impératifs naturels déterminants, d'une grande fragilité humaine, d'insuffisances techniques manifestes, de faiblesses financières, de blocages culturels prégnants.



***L'enclavement protecteur : la clôture**

Le deuxième type est celui de la clôture. C'est le résultat d'un processus voulu de protection contre des influences extérieures considérées comme dangereuses. La clôture est toujours plus ou moins obsidionale, qu'elle soit assumée ou carcérale. Ces situations de clôture sont liées à des conditions naturelles plus ou moins décisives mais surtout à des décisions humaines élevant des barrières défensives. La clôture se déploie sur de courtes distances, occupe de faibles surfaces, se mesure ainsi à grande échelle, voire à très grande échelle cartographique. Ce modèle implique une société déjà très élaborée et complexe, qui hiérarchise son espace et crée des territoires organisés par les jeux du pouvoir. Il existe deux grandes familles de clôture. La clôture assumée est une clôture voulue. Elle s'inscrit dans un mouvement dialectique permanent d'ouverture et de fermeture, du dehors et du dedans, sous le signe d'une liberté de circulation qui pour être conditionnelle, n'en est pas moins effective. Elle suppose un contrôle territorial précis et des passages limités et surveillés. La clôture carcérale est subie par ceux qui s'y trouvent enfermés, encadrés, surveillés, exclus parce qu'ils sont réputés dangereux, déviants, coupables, impurs, ou tout simplement dérangeants... La liberté y est abandonnée. L'homme y est sous contrôle permanent et ne peut rien faire qui ne lui soit

expressément permis dans le cadre de réglementations strictes, marquées du sceau de l'autorité toute puissante et incontestable. Elle est le monde, à très grande échelle, de la promiscuité, de la suppression de toute intimité, de la privation de circulation autonome, de l'exacerbation de l'ordre imposé et contraignant.

***L'enclavement territorial : l'inclusion**

Le troisième type est celui de l'inclusion. C'est le cas de tout territoire, inclus dans un espace placé sous une autorité qui lui est étrangère, sans en dépendre. Il relève d'une autre entité dont il est physiquement séparé, parfois par de très longues distances. Les relations économiques, financières, voire culturelles, mais aussi administratives et politiques, qui en assurent l'existence, le placent hors les règles de l'espace dans lequel il se situe. L'inclusion est en position d'anomalie territoriale. Elle est acceptée, tolérée, contestée, selon les cas. Elle peut se maintenir, quand bien même les conditions qui ont présidé à sa création, ont disparu. L'inclusion est, par excellence, le territoire du compromis, de l'incertain, l'expression des rapports de force. Elle suscite toujours de la relation, des flux et des circulations selon des codifications internationales protectrices de son particularisme. Les diasporas ou les territoires d'entreprises multinationales en sont des exemples particuliers.



***L'enclavement paradoxal : la clef de voûte**

Le quatrième type est celui de la clef de voûte. Il s'agit d'un territoire, à grande échelle cartographique, qui, par ses particularités, se trouve inclus dans un territoire plus vaste, pouvant être appréhendé à échelle cartographique moyenne, et qui constitue pour lui le fondement de ce qu'il est, le moteur de son dynamisme, le meilleur qualifiant de son identité. C'est la pierre angulaire de l'édifice spatial, celle qui fait tenir l'ensemble territorial, érigé ainsi en système cohérent. Ce type reprend explicitement la signification délaissée de l'enclave, celle des arts de la construction. La clef de voûte est bel et bien le territoire fermé qui assure la perfection de l'ensemble territorial dont il est le centre, en terme de pouvoir, de décision, d'activité. La clef de voûte est le lieu vers lequel se tourne l'ensemble du corps social pour organiser son travail, sa vie quotidienne, sa citoyenneté. C'est le territoire de petite taille où se joue la décision et le contrôle de cette décision. Il est le lieu du pouvoir, qu'il soit politique, économique, culturel. L'illustration achevée de ce type est la plate-forme logistique, carrefour qui organise l'espace de la circulation.

***L'enclavement infrastructurel : la maille**

Le cinquième type est celui de la maille. C'est l'étendue prisonnière des axes de communication et qui ne leur est pas ou mal reliée. Ce modèle fonctionne à toutes les échelles, depuis la très grande échelle de la parcelle enfermée au milieu d'autres parcelles cadastrales, sans issue vers la voirie publique, jusqu'à la petite échelle des Etats voire la très petite échelle des continents, quand ceux-ci sont évités par les grandes lignes régulières du transport maritime et du transport aérien. C'est le modèle qui correspond le mieux à la signification la plus généralement admise de l'enclavement, telle qu'elle est définie par les experts et les responsables politiques en charge des politiques d'aménagement. Il est indissociable des problématiques majeures que suscitent l'étude des rapports entre territoire et réseau. Ce modèle est en particulier directement associé à la question du niveau optimal de capillarité des voies qui irriguent les territoires : jusqu'où faut-il entreprendre d'inciser les territoires par les lignes d'un treillage ajusté aux besoins ? Selon quelle hiérarchie des voies ?

***L'enclavement fonctionnel : la congestion**

Le sixième type est celui de la congestion. C'est le territoire des réseaux denses. Ce sont les axes et carrefours qui suscitent tant



de circulations intenses que la congestion provoque des formes d'enclavement inattendues. La mobilité se trouve contrainte, limitée, réduite. L'ouverture proposée par les infrastructures n'est plus possible et les territoires traversés se trouvent profondément perturbés par des rubans de congestion, en outre source de gaspillage et de pollutions destructrices des milieux. L'enclavement fonctionnel est aussi le résultat de choix opérés par les acteurs du transport dans la détermination de leur politique, en matière d'horaire, de cadence, de tarifs... Autrement dit, on peut se trouver dans un territoire potentiellement ouvert et dans le même temps fermé par le blocage des flux.

Conclusion : l'enclavement un concept pour agir contre l'exclusion

Les six types d'enclavement présentés constituent la fermeture comme l'un des principes d'organisation des espaces humanisés. Il n'est certes pas dans les habitudes de nommer enclave la plupart des situations spatiales que nous avons considérées comme telles. Et pourtant, c'est bien, au sens effectif du terme, ce dont il s'agit. Nous y retrouvons la double signification de l'enclave, à la fois fermeture et achèvement, ce qui est verrouillé et ce qui assure la perfection de la construction spatiale, ce qui bloque et ce qui épanouit. Ont été volontairement exclus tous les

espaces privés, personnels ou familiaux, fermés à la libre circulation publique et qui constituent le cadastre des protections individuelles et des parcelles intimes. Ici, nous nous en sommes tenus aux espaces publics, plus ou moins accessibles à tous, plus ou moins contrôlés, plus ou moins fréquentés, de ces espaces qui par leurs fonctions et leurs connexions, échappent aux seules logiques des espaces privés. Ils expriment des stratégies publiques commandées par des volontés de mouvement, privées pour la plupart. S'y jouent des rapports de force, toujours changeants. Le cadastre des enclaves publiques est en mouvance inévitable. La question du désenclavement se pose ainsi, comme celle de la mise en œuvre des actions qui permettent de franchir les obstacles, tous les obstacles, quels qu'ils soient, actions qui assument la part de liberté individuelle dans une hiérarchie des libertés collectives, tout en prenant garde que le mouvement lui-même peut être moteur de mises en marge et en fermeture. C'est dans ce cadre que peuvent être analysées les situations de fragmentation urbaine, de marginalité, d'exclusion, au premier rang des préoccupations politiques universelles. Pour agir sur elles, il faut comprendre les points sur lesquels il faut intervenir. La typologie des formes d'enclavement peut y contribuer.



Bibliographie

- Bailly A.S (dir) , 1997, **Terres d'exclusions, terres d'espérance**, Paris ,Economica, 119
- Ball R., 1996, "**local sensitivities and the representation of peripherality**"in Journal of Transport Geography, 4, 1, pp. 27-36.
- Debrie J, Steck B., 2001, "**L'enclavement : réévaluation théorique et application à l'espace ouest-africain**" in L'Espace Géographique.
- Piolle X., 1990, "**proximité géographique et lien social: de nouvelles formes de territorialité?**" in L'Espace Géographique, 4, pp. 349-58.
- Steck B., 1998, "**L'exclusion ou le repli du territoire progressif**", in L'Information Géographique, 62, 2, SEDES, pp. 66-71



Pouvoir, lieux et épidémies : exemple du VIH/ SIDA A BOMBAY (Inde)

*ELIOT Emmanuel, Université du Havre, CIRTAI UMR IDEES CNRS
6228*

Dans la littérature géographique, les travaux portant sur la dynamique de la pandémie du VIH/ SIDA présentent trois approches majeures, distinctes ou complémentaires : mesure de l'impact de l'infection dans l'espace, identification des caractéristiques sociales (migration, vecteurs, victimes) des espaces touchés, et modélisation spatiale des règles de la diffusion. Les travaux cherchant à prendre en considération le rôle du pouvoir (Foucault M., 2001) dans la dynamique de l'épidémie sont cependant peu nombreux. Certains auteurs l'identifie comme étant un facteur ayant favorisé sa propagation au sein de certains espaces ou territoires (Wallace D and Wallace R 1998, 1997, Wallace R, Ullman J, Wallace D, and Andrews H, 1999) mais les propositions cherchant à l'analyser comme un opérateur circulatoire producteur d'espaces semblent rares.

Cet article propose de s'intéresser à la dynamique de l'épidémie du VIH/ SIDA à Mumbai (anciennement Bombay) au cours des

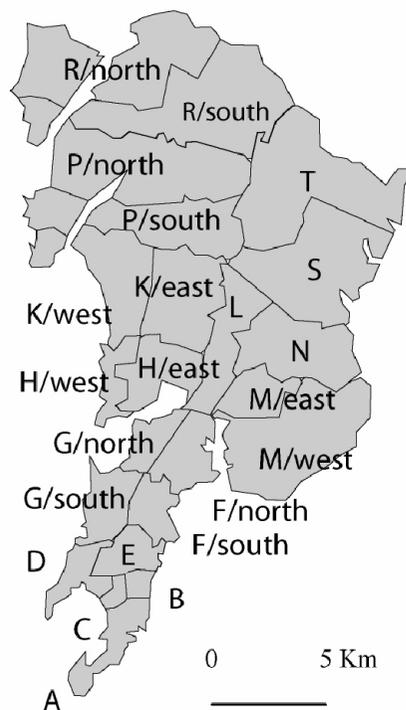
années 1990 en analysant les interactions - entre acteurs et entre différentes échelles - ayant pu conduire à l'émergence et à la propagation de l'épidémie dans les différents quartiers de la métropole. En outre, il propose de s'intéresser au rôle central du pouvoir dans la production d'espaces à risque. A Mumbai, une stratégie politique fondée sur la peur et sur une idéologie de purification a ainsi contribué à produire un espace d'insécurité pour certaines populations et faire circuler l'épidémie

Emergence et centralité de la diffusion de l'épidémie à Mumbai

En l'absence de relevés des cas décédés du SIDA par les autorités sanitaires de Mumbai dans les années 1990 jusqu'au début des années 2000, l'analyse de la mortalité et des causes de décès entre 1986 et 1994 permet toutefois d'appréhender la complexification de la situation sanitaire au cours de la période et de mettre en parallèle ces analyses avec des données sérologiques recueillies dans les différents centres de dépistage publics et privés de la métropole (Eliot E. 1998, Eliot E., 1999, Eliot E, 2007,). Ces différentes analyses permettent d'identifier d'une part, les années 90 comme étant une période charnière de l'évolution de l'épidémie et d'autre part, une concentration de l'épidémie dans les arrondissements du centre de la métropole.



La situation sanitaire critique de ces arrondissements (wards) n'est cependant pas une nouveauté au début des années 1990. En effet, dès le début du 20^{ème} siècle, les autorités sanitaires britanniques qualifiaient déjà la situation sanitaire d'« intolérable » (Rammasubam and Crooks, 1996).



Les 23 arrondissements de Mumbai

Le taux de mortalité du ward E était le plus élevé de la ville et cette caractéristique s'est pérennisée au cours du siècle. Le ward E regroupe un ensemble de quartiers situés au centre de la péninsule de Mumbai. Dès leur création au début du 20^{ème} siècle par les Britanniques, ils ont été des espaces de passages et de transit des populations venues travailler dans l'industrie textile coloniale en développement au début du 20^{ème} siècle.

Le système Shiv Sena

La crise du textile des années 1980 a cependant fortement touché les populations de ces quartiers travaillant depuis plusieurs générations dans ce secteur. Les transformations du marché du travail amorcées dès les années 1970 ont contribué à plonger une grande partie des populations ouvrières de ces quartiers centraux dans une situation de crise, contribuant ainsi au renforcement des activités de la pègre (trafic, prostitution, racket) mais aussi à la prise en main des organisations syndicales traditionnelles par un mouvement nationaliste hindou local : la Shiv Sena. Le discours politique s'est peu à peu orienté vers l'exclusion de la vie sociale et économique des non-marathes, qu'il s'agisse des Gujératis et des Tamouls, acteurs anciens et contemporains du développement économique et administratif de Mumbai, mais aussi et surtout des Musulmans.



En charge des affaires municipales au début des années 1990, l'action politico-mafieuse du parti s'est concrétisée aussi dans des mouvements de grande ampleur. Au cours des années 1980-1990, le contexte politique indien se caractérise en effet par une poussée de la nébuleuse nationaliste hindou. Le Barathya Janata Party (BJP) qui accèdera au sommet de l'Etat en 1999 lança dans les années 1980-90 un mouvement national destiné à détruire le lieu symbole qu'était la mosquée Babri d'Ayodhya située dans le Nord de l'Inde, en s'appuyant sur ses relais régionaux, comme ceux de la Shiv Sena au Maharashtra. A la suite de la destruction de la mosquée Babri en décembre 1992, une vague d'émeutes toucha les grandes métropoles indiennes, plus particulièrement celles accueillant une forte proportion de Musulmans. A Bombay, les quartiers centraux furent le théâtre des évènements.

La production d'un espace d'insécurité

Depuis la fin des années 1980, les tests conduits au sein des pôles de prostitution de ces quartiers centraux révélèrent des taux de séropositivité très élevés parmi les prostituées. L'absence de structures d'accueil pour les malades, le manque de mesures de prévention et les actions répressives de la police locale ont ainsi produit un espace d'insécurité pour certains groupes de la

populations (prostituées, toxicomanes...).. Cette politique a conduit à les vulnérabiliser ces populations et à favoriser leurs déplacements dans des quartiers moins contrôlés et moins surveillés. Ces actions ont été conjointement conduites avec les autorités municipales de la ville issues du parti nationaliste hindou de la Shiv Sena.

Avec l'introduction du VIH en Inde, le discours d'exclusion et de stigmatisation à l'égard des groupes musulmans anciennement installés dans les quartiers centraux est devenu plus agressif. L'objectif était en effet de défendre ces quartiers centraux contre tous les « déviants » et les « étrangers » et les maladies auxquelles ils étaient associés. Cette stigmatisation de l'autre² qui s'appuie sur le schème pur / impur de l'hindouisme prend une dimension plus forte dans le contexte politique du Bombay des années 1980-1990 et de l'implantation de la Shiv Sena dans les quartiers de la ville. Cette stigmatisation s'accompagne d'un imaginaire et d'une symbolique spécifiques. Condensé de l'histoire indienne réinterprétée à l'aune des grands héros mythiques, de nationalisme à consonances européennes et de préceptes hindous orthodoxes, l'idéologie de la Shiv Sena traduit une passion pour l'ordre et l'harmonie qui se concrétise dans une

² Voir par exemple, dans d'autres contextes, P.FARMER (1992) **AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame** (Berkeley, University of California Press)



conception spécifique de l'hygiène sociale considérée comme l'incarnation noble de l'action (G. Heuzé, 1996, 1999).

La mise en mouvement de l'épidémie à Bombay

Etape majeure dans la dynamique de l'épidémie, les émeutes intercommunautaires de 1992-1993, activées et mise en ordre par les chefs de la Shiv Sena et leur alliés de la pègre dans les quartiers centraux de la ville, peuvent être considérées comme étant des techniques de "défenses immunitaires". Symboliquement, il s'agissait de défendre le cœur de l'identité, le noyau d'énergie vitale du corps urbain, les lieux des racines identitaires que constituaient ces quartiers centraux anciens de la métropole. Cette défense a été organisée selon des modalités spécifiques en pratiquant le « pouvoir du mandataire » (Metha S., 2002). Ces mandataires furent tous les « déviants » dans le discours des idéologues de la Shiv Sena. Les premiers furent une partie des habitants hindous des bidonvilles des quartiers périphériques de Mumbai qui, armés et assoiffés de haine par les responsables, ont attaqué d'autres catégories de « déviants » - les Musulmans- mais aussi, de manière indirecte les autres individus considérés comme « déviants » de ces quartiers centraux : les prostituées et les toxicomanes très nombreux dans les quartiers centraux, mais aussi les « petites-mains » de la

pègre, dont les chefs sont étroitement liés aux autorités de la Shiv Sena. Par exemple, dans le quartier central de la prostitution de Kamathipura, les massacres, le manque de nourriture et le chantage exercé par les proxénètes ou par les pressions policières au cours des émeutes ont eu des conséquences importantes sur la propagation de l'épidémie. Au cours des émeutes et quelques mois après, la clientèle était en effet rare. Une étude³ réalisée sur la population de 50 maisons closes du quartier a montré que la clientèle avait diminué de 25% à 30% ; favorisant l'augmentation de rapports non protégés et le déplacement des prostituées dans le reste de la métropole pour travailler.

En outre, en introduisant un sentiment de peur permanente avant et après les émeutes au sein des populations musulmanes des quartiers centraux, les actions de la Shiv Sena ont favorisé un mouvement de migrations de ces populations musulmanes vers les nouveaux quartiers périphériques dans lesquelles les populations de la même communauté se sont regroupées afin de se sentir protégé (Eliot E, 1999). Ces actions stigmatisantes, violentes et véhiculant la peur ont ainsi contribué à renforcer le caractère isoculturel de certaines parties des quartiers centraux et des quartiers périphériques de Mumbai.. Les actions conduites

³ GILADA I.S.(1994)The IHO relief story in *AIDS Asia*, 2, February, pp. 6-8



ont donc contribué à redessiner partiellement la carte communautaire de la ville.

Conclusion

La crise liée aux émeutes communautaires de 1992-93 peut être donc à la fois considérée comme étant un événement majeur dans l'expansion de l'épidémie dans d'autres quartiers de la ville mais aussi comme étant une entreprise de purification du centre, lieu symbole de l'identité de Mumbai pour les responsables de la Shiv Sena. Dans les années 1990, le système politico-mafieux en place a ainsi produit un espace d'insécurité à l'échelle de certains quartiers de la ville et a contribué à amplifier les déplacements de populations à la suite des émeutes intercommunautaires de 1992-93. De nouveaux espaces furent produits et contribuèrent à donner une nouvelle dynamique à l'épidémie.

Bibliographie

ELIOT E., 1999, **Les lieux du SIDA dans l'espace indien**, Thèse Nouveau Régime, Université de Rouen

ELIOT E., 1998, "Changes in mortality in Mumbai (Bombay)" in Godwin P. (ed.), 1999, **The looming epidemic: the impact of HIV/ AIDS in India** (London, Hurst and Co. Publishers)

FOUCAULT M., 200, **Dits et écrits 1976-1988**, (Paris, Gallimard, coll. « Quarto »)

GILADA I.S., 1994, « The IHO relief story » in **AIDS Asia**, 2, February, pp. 6-8

HEUZE G., 1996, **Entre émeutes et mafias, l'Inde dans la mondialisation**, (Paris, L'Harmattan)

MEHTA S., 2004, **Maximum city: Bombay lost and found**, (New York, Knopf)

RAMASUBBAN R., CROOK N., 1996, "Spatial patterns of health and mortality" in PATEL S., THORNER A. (eds.) **Bombay: metaphor for Modern India**, pp. 143-169.

WALLACE R, ULLMAN J, WALLACE D, and ANDREWS H., 1999, "Deindustrialization, Inner City Decay and the Hierarchical Diffusion of AIDS in the US: How Neoliberal and Cold War Policies Magnified the Niche for Emerging Infections and Created a National Security Crisis" in **Environment and Planning A**. 31: 113.

WALLACE D. and WALLACE R., 1998, **A Plague on Your Houses: How New York Was Burned Down and Public Health Crumbled**. London, England: Verso Publications.

WALLACE R and WALLACE D., 1997, "Resilience and Persistence of the Synergism of Plagues: Stochastic Resonance and the Ecology of Disease, Disorder and Disinvestment in US Urban Neighbourhoods." **Environment and Planning A**. 29: 789-804



Comparer les inégalités de santé



Spatialité comparée des médecins généralistes à Portsmouth et à Rouen

BOURGEAUX Adeline, Université de Rouen, MTG, UMR IDEES 6228 CNRS

Les chiffres sont unanimes. Il n'y a jamais eu autant de médecins en France qu'à l'heure actuelle. Il semblerait toutefois que la démographie médicale pose un problème majeur selon certaines associations et organismes sanitaires. L'Angleterre, malgré une réputation de pays à problèmes en matière sanitaire, ne semble pas touchée par cette question, ou peu comparativement à la France. A l'heure actuelle, il y a globalement deux fois plus de médecins en France que sur le territoire anglais (330 médecins pour 100.000 habitants contre 164).

Toutefois les données socio-sanitaires associées aux populations ne semblent pas se distinguer de façon flagrante. Avec un tel différentiel numérique, il paraît important de se pencher sur la question de la pratique médicale de chacun. Une analyse comparée des systèmes de santé français et anglais, dans une situation de spatialité différentielle, a permis de mettre en relief certaines caractéristiques de l'offre de soins dans deux

agglomérations (Rouen et Portsmouth), en prenant en compte le premier maillon de ces systèmes que sont les médecins généralistes.

Besoins des patients : une prise en compte dissemblable

Les besoins de consultation ne sont pas ressentis de la même manière par chacun et certains facteurs peuvent parfois entraver ou limiter le recours aux soins des patients.

Les cabinets anglais font preuve d'une plus grande mixité de la pratique médicale. Ainsi dans l'agglomération de Portsmouth, 88% des cabinets sont mixtes, contre seulement 21% à Rouen. Les patients français ont donc de plus faibles possibilités dans le choix du genre de leur médecin, facteur pouvant avoir un effet dissuasif sur la consultation de ceux-ci.

De même, les médecins britanniques ont une pratique moins individualiste de la médecine que leurs confrères de France. Les politiques sanitaires mises en place ces dernières décennies en Angleterre, ont en effet privilégié la mise en réseau des professionnels (généralistes, infirmières, radiologues...) de santé avec l'instauration des Fund Holdings en 1991, puis des Primary Care Groups transformés en Primary Care Trusts depuis 1999, qui rendaient obligatoire les regroupements en cabinet. Cette approche multidisciplinaire permet aux médecins d'avoir une plus



grande capacité de réponse aux besoins des patients, et de mieux suivre leurs patients sur le long terme.

Ainsi, très peu de médecins à Portsmouth travaillent seuls (3.2%), alors que 11 fois plus de rouennais le font (35.28%). Ces phénomènes, sont relativement représentatifs de faits de société. La manière dont est pratiquée la médecine aujourd'hui par les professionnels de santé nous fournit un bon exemple du changement de perception des différents acteurs, opéré dans certains pays. Les responsables politiques anglais ont perçu depuis longtemps la nécessité de prendre en compte le cadre sociétal lié au domaine sanitaire. Les autorités prennent davantage en compte les communautés « minoritaires » (femmes, homosexuels....). Ils essayent ainsi de placer des représentants de chaque communauté à des postes qui requièrent une confiance et une coopération, dans des zones où celles-ci sont représentées de façon importante. En France, au contraire, la reconnaissance de certains groupes se fait encore difficilement.

Un choix d'établissement différentiel

Les médecins généralistes, comme tout service apporté à la population, se répartissent dans l'espace selon des critères spécifiques. Ainsi, les facteurs socio-démographiques (niveau

d'éducation des patients...) jouent un rôle important dans le cas de la France. Cette observation peut-être directement ramenée au fait que les médecins français sont totalement libres dans le choix de leur lieu d'installation. Ceux-ci ont donc davantage tendance à prendre en compte des données "externes", qui vont conditionner leur revenu et leur mode de pratique. A l'inverse, il semblerait que l'établissement des praticiens anglais ne dépende d'aucun facteur réel, phénomène qui pourrait être considéré, dans une certaine mesure, comme la conséquence de la politique de répartition des médecins menée par les autorités anglaises, afin de répartir uniformément l'offre de soins primaires sur le territoire.

Une forte concentration de l'offre de soins primaires

Outre une forte tendance à la concentration dans le temps, il apparaît une centralité certaine des cabinets médicaux dans nos deux espaces. Diverses méthodes statistiques ont permis de montrer que la répartition des médecins généralistes semble suivre, de façon assez proche dans les deux zones étudiées, le schéma de répartition centre-périphérie. On retrouve ainsi une concentration des individus dans le centre-ville, et une diminution progressive de la proportion de ceux-ci en allant vers les marges. Ainsi la moitié des médecins généralistes rouennais



se situent dans les 3,5 premiers kilomètres ; alors que pour réunir 50% des praticiens de Portsmouth, il faut aller jusqu'à 5,5 kilomètres, pour des rayons de répartition respectifs de 16 et 15 kms.

Ces observations mettent en avant une certaine inadéquation médecins / population et rend visibles les inégalités de santé impliquées par la répartition des médecins généralistes dans les deux zones.

Il s'avère en effet, que 30% des habitants des agglomération de Rouen et de Portsmouth cumulent respectivement 0.5% et 0.7% des généralistes, alors qu'à l'inverse 20% des habitants de ces mêmes zones (essentiellement situés dans les centres) se partagent 55% et 45% des médecins généralistes. Une personne n'a donc pas la même possibilité qu'une autre d'avoir accès à un médecin généraliste, selon son lieu de résidence.

Les systèmes sanitaires français et anglais ont depuis leur mise en place, suivi des voies différentes, et ces directions dissemblables ont eu des répercussions sur la spatialité et la démographie médicale de leurs ressources de santé.

En dépit d'une tendance à la concentration des médecins généralistes anglais, suivant l'exemple plus marqué de leurs confrères français, il s'avère que ceux-ci répondent de manière

plus appropriée aux besoins des populations en offrant une meilleure accessibilité physique, mais aussi sociétale et culturelle.

Il semble aujourd'hui, aux vues des résultats britanniques, que l'avenir de la santé des Français, et les risques que ceux-ci encourent, soient davantage liés à la qualité de la desserte et la répartition de l'offre de soins, plus qu'à une question de quantité des ressources sanitaires.

Si des mesures ne sont pas prises en ce qui concerne la localisation de celles-ci, il est fort à parier que dans un avenir plus ou moins proche, l'accès aux soins de santé sera perçu par beaucoup davantage comme un privilège que comme un droit pour tous.

Bibliographie

CHAMBARETAUD S., LEQUET-SLAMA D., 2002, « Le système de santé britannique : éléments d'analyse et de réforme », Dossiers Solidarité Santé, N°3, pp.21-33.

LAPLACE L., KAMENDJE B., NIZARD J., COZ J.M., CHAPERON J., 2002, « Les systèmes de santé français et anglais: évolution comparée depuis le milieu des années 90 », **Santé Publique**, Mars, n°1, p. 47-56.



CURTIS S., 1997, « Les inégalités de santé en Grande-Bretagne et en France. Des approches géographiques diverses », **Actualité et Dossier en Santé Publique**, Juin, n°19, p. 28-29.

ASTHANA S, GIBSON AJ, PARSONS EM, 1999, "The geography of fundholding in southwest England: implications for the evolution of primary care groups", **Health and Place**, Vol.5, n°4, pp.271-278.

HA DOAN B-D, LEVY D., 2000, Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale, **Cahier de sociologie et de démographie médicale**, Juill.-Déc. n°3-4, p.254-339.

HANN M., GRAVELLE H., 2004, "The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974-2003", **British Journal of General Practice**, Vol.54, n°509, pp.894-898.

¹ FLAMENT L., 2001, « Les disparités régionales de la démographie des médecins libéraux en France (1998-2008) », **Cahier de sociologie et de démographie médicale**, Juin, n°2, p.173-193.



Santé et maladie dans le Sud-Est de l'Angleterre – conclusions d'un projet interrégional sur les risques relatifs à la population côtière

PALMER Ann, CHSS, de l'université du Kent

Hastie Charlotte

CHSS, de l'université du Kent

DERVAUX Benoît, CRESGE, de l'université catholique de Lille

LENNE Xavier, CRESGE, de l'université catholique de Lille

JENKINS Linda, CHSS, de l'université du Kent

En matière de santé et de maladie, nombre de comparaisons internationales ont été établies entre les pays de l'Europe occidentale, et, au sein de ces pays, l'analyse de petites zones, destinée à identifier et à appréhender les inégalités sanitaires, a connu un intérêt croissant. Dans ce domaine et en sur les comparaisons de entre régions voisines séparées par une frontière internationale, relativement peu de recherches ont été effectuées. C'est particulièrement le cas pour le Royaume-Uni où la majorité des frontières est constituée de côtes. Le programme Interreg 3A de l'Union européenne a créé et encouragé des études transfrontalières interrégionales, dont l'une, consacrée à la comparaison de la santé et du comportement de santé entre le

Nord de la France et le Sud-Est de l'Angleterre (le projet COSPH), fournit la base à cet article.

Une comparaison des inégalités en matière de santé au sein de petites zones géographiques dépend des possibilités d'accès aux mesures de «privation». Au Royaume-Uni, et en particulier en Angleterre, un certain nombre de ces mesures ont été développées au cours des vingt à trente dernières années pour décrire la privation ou le préjudice au niveau de la section électorale (Electoral Wards) (RU) ou des IRIS (FR). (Les sections électorales sont des zones géographiques comportant une population moyenne de 5 000 individus ; elles sont représentées par un conseiller du gouvernement local ; les IRIS, Ilots Regroupés pour Information Statistique, sont des territoires comprenant en moyenne 1 500 résidents pour lesquels des données issues de recensement sont disponibles). Les mesures de privation développées en Angleterre ont commencé par des scores dérivés d'un petit nombre de caractéristiques enregistrées lors du recensement de 1981 (le score de Townsend, l'indice de Carstairs, l'indice de Jarman sur les personnes défavorisées). Elles ont été très largement utilisées au même titre que des indices plus complexes mesurant de nombreux aspects de la privation. Par exemple, l'indice des privationss multiples de 2004, qui s'appuie sur un éventail de plus de 30 indicateurs couvrant



les dimensions suivantes : revenus, emploi, santé et handicap, éducation et compétences, obstacles au logement et aux services, environnement de vie, le crime. L'étendue de l'indice reflète les développements mis en avant par la recherche en matière de santé publique qui s'est élargie aux déterminants de santé. Ces derniers s'étendent au-delà des caractéristiques individuelles pour impliquer les communautés et les services locaux, aussi bien que les conditions économiques, culturelles et environnementales.

La présentation apporte quelques observations préliminaires sur la santé en milieu côtier liée à la privation, et souligne quelques unes des questions soulevées par les comparaisons transfrontalières à ce niveau de détail.

Méthode

Les données existantes quant à la privation, le statut sanitaire, les comportements de santé, la prévalence de la maladie et les admissions hospitalières ont été rassemblées dans le cadre d'un projet interrégional de l'Union européenne. Cette présentation n'a considéré que la région du Kent et Medway, soit l'extrême Sud-Est de l'Angleterre, dont la population est de 1,6 million d'individus.

L'indice des privations multiples a été utilisé, ainsi qu'un score de Townsend recalculé (Townsend 2001) créé au sein du projet COSPH, ce dernier basé sur le statut de l'emploi, la propriété automobile, la propriété immobilière et le surpeuplement domestique, ce à l'aide des données du recensement de 2001.

Les données concernant la santé et le mode de vie proviennent d'un questionnaire envoyé à un échantillon aléatoire d'adultes du Kent et Medway en 2001. Le nombre de réponses s'est révélé suffisant pour une analyse de petite zone.

Les données concernant la prévalence de la maladie ont été tirées du Quality and Outcomes Framework (QOF).

Les taux d'admission hospitalière selon l'âge utilisés sont issus de l'étude du COSPH.

Résultats

Une carte de l'indice des privations multiples fait apparaître des poches de privation dans les villes proches du littoral, et, plus généralement, à l'Est du Kent (on notera que la figure 1 montre les IRIS dans le Kent, Medway, l'Est du Sussex et Brighton and Hove). Le score de Townsend recalculé sur la base des données



du recensement de 2001 dans le Kent et Medway fait également apparaître une tendance liée au littoral, qui indique que 40 % des sections électorales (Electoral Wards) des zones côtières sont défavorisées en comparaison de 21 % des sections des autorités locales intérieures (tableau 1).

Les caractéristiques liées à la santé et au mode de vie tirées d'une enquête portant sur 8 000 adultes du Kent et Medway varient selon le niveau de privation estimé à l'aide de l'indice des privations multiples (tableau 2). Le pourcentage des personnes jugeant leur santé « excellente » baisse régulièrement en fonction de l'augmentation des taux de privation, et le pourcentage des personnes dont la santé peut être considérée comme « moyenne médiocre » ou « mauvaise » croît d'une manière très nette (figure 2). On relève une augmentation de la longue maladie, du handicap ou de l'infirmité (entendue comme une gêne ou une affection susceptible de durer un certain temps) liée à la privation, et une différence notable dans le pourcentage de personnes exposées au risque d'une dépression majeure au sein des zones où la privation est la plus élevée (figure 3).

À une ou deux exceptions près, les courbes du comportement de santé couvrant les niveaux de privation répondent aux attentes. Le tabac est nettement prévalent dans les zones où la privation

est la plus élevée (figure 4). La tendance à l'obésité ou au surpoids par la privation n'est que légère, et les personnes des zones les plus défavorisées se trouvent un peu en deçà de l'objectif britannique en matière de consommation de fruits et de légumes, soit 5 portions par jour. On note peu de différences dans le pourcentage des personnes satisfaisant à l'objectif britannique en ce qui concerne l'activité physique (seuls 15 à 17 % de la population consacrent au moins trente minutes de leur temps à un exercice modéré durant cinq jours ou davantage par semaine). Le pourcentage des personnes consommant plus de 14 unités d'alcool par semaine augmente dans les zones de plus grande richesse, ce qui laisserait à penser que cette quantité de boisson serait associée à l'abondance plutôt qu'à la privation. Les cartes de la prévalence de la maladie pour cette région révèlent des taux plus faibles de diabète et de maladies cardiovasculaires de l'appareil circulatoire dans l'arrière-pays de l'Ouest du Kent. La prévalence des maladies de l'appareil circulatoire du diabète est plus forte autour de la zone côtière de l'est (figure 5). Ces deux affections indiquent que les niveaux de santé plus faibles se trouvent dans les zones côtières du Kent et Medway.

En ce qui concerne les taux d'admission hospitalière selon l'âge pour les maladies cardiaques, on relève des hausses dans



certaines régions de grande privation pour des admissions planifiées ; toutefois, la tendance est inverse dans le cas des admissions d'urgence, ce qui laisserait à penser que les personnes des zones les plus riches sont plus susceptibles d'être admises en urgence. Les cas de prises en charge pour diabète sont insuffisants pour que des variations de petite zone soient notées.

Conclusions

Le préjudice dans les zones côtières est observé dans le Kent et Medway grâce tout à la fois à des mesures de privation simples (Townsend 2001) et sophistiquées (indice des privations multiples 2004). Les données de l'enquête révèlent également que c'est dans les zones les plus défavorisées que l'on trouve le plus d'individus ayant de pauvres comportements de santé et de vie nuisibles pour la santé ; par exemple, les tendances sociales liées à la bonne et mauvaise santé, à la longue maladie, au tabac, à l'obésité et au fait d'être exposé au risque d'une forte dépression.

La prévalence du diabète et des maladies cardiaques laissent à penser qu'une plus grande attention devrait être portée sur la santé de la population des régions côtières, et qu'une répartition

mieux adaptée des services sanitaires pourrait être requise pour la prise en charge des zones côtières où des besoins supplémentaires se font sentir. Il est difficile de juger s'il y a une correspondance entre les admissions hospitalières supplémentaires observées pour les maladies cardiaques chez les personnes défavorisées et la charge supplémentaire de maladies. De même, il est nécessaire de répondre à la question de savoir pourquoi les admissions d'urgence se produisent manifestement dans des zones de relative abondance.

De telles comparaisons sont essentielles lorsqu'on aborde le préjudice, et que l'on évalue les inégalités sanitaires qui lui sont généralement associées. Les comparaisons par-delà les frontières sont également utiles pour la recherche d'une éventuelle correspondance entre les régions voisines en matière de santé publique et de services prestataires de soins. Bien sûr, les comparaisons ne sont possibles qu'en l'existence de données comparables. En Angleterre, les données quant à la privation pour de petites zones géographiques sont facilement accessibles, ce à l'aide d'un certain nombre de mesures, encore que certaines de ces dernières, tel l'indice des privations multiples, ne soient pratiquement pas reproductibles dans d'autres pays pour permettre des comparaisons transfrontalières. Le projet COSPH a montré que l'on peut effectivement avoir recours à des mesures



de privation plus simples, telles que celles de Townsend de 2001. En Angleterre, les données en matière d'admissions hospitalières sont depuis longtemps centralisées sous des spécifications communes, et celles-ci constituent une corne d'abondance pour l'analyse de petites zones. Les données hospitalières sont également disponibles en France. En Angleterre, les données concernant la prévalence de la maladie, s'accompagnant d'un large éventail d'autres informations enregistrées par les généralistes au sujet de leurs patients, ne sont accessibles au public que depuis peu.

Bien que les études sanitaires soient couramment entreprises à un niveau national, la taille relativement réduite de l'échantillon et la méthodologie d'échantillonnage stratifiée ne leur permettent généralement pas de convenir à une analyse sub-régionale. Il est nécessaire de trouver des données en matière de santé et de mode de vie au niveau local, mais, elles ne se présentent que d'une manière inégale en fonction des demandes et des financements locaux, et les comparaisons dépendront de l'utilisation de méthodes d'étude, de formulations de questions et d'options de réponses similaires.

Il peut sembler aisé d'établir des comparaisons internationales ; cependant, il existe nombre d'obstacles à leur concrétisation, telles la les différences de cultures et de langues, les différences

dans l'organisation des soins sanitaires, incluant les sources et les degrés de financement. Tout ceci conduit à des priorités et à des motivations autres, et il n'est donc guère surprenant de rencontrer de subtiles différences entre les systèmes d'informations cliniques, financiers et administratifs de part et d'autre de frontières internationales.

L'étude comparative au sein du projet COSPH a permis de mettre en valeur quelques problèmes liés aux données, et d'encourager les efforts pour les résoudre. Cette vue préliminaire des informations concernant le Kent et Medway est un encouragement à un travail futur sur le littoral de France et d'Angleterre. Sa réussite dépendra de la disponibilité de données comparables et, cette comparaison étant possible, de leur capacité à englober les facteurs majeurs en matière de santé côtière et d'inégalités sanitaires dans les deux pays.

	Score de Townsend	
Autorité locale	Élevé	Faible
Côtière	40,0%	60,0%
En partie côtière	32,6%	67,4%
Intérieure	21,4%	78,6%
Toutes	28,6%	71,4%

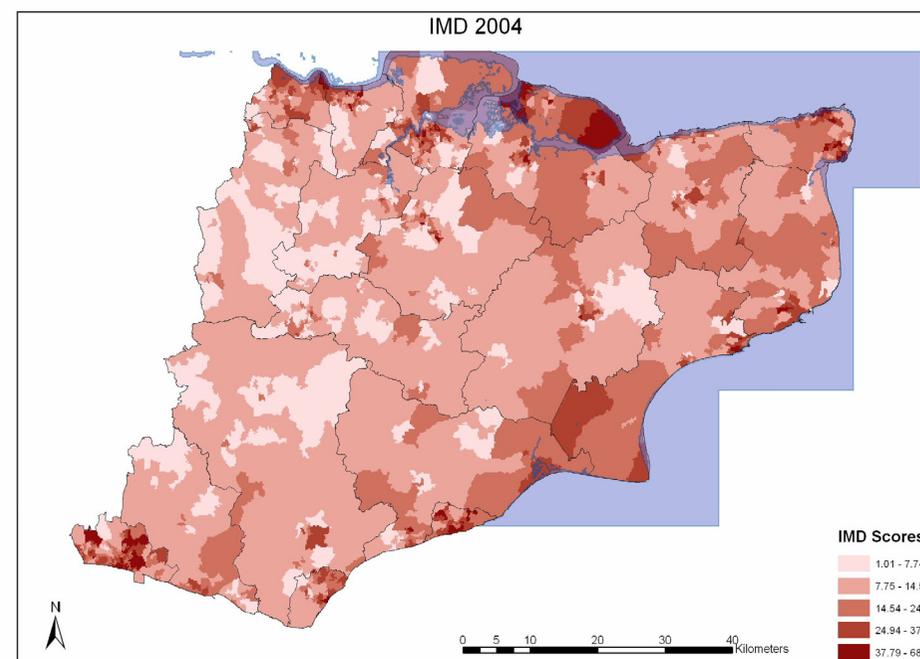
Tableau 1 Pourcentage de sections électorales (Electoral Wards) dans le Kent et Medway relativement à la privation (Townsend 2001)



Indicateur de l'enquête	Quintile de la privation				
	Très peu défavorisé	Peu défavorisé	Moyenne	Défavorisé	Très défavorisé
Santé excellente	11,1	9,0	8,7	7,1	7,2
Moyenne Médiocre/mauvaise santé	18,7	21,8	23,9	24,6	32,8
Longue maladie	34,7	37,3	39,8	39,0	43,3
Risque de dépression	29,7	30,3	33,8	34,2	41,8
Surpoids (IMC>25)	49,8	52,7	49,2	52,2	53,0
Obésité (IMC>30)	13,0	15,5	15,0	16,4	16,6
Fumeurs	15,9	18,5	19,9	23,8	29,7
Alcool >14 unités par semaine	11,0	9,6	8,7	8,3	7,0
Consommation de 5 portions de fruits et légumes par jour	18,3	19,3	17,5	15,4	13,6
Exercice modéré (30 mn, 5 fois par semaine)	15,3	16,7	17,2	15,8	16,7
Chômeur à la recherche d'un emploi	0,9	1,4	0,8	2,4	2,5
Non propriétaire de sa maison	19,5	23,8	26,5	31,4	40,6
Sans voiture	9,8	11,8	15,5	20,9	25,0
Ne peut chauffer suffisamment sa maison	4,1	5,4	6,7	7,9	10,8
N'a pas de dentiste attitré	14,3	16,0	18,7	22,6	24,6

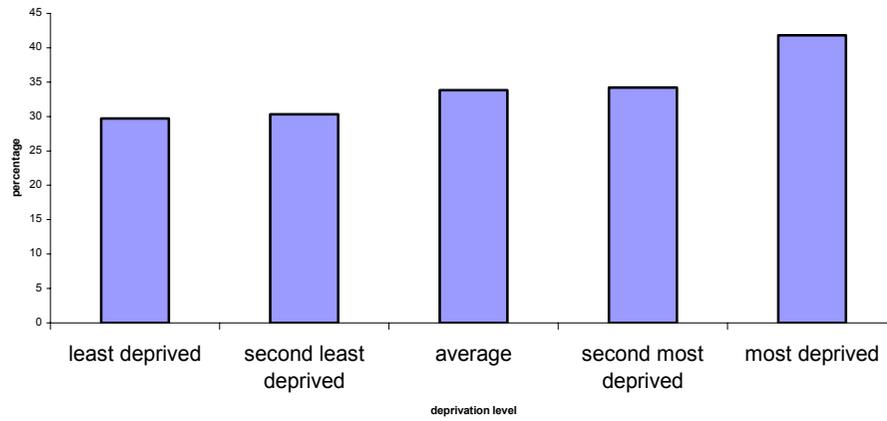
Fournit Soins informels 20 heures par semaine	5.0	3.8	4.2	5.2	7.2
---	-----	-----	-----	-----	-----

Tableau 2 Pourcentage des répondants à l'enquête du Kent et Medway relativement à la privation (indice des privations multiples 2000)

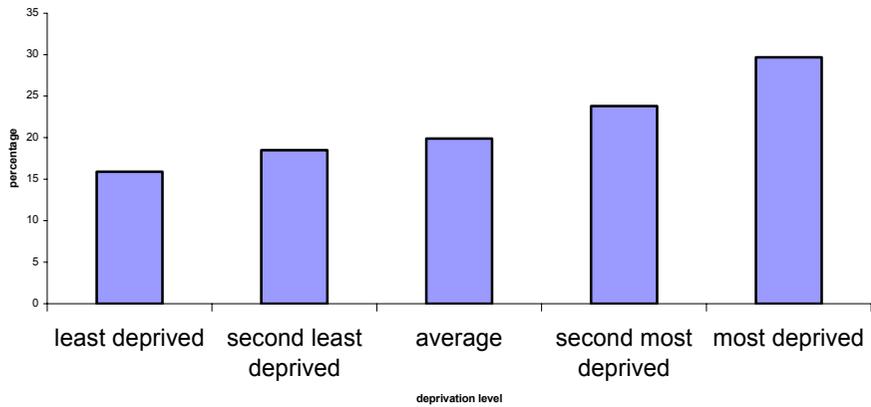




Risk of depression



Smokers





Le risque en matière de santé dans les zones côtières du Nord de la France et du Sud-Est de l'Angleterre

PAMER ANN , université du Kent , CHSS

MARRISAL Jean-Pierre, université catholique de Lille, CRESGE

POIRIER Gilles, ORS, Nord/Pas-de-Calais

HERRIDGE Del, Kent and Medway Information Service

LEE Yong, Kent County Council

DERVAUX Benoît, université catholique de Lille, CRESGE.

Introduction

Cet article s'appuie sur le travail entrepris par le projet d'Interreg 3a « Comparaison entre la santé et le comportement de santé dans le Nord de la France et le Sud-Est de l'Angleterre »^{ix}. Le présent projet couvre la région du Nord/Pas-de-Calais et le Sud-Est de l'Angleterre (Kent, Medway, l'Est du Sussex et Brighton and Hove). Il est plus amplement détaillé dans divers articles sur le site www.cosph.com.

La question clef posée par l'étude est la suivante :

« Le Sud-Est de l'Angleterre est-il plus ou moins bonne santé que le Nord de la France ? »

On sait déjà que l'espérance de vie à la naissance en France (84 ans pour les femmes et 77,3 pour les hommes selon les données les plus récentes)^x est plus élevée qu'en Angleterre (81,2 pour les femmes et 76,9 ans pour les hommes – 2003-5)^{xi}. Il est de même notoire dans les deux pays que le niveau de santé est meilleur dans le Sud que dans le nord ; ceci étant dû à une complexité de pré-déterminants qui associent les facteurs socio-économiques, le mode de vie, ainsi que le comportement de santé incluant notamment le passé industriel, le chômage, l'insuffisance des acquis scolaires, les conditions de logement, ainsi que des comportements tels que l'alimentation, l'activité physique et la consommation de tabac.

Le but du projet fût de développer ou de découvrir des indicateurs ou des mesures de santé clefs qui pourraient permettre d'établir des comparaisons à un niveau local entre les deux côtés de la Manche. 2 360 263 personnes résident dans le Sud-est de l'Angleterre (recensement de 2001) et 3 996 588 dans le Nord-Pas-de-Calais (recensement de 1999). Les principales difficultés rencontrées portent sur le choix d'un maillage d'analyse commun permettant de comparer la mortalité de part et d'autre de la Manche. Les sections électorales (electoral wards) étaient plus petits, plus réguliers en terme de taille et plus nombreux que les cantons français qui variaient



considérablement en taille : Le Quesnoy 4 919 habitants contre Lille 184 647 habitants. En Angleterre, les données de mortalité pouvaient être agrégées à partir du code postal, ce qui n'était pas le cas en France.

Indicateurs sociaux

L'objectif fut d'établir des comparaisons en termes de défaveur au sein de la région couverte par l'étude. La France et l'Angleterre utilisent cependant des méthodologies différentes pour le recueil des données et, en outre, les indicateurs recueillis de manière courante dans les recensements varient entre les deux pays. En l'occurrence, le recensement français s'attache davantage aux activités, tandis qu'en Angleterre les indices de défaveur utilisés ont été utilisés depuis assez longtemps (Jarman et Townsend, Carstairs, indice de défaveur multiples (Index of Multiple Deprivation (IMD))).

L'indice de défaveur multiple^{xii} est d'usage courant en Angleterre et utilise 36 indicateurs tirés du recensement de 2001. Très peu d'entre eux sont cependant disponibles sous une forme comparable en France. Un certain nombre de contraintes ont été ainsi rencontrées pour produire des données comparables de part et d'autre de la Manche : tout d'abord, la disponibilité de données

correspondantes et ensuite, la qualité de l'indice dans la mesure de la défaveur à un niveau local.

J-P Marissal a ainsi entrepris un travail de recherche bibliographique en vue de recueillir des informations concernant les indices de défaveur utilisés dans plusieurs pays. A partir de ce travail, deux modèles de calcul de la défaveur ont été relevés Il en a résulté deux modèles pour le calcul de la défaveur :

L'un, par la réduction de données (Carstairs, Jarman, Townsend, etc.) ;

L'autre, par la maximisation des informations sans contraintes au niveau du pouvoir explicatif des variables (indice de défaveur multiple (IMD)).

L'indice que Townsend et d'autres ont conçu en 1988^{xiii} avait pour but de fournir une mesure matérielle de la privation et du préjudice. L'objectif poursuivi par Townsend était de développer les connaissances acquises par le Black Report^{xiv} et de tenter d'expliquer les causes « sociales » des inégalités sanitaires en mettant en corrélation 678 sections électorales dans le Nord-Est de l'Angleterre. Il utilisa un indice de santé (mortalité prématurée [<65], handicap [incapacité permanente] et développement retardé [poids à la naissance]), ainsi qu'un indice social



comprenant une analyse des privations matérielles telles qu'indiquées par les mesures tirées du recensement et prenant en compte le chômage, la propriété automobile et immobilière, et le surpeuplement. L'indice social est constitué à partir de 4 variables différentes tirées à l'origine du recensement de 1991. Elles furent combinées pour former un score d'ensemble. Plus le score de Townsend est élevé, plus une zone se révèle touchée par la défaveur et le préjudice. Ces variables furent produites des deux côtés de la Manche, l'objectif étant ainsi de pouvoir établir une comparaison entre les deux.

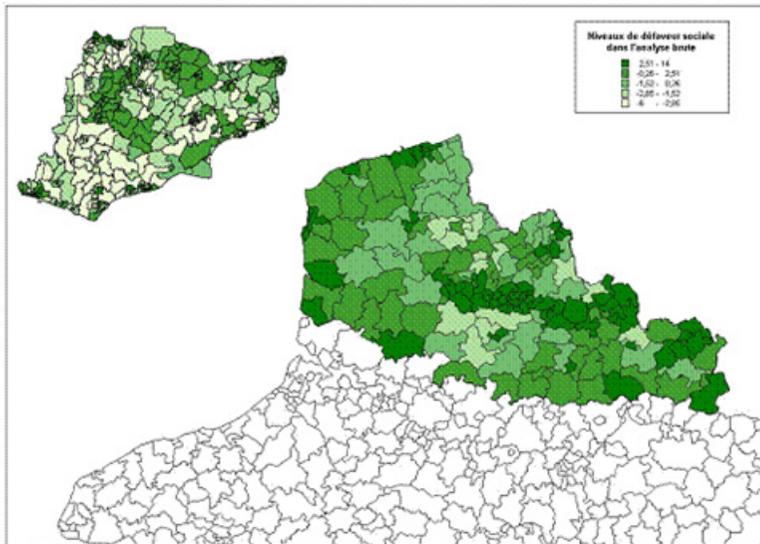


Figure 1 Les scores de Townsend au niveau des sections électorales et des cantons

La cartographie de l'indice de Townsend (figure 1) montre que la défaveur sociale (telle qu'elle a été mesurée par l'indice de Townsend) est plus concentrée dans le Nord de la France, et que, dans les deux pays, apparaît une défaveur localisée le long des côtes (en Angleterre, concentrée sur les villes industrielles du Nord du Kent, de Thanet et les villes côtières limitant le Sud-Est du Kent, de l'Est du Sussex et de Brighton and Hove ; en France, autour de Dunkerque, Calais et Boulogne). Il apparaît en outre dans le Nord/Pas-de-Calais une ceinture centrale de défaveur dans l'ancienne région minière. On relève également une autre ceinture du même type dans le Sud-Est de l'Angleterre dans la zone centrale autour de Maidstone, Tonbridge et Tunbridge Wells.

Indicateurs de mortalité

Un certain nombre de contraintes ont été rencontrées pour produire des indicateurs comparables dans les deux régions étudiées. En Angleterre et au niveau de la section électorale, les données les plus anciennes n'étaient disponibles qu'à partir de 1986, alors qu'en France les données en matière de mortalité au niveau cantonal sont disponibles de 1979 à 2001. Il a donc été convenu que l'on tiendrait compte de la mortalité en France au



niveau cantonal au cours de la période 1997-2001 et que les données anglaises couvriraient la période 1999-2003⁷.

En France, la CIM9 a été utilisée pour coder les décès entre 1979 et 1999, et la CIM10 à partir de 2000 ; en Angleterre, la CIM9 a été utilisée jusqu'à la fin de l'année 2000 et la CIM10 à partir du début de l'année 2001 ; ceci n'a d'importance qu'en cas de comparaison de données détaillées pour des causes particulières. Une dernière question, de nouveau pour la comparaison des causes de mortalité, est la manière dont les décès sont enregistrés ; par exemple, les décès dus au diabète ou à la pneumonie peuvent être considérés comme cause sous-jacente dans un pays et comme cause principale dans un autre, ce qui ainsi change la prévalence apparente de la situation.

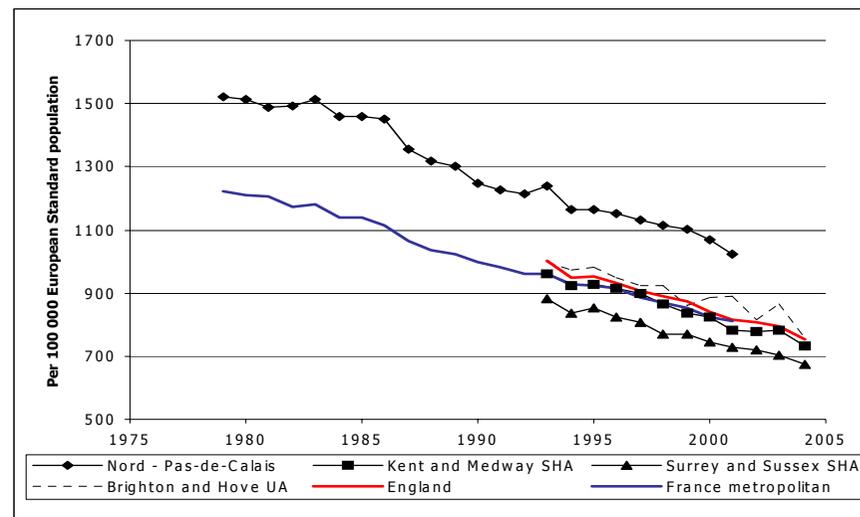


Figure 2 Mortalité chez les hommes, toutes causes confondues

Les courbes figurent le taux de mortalité pour une population de 100 000 individus de type européen standard. Dans les deux pays, elles tendent vers le bas. La mortalité chez les hommes dans les deux pays est beaucoup plus élevée que chez les femmes. Dans les deux pays, la mortalité au cours des 25 années étudiées diminue d'un tiers environ. Les courbes pour les deux pays et pour les régions considérées accusent une baisse en parallèle.

Dans le Nord/Pas-de-Calais, la mortalité chez les hommes est supérieure de 26% à celle de la France dans son ensemble, et



également supérieure à celle de l'Angleterre et du Sud-Est en particulier (figure 2). Entre 1993 et 2001, les taux de mortalité pour les hommes en France, en Angleterre, dans le Kent et le Midway, ainsi qu'à Brighton and Hove présentent toutefois un taux de diminution similaire. Le Nord/Pas-de-Calais diffère toutefois en ce que la mortalité y est plus élevée. Le Nord-Pas-De-Calais se caractérise par une plus forte mortalité chez les hommes et se trouve depuis longtemps dans une situation assez défavorable par rapport aux autres régions de France. Cette situation ne s'est d'ailleurs guère améliorée au cours des 20 dernières années (1979 + 29 %, 2001 + 26%). En comparaison avec d'autres régions d'Angleterre, le Surrey et le Sussex présentent une mortalité masculine inférieure (1993 -12 %, 2004 -10%).

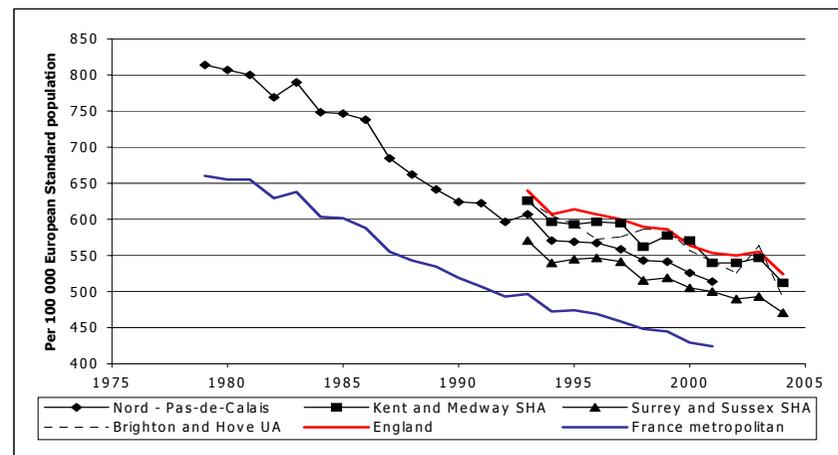


Figure 3 Mortalité chez les femmes, toutes causes confondues

Le taux de mortalité chez les femmes françaises est inférieur de 29-30% à celui des femmes anglaises, mais chez les femmes du Nord/Pas-de-Calais il est supérieur à celui de la France dans son ensemble (figure 3). Les variations attendues dans le Sud-Est de l'Angleterre se vérifient, c'est-à-dire que dans le Surrey et le Sussex la mortalité est inférieure à celle du Kent en général. La mortalité chez les femmes anglaises est plus élevée que chez les Françaises, excès qui atteint les 30% au cours de la période 1993-2001. Comme pour les hommes, les femmes du Nord/Pas-de-Calais présentent une mortalité supérieure à celle de la France dans son ensemble, avec un excès de 22% au cours de la période 1979-2001. Cependant, la mortalité chez les femmes du



Nord/Pas-de-Calais reste encore inférieure à celle de l'ensemble de l'Angleterre.

Cartographie de la mortalité

La cartographie des données relatives à la mortalité au niveau des sections électorales a pris en compte le calcul des ratios de mortalité standardisés (RSM) en considérant la totalité de la région du projet Interreg comme égale à 100% ; ainsi, les variations à travers la région peuvent être démontrées dans le processus cartographique^{xv}.

La carte présente une mortalité plus élevée dans la ceinture centrale du Nord/Pas-de-Calais et autour des zones industrielles des régions côtières, ainsi que dans la partie orientale du Valenciennois et du Cambrésis. Dans le Sud-Est de l'Angleterre, la mortalité est généralement inférieure à celle du Nord de la France, mais les sections du Nord du Kent et de Thanet, ainsi que quelques sections des villes côtières de l'Est du Sussex et de Brighton and Hove, présentent un RSM supérieur.

L'excès de mortalité dans le Nord/Pas-de-Calais se révèle principalement dans les cas de mortalité prématurée (plus de 65 ans), plus particulièrement dans certaines régions (ayant eu une activité minière). Dans le Sud-Est de l'Angleterre, le taux de mortalité est moindre dans le cas de la mortalité prématurée, ce

qui diffère de la situation qui tient compte de la mortalité tous âges confondus.

La variation à travers la région est beaucoup plus prononcée lorsqu'on considère la mortalité prématurée chez les hommes qui est beaucoup plus faible dans le Sud-Est de l'Angleterre que dans le Nord de la France (figure 4) ; les régions industrielles du Nord de la France se distinguent très nettement des autres zones de la région Interreg considérée par un considérable excès de mortalité.

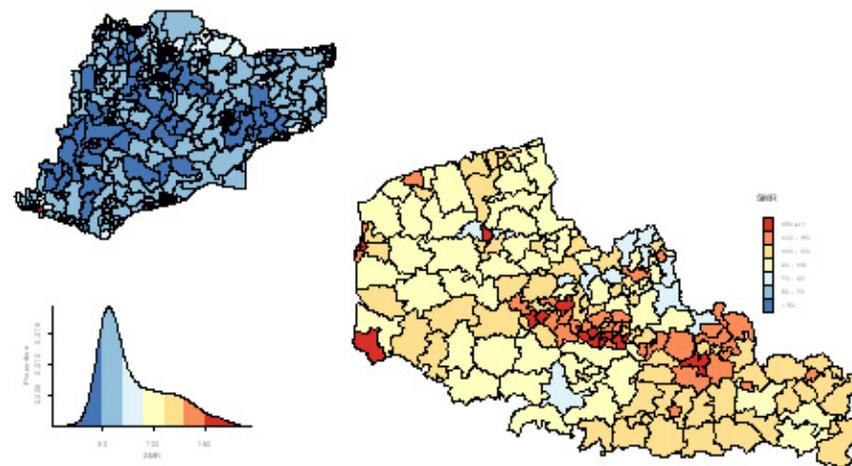


Figure 4 Mortalité prématurée chez les hommes de moins de 65 ans, selon le RMN*, entre 1996 et 2000**

* RMN : Nord/Pas de Calais + Sud-est de l'Angleterre = 100

** Lissage à l'aide de la méthode de Marshall et de Bayes



En ce qui concerne la mortalité féminine pour toutes causes et tous âges confondus, des poches de surmortalité ont été relevées dans le Sud-Est de l'Angleterre. Certaines d'entre elles apparaissent dans les régions côtières, mais dans l'ensemble elles ne sont pas précisément situées dans les zones défavorisées. Ce phénomène disparaît surtout lorsque l'on considère la mortalité prématurée ; au contraire, la ceinture centrale du Nord/Pas-de-Calais et la zone industrielle du Valenciennois se distinguent de nouveau avec une surmortalité chez les femmes plus jeunes. Certaines poches de mortalité plus élevée subsistent aussi dans les villes côtières du Kent et du Sussex

La mortalité plus élevée est-elle liée à la défaveur sociale ?

Le rapport entre les taux de mortalité au niveau des sections électorales et ceux au niveau cantonal a été confirmé par la démonstration d'une corrélation positive entre l'indice de Townsend et la mortalité.

A l'aide de données non pondérées (pas de prise en compte de la taille des zones):

Une forte corrélation positive existe entre le score de privation de Townsend et la mortalité globale (+) ou la mortalité prématurée (++), pour les deux régions et les deux sexes.

Dans le Nord/Pas-de-Calais, cette corrélation est plus faible chez les femmes. Le rapport statistique entre la défaveur sociale et la mortalité d'ensemble est plus fort dans le Sud-Est de l'Angleterre que dans le Nord de la France. Ce résultat ne vaut cependant pas pour la mortalité prématurée. À l'aide des données pondérées (c'est-à-dire en prenant en compte des différences de taille des zones), la corrélation entre défaveur sociale et mortalité subsiste, mais la différence entre le Sud-Est de l'Angleterre et le Nord de la France disparaît.

Conclusions

En Angleterre, il a déjà été attesté qu'une corrélation existe entre les indicateurs de défaveur sociale et la mortalité. Le projet COSPH a pu démontrer que l'utilisation de l'indice de Townsend, parmi l'un des indices en usage au Royaume-Uni, sur les zones géographiques du Nord de la France et du Sud-Est de l'Angleterre, représente bien les caractéristiques de la mortalité dans ces deux régions. À notre connaissance, c'est la première fois qu'un tel indice a été utilisé en France.



Il a été difficile, en termes d'inégalités, de trouver des mesures communes aux deux pays, principalement du fait des différences entre les données recueillies par les deux recensements. Il aurait été utile d'établir un indice des défaveurs multiples similaires à celui que le gouvernement britannique utilise couramment de nos jours. Néanmoins, les données utilisées en Angleterre ne sont pas disponibles en France.

Les différences relevées de part et d'autre de la Manche entre deux communautés géographiquement si proches sont surprenantes. Deux causes significatives peuvent les expliquer – le passé industriel de la ceinture centrale du Nord/Pas-de-Calais (les mines) et celle du Valenciennois (les industries chimiques). Le Kent comporte également une ancienne zone minière à Thanet, a également un passé naval et industriel dans le nord, particulièrement à Medway et à Dartford. Ces activités se traduisent par des RSM accrus dans ces zones.



Vulnérabilité : itinéraires et trajectoires



Usagers de drogues : aux marges du système de soins ?

JEANMARTt Caroline, Université de Lille 1, Clersé

Cette communication rend compte de la manière dont les usagers de drogues tentent de « sortir de la toxicomanie » et des difficultés qu'ils rencontrent dans leur trajectoire de recours.

Drogues et exclusion : une paire indissociable ?

Il serait commode d'associer le monde des drogues à celui de l'exclusion, comme l'expliquent Duprez et Kokoreff (2000, 280). Pourtant, cette association ne résiste pas aux données récoltées par différents sociologues. En effet, il n'est plus si rare de rencontrer des usagers de drogues ayant un usage festif ou problématique sans être « désaffiliés » (Castel, 1995). Une recherche menée dans le cadre des programmes européens Interreg⁸ dans le département du Nord s'est notamment intéressée à une frange de la jeunesse consommant différents

⁸ Dans le cadre de l'action recherche de la plateforme transfrontalière (franco-belge) des toxicomanies et autres conduites à risques, financée par le FEDER et le PRS.

types de drogues « sans entrer dans l'engrenage » et glisser vers des consommations problématiques. Il est ainsi important de rappeler qu'expérimenter des drogues ne signifie nullement s'engager dans une carrière de consommation longue et problématique. A partir de premières expérimentations, différents scénarios sont envisageables : sept profils se dégagent de notre échantillon, allant de l'expérimentation dissuasive aux jeunes diversifiant les consommations et développant des stratégies multiples pour l'achat de produits, souvent accompagnées d'une entrée au moins partielle dans l'économie souterraine.

Différentes « sorties de la toxicomanie »

Cette remarque préliminaire posée, notons également que « la déchéance et la mort ne sont pas l'issue fatale de l'usage de drogues » (Duprez et Kokoreff, 2000, 168). Au cours de leur carrière de consommation, certains usagers vont chercher de l'aide, parler de celles-ci à des tiers. Ces démarches poursuivent différents objectifs. Certains sont à la recherche d'informations, mais ne cherchent pas à modifier leurs comportements. D'autres souhaitent « gérer leurs consommations », réduire les risques liés à celles-ci. D'autres encore visent à l'abstinence et l'arrêt total des consommations. La représentation dominante associe



les « sorties de la toxicomanies » à l'abstinence. Or la réalité est plus complexe et rend compte de la mise en place de stratégies de réduction des risques par les consommateurs à différents moments de leur carrière (Soulet, 2002).

La recherche d'aide

Comprendre la manière dont ces usagers tentent de « sortir de la toxicomanie »⁹ signifie l'appréhender en terme de processus, c'est-à-dire en prenant en compte non seulement des phases, discontinuités ou bifurcations liées aux demandes d'aide, mais aussi les « issues » sur lesquelles elles débouchent ainsi que les ressources institutionnelles et sociétales mobilisées.

⁹ Dans le cadre des programmes Interreg III France-Wallonie, des enquêtes de terrain ont été menées par une équipe de sociologues du Clersé auprès d'(anciens) usagers de drogues, de leurs familles et de professionnels de santé du département Nord. L'objectif est de retracer les trajectoires de recours, de demande d'aide des usagers de drogues et de leurs familles à partir d'un recueil de données par observations, questionnaires, entretiens et groupes de travail avec des usagers de drogues, des familles, des professionnels spécialisés en toxicomanie ou non, dans le Nord (hébergement, prévention, accueil, écoute, information,...).

L'usager de drogues entreprend des démarches une fois que son rapport à la drogue est appréhendé comme problématique dans différents domaines : problèmes financiers, problèmes professionnels ou familiaux, problèmes de santé, recherche incessante de produits, dégradation physique, périodes de vagabondage,... et qui les poussent à « réagir ». Certains sociologues évoquent un « déclic » qui entraîne « la décision d'essayer de s'en sortir » (Castel, 1994, 26, Fainzang, 1998). Les recours peuvent prendre des formes diverses : (1) les cures, thérapies et autres postcures, (2) les traitements de substitution ou autres traitements ambulatoires, (3) les « supports communautaires » tels que la famille, le bled ou la foi, (4) les sevrages bloc ou autres tentatives de « s'en sortir par soi-même », notamment en investissant une activité (Jamouille, 2000).

Notre communication se focalise sur les difficultés rencontrées par certains usagers dans le cadre des démarches entreprises tant auprès des professionnels de santé ou des professionnels spécialisés en toxicomanie qu'auprès de leur entourage.



Le parcours du combattant : quand certaines portes se ferment...

Différentes ressources sont mobilisées par l'usager quand il souhaite « s'en sortir », allant des différents cercles de sociabilité aux professionnels et institutions spécialisés. A chacun de ces niveaux, les usagers rencontrés disent éprouver des difficultés.

La majorité évoque une appréhension de parler de leurs consommations à leur entourage évoquant un risque de stigmatisation, de sentiment d'incompréhension ou de rejet. Toutefois, dans bien des entretiens réalisés, les usagers mobilisent des ressources de leur environnement familial et social. Castel infirme notamment l'idée selon laquelle « le toxicomane serait, immanquablement, victime d'une « stigmatisation » l'excluant à jamais de la normalité » (Castel, 1992, 280). Il est ainsi rare, si l'on s'en tient aux données recueillies, de noter l'instauration d'une rupture irrémédiable avec des proches extérieurs à l'univers des drogues. Toutefois, la crainte de l'exclusion et du rejet rend plus difficile le recours et le retarder certainement.

Bien que certaines alliances thérapeutiques se créent sans problème, nous allons centrer notre propos sur les difficultés

rencontrées par l'usager de drogues. Ces difficultés sont directement liées à la structure du dispositif et à l'histoire française de la réduction des risques¹⁰. Il ne faut pas oublier que durant plus d'une vingtaine d'années le corps médical s'est prononcé en défaveur des soins aux usagers de drogues, une idéologie ayant la peau dure se propageant dans ses rangs. Des réminiscences de cette idéologie et du paradigme de l'abstinence sont ainsi toujours bien présentes dans le champ des addictions.

Des difficultés persistent au niveau des institutions généralistes, l'hôpital ne faisant pas figure d'exception. Pour certains, les urgences sont un sas dont l'usager de drogues est très vite éjecté. Nombre de médecins investis dans la problématique évoquent notamment leurs difficultés avec les maternités et les services de pédiatrie dans la prise en charge d'une femme enceinte sous traitement de substitution.

D'autres difficultés se marquent avec les services psychiatriques et les psychiatres de ville. Un dialogue de sourds s'installe. Pour le psychiatre, ce patient relève d'une autre spécialité car « il est toxicomane », le problème psychiatrique étant annexe à ses

¹⁰ Voir à ce sujet, entre autres, (Bergeron, 1996, Bergeron, 1999, Coppel, 2002, Gourmelon, 2005).



yeux. Pour l'interlocuteur, il relève de la psychiatrie avant de relever des soins généraux. Chacun se le renvoie.

Les médecins généralistes, parmi les professionnels les plus sollicités dans les recours, adoptent eux aussi différentes attitudes. Une majorité d'entre eux se dit opposée aux soins aux usagers de drogues évoquent des risques liés à la pratique (overdose, violence,...), un manque de formation, une absence de confiance dans les « drogués »,... D'autres acceptent en instaurant des conditions d'accès telles qu'ils s'assurent ainsi de recevoir « le haut du panier » (se rendre à la pharmacie tous les jours, par exemple). D'autres enfin, bien souvent aux marges de la médecine, se spécialisent et revendiquent un accès plus large et plus souple à une majorité de patients.

Le dispositif spécialisé en toxicomanie est lui aussi montré du doigt, certains pointant des effets pervers tels que le manque de places, des secteurs mal desservis, des écarts de logique et de temporalité, des difficultés financières, une violence institutionnelle, ou encore l'imposition de « contraintes » qui ne correspondent pas à un public désaffilié.

Le développement de formes de « débrouille »

Parfois rejetés par le secteur médical généraliste ou spécialisé (hospitalier, psychiatrique, médecine de ville, etc.), certains

usagers de drogues mettent en place des formes de « débrouillardise » pour accéder aux dispositifs. Les difficultés d'accès et les contraintes liées à l'accès aux soins en conduisent certains à poursuivre les consommations, à se soumettre à des contraintes qui leur semblent inadaptées, à recourir au marché noir ou encore à se rendre dans le pays voisin où les programmes de santé publique leur paraissent plus adaptés (Jeanmart, 2005).

Bibliographie

- BERGERON, H., 1996, **Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins: entre idéologie et actions**, Paris, L'Harmattan.
- BERGERON, H., 1999, **L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française**, Paris, PUF.
- CASTEL, R., 1992, **Les sorties de la toxicomanie: types, trajectoires, tonalités**, Paris, GRASS-MIRE.
- CASTEL, R., 1994, "Les sorties de la toxicomanie", in OGIEN, A. et MIGNON, P., **La demande sociale des drogues**, La documentation française, Paris, 23-30.
- CASTEL, R., 1995, **Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat**, Paris, Gallimard.



COPPEL, A., 2002, **Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la réduction des risques**, Paris, La Découverte.

DUPREZ, D. et KOKOREFF, M., 2000, **Les mondes de la drogue**, Paris, Odile Jacob.

FAINZANG, S., 1998, "Alcoolisme et marginalité : un croisement des regards ", **Informations sociales**, 68, p.58-63.

GOURMELON, N., 2005, **Les toxicomanes en temps de sida ou les mutations d'une prise en charge**, Paris, L'Harmattan.

JAMOULLE, P., 2000, **Drogues de rue. Récits et styles de vie**, Bruxelles, De Boeck.

JEANMART, C., 2005, **Des usagers de drogues et des familles. Analyse de trajectoires de recours en territoire transfrontalier franco-belge** Clersé, Université de Lille 1, Rapport de recherche final Interreg III.

Soulet, M.-H., 2002, **Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeu de conventionalité Fribourg**, Academic Press



Questions problématiques et méthodologiques à propos d'une recherche/action sur le devenir des enfants placés

DRIEU Didier, PLAGES M., FRECHON I., BOUJUT S, Université de Caen

Nous sommes plusieurs chercheurs d'horizons différents (université, CNRS, INED) et de disciplines variées (sociologie, statistiques, démographie, psychologie, psychanalyse) à nous intéresser à la question du «devenir des enfants placés». Dans un contexte où l'autonomisation des jeunes devient de plus en plus problématique, les situations de ces adolescents qui ont connu des traumatismes multiples et bénéficient moins d'un réseau naturel de solidarités familiales méritent d'être explorées. Il nous est apparu nécessaire avant de penser un échantillon pour une étude longitudinale de mieux appréhender des trajectoires de prises en charge complètes. Nous avons donc étudié les dossiers d'enfants déjà sortis de l'ASE¹¹ et / ou des tribunaux à l'échelle de deux départements afin de reconstituer

¹¹ ASE : Aide Sociale à l'Enfance, services départementaux relevant de financements publics des Conseils généraux

rétrospectivement leurs trajectoires et repérer les facteurs les plus discriminatifs dans l'évolution de leurs prises en charge.

Origines et intérêt d'une étude sur le devenir des enfants placés

Plusieurs rapports en France insistent sur le déficit d'actions collectives visant à prévenir la marginalisation des jeunes ayant été pris en charge par l'ASE. Notre sujet d'étude s'est élaboré aussi à partir de nos propres travaux, les recherches de J.M. Firdion dans le cadre de l'INED sur les trajectoires des « sans domiciles », d'I. Frechon sur le devenir à long terme d'une population de jeunes femmes anciennement placées en foyer socio-éducatif et de nous-mêmes sur les conséquences des antécédents traumatiques dans les parcours de ces adolescents. Les premières études sur le devenir des enfants placés proviennent de plusieurs pays où les systèmes de protection de l'enfance ne sont pas toujours comparables. Les études rétrospectives annoncent des résultats catastrophiques sur la reproduction du placement, de la maltraitance de génération en génération (environ 50 %). Des recherches prospectives (études de cohorte), moins biaisées, paraissent plus optimistes. Les représentations des professionnels sur la portée des mesures de placement sont assez négatives.



Il semble que tous ces constats restent très peu contextualisés d'où les difficultés à penser les facteurs discriminatifs de résilience ou, au contraire, de vulnérabilité chez ces enfants. Pour élargir le socle de notre réflexion, nous avons fait le choix de décliner notre projet de recherche en plusieurs moments problématiques, l'enquête rétrospective sur les trajectoires de placement, un suivi longitudinal sur le devenir des enfants placés et l'action / recherche sur les dispositifs d'accompagnement susceptible de prévenir les conduites de ruptures.

Discussion problématique des étapes de notre recherche

Les facteurs de protection et de vulnérabilité - La reconstruction rétrospective des trajectoires de prise en charge

Cette première enquête a comme objectif principal de mieux repérer les facteurs influençant les prises en charge en protection de l'enfance. Nous avons donc organisé un recueil systématique de données susceptibles d'influencer les prises en charge dans les ASE et services des tribunaux pour enfants de deux départements ayant des caractéristiques démographiques quelque peu différentes. Ce travail doit nous servir à reconstituer des trajectoires de placement et à réfléchir dans une visée interactionniste aux logiques de prise en charge. En amont, à

l'entrée, il semble qu'il existe une sous-déclaration sexuée des maltraitances : moindre signalement des violences subies par les garçons. En aval, les ruptures de placement, l'intervention du judiciaire pour des faits de transgression, de violence sont plus importantes chez les garçons ; les filles présentant davantage des problèmes de santé du corps. Nous souhaitons aussi explorer dans cette première recherche l'implication des antécédents traumatiques dans les conduites de rupture de placement en fin d'adolescence. Enfin, nous voulons associer à cette analyse biographique plus quantitative (grille d'analyse des dossiers ASE et tribunaux pour enfants) une première réflexion sur les représentations des pratiques d'accompagnement.

Processus d'autonomisation et enquête longitudinale

Comme nos collègues américains déjà engagés dans des études longitudinales sur le devenir des enfants placés, il s'agit de questionner les conditions d'autonomisation d'adolescents (contexte matériel, de santé, éducatif, social, psychosocial, psychologique,...) pour mieux appréhender leurs processus d'émancipation. Dans la seconde phase de notre étude, nous voulons aller au-delà de la perspective descriptive (même si cela correspond à une forte demande sociale). Il s'agit de mieux percevoir les facteurs favorisant l'insertion sociale, tout comme



les facteurs de risque de désinsertion sociale (errance par exemple, conduites de rupture). Nous cherchons aussi à comprendre ce qui peut-être en souffrance dans les processus de la post-adolescence. Pour pouvoir discuter de l'implication des antécédents traumatiques, de la vulnérabilité narcissique dans les ruptures en fin d'adolescence, nous pensons proposer des études complémentaires sur une partie de notre échantillon ou sur un autre groupe aux caractéristiques similaires.

Certains problèmes peuvent survenir dans la constitution de notre échantillonnage. Un risque existe de sélectionner des jeunes plus coopératifs. Le lien enquêteur/enquêté sur une période assez longue peut nous permettre de diminuer ces effets d'attrition et d'avoir une plus grande connaissance des réseaux sociaux du jeune. Toutefois, cela biaise les informations que nous pouvons avoir de notre échantillon en introduisant certains changements liés à la compliance, l'alliance qui peuvent se développer entre l'enquêteur et l'enquêté.

Dispositifs de prévention des conduites de rupture : l'Action-Recherche

Nos collègues américains, canadiens sont souvent confrontés à l'absence de politiques sociales, de réseaux de professionnels institutionnalisés pour accompagner les jeunes sortant des

mesures de protection de l'enfance. Aussi, ont-ils tendance à développer des programmes axés sur le coaching, la psychoéducation en direction de l'environnement social, la communauté. En France, le contexte est différent. Il existe une politique sociale en direction des jeunes majeurs qui, certes pour des raisons souvent économiques, des problématiques institutionnelles, est insuffisante¹². Toutefois, lorsqu'un jeune en rupture ne peut accéder à ces « offres » de médiation (protection jeunes majeurs, dispositifs d'accueil,...), il est nécessaire d'organiser différentes pratiques de médiation souvent de manière concertée entre son environnement et les équipes éducatives et thérapeutiques. Ainsi, du point de vue thérapeutique, les démarches plurifocales (plusieurs thérapeutes, plusieurs médiations) aident l'adolescent à mettre en perspective les différentes sources de ses conflits. Il faut pouvoir généraliser ces pratiques dans une ouverture aux intervenants éducatifs, judiciaires,... en proposant différentes méthodes d'intervention dans des « démarches multifocales ».

Le champ de la protection de l'enfance est un objet de recherche très hétérogène (pratiques très différentes d'un département à

¹² En 2004, environ 15 % des enfants placés ont pu bénéficier d'un accompagnement à partir de leur majorité jusqu'à 21 ans maximum dans le cadre de la protection jeunes majeurs.



l'autre par rapport aux placements, au travail en réseau, concernant les liens de médiation auprès des familles d'origine). Pourtant, dans la réalité (cf. données recueillies, corpus des entretiens), il semble que cela soit moins la portée des mesures de protection que la continuité des pratiques d'accompagnement qui est mise en défaut. Nous pensons surtout ici aux adolescents qui s'installent dans la confrontation avec leurs éducateurs ou les familles d'accueil et cherchent à retrouver de manière souvent paradoxale des liens avec leur famille d'origine. Ainsi, avons-nous besoin de décrire les items les plus discriminatifs par rapport aux problématiques de vulnérabilité en fin d'adolescence pour les jeunes placés et pour se faire, de mettre en perspective des données descriptives et plus qualitatives ? Au-delà, il s'agit de penser des méthodologies de recherche qui puissent intégrer l'ensemble de ces variables.



Ne pas entraver les possibilités de la personne handicapée à devenir sujet et citoyen adulte : le moment crucial de l'adolescence

SCELLE Régine, Université de Rouen

Les travaux des anthropologues et des psychosociologues (Sticker, 1982, Giami et al, 1995) montrent combien la polysémie du mot handicap a un sens sur le plan social et culturel.

Les situations que nous évoquons concernent des pathologies qui peuvent être améliorées par les traitements mais pour lesquelles une guérison n'est pas envisageable. Par ailleurs, les atteintes ne touchent pas seulement les fonctionnalités du corps mais aussi le fonctionnement psychique et/ou cognitif du sujet.

Nos travaux sur la tutelle et la curatelle des adultes dits « incapables majeures » (Scelles, ont du mal à parler et à discuter avec la personne handicapée, quelle soit enfant, adolescente ou adulte, de sa pathologie et de l'aide à lui apporter. De ce fait, les personnes handicapées ont davantage l'habitude que l'on fasse « pour » elle que « avec » elle.

Par ailleurs, notre expérience de psychologue auprès de ces personnes montre qu'elles ont des compétences surprenantes,

pas toujours en rapport avec leurs déficiences cognitives, pour formaliser une opinion, un désir concernant les choses importantes de leur vie (choix du tuteur, du lieu de vie, des modalités de contraception.....). Or, il s'avère que chercheurs et praticiens pour savoir ce qu'elles veulent, ce qu'elles vivent s'adressent davantage aux proches et aux professionnels qu'à elle-mêmes, c'est un peu vrai dans le cas de déficience motrice et c'est systématique concernant les déficiences cognitives.

Rappelons qu'être atteint d'un handicap est :

- Une forme d'être au monde et de s'y sentir exister.
- Une forme d'être dans le monde et de s'y mouvoir.
- Une forme d'être pour le monde et de se sentir exister pour l'autre.

Pour savoir qui elle est, la personne se voit dans le regard de l'autre, aussi, par exemple, constater que le regard, le discours est adressé à l'accompagnateur, que le tutoiement se poursuit à l'âge adulte contribue à construire chez la personne handicapée une certaine image d'elle-même (Goffmann, 1975).

Ainsi, le sujet « n'a » pas un handicap qui serait un attribut « comme un autre », il « est » handicapé. Son atteinte l'affecte dans sa construction et son évolution mais elle ne le détermine



pas pour autant : un trisomique cela n'existe pas, il n'existe que des enfants avec une trisomie.

Sa participation citoyenne ne nécessite pas seulement une réflexion autour des barrières physiques mais autour de celles qui s'opposent à ce qu'on l'écoute, l'entende et tolère qu'elle représente un aspect de notre vulnérabilité que nous préférions ignorer. Il ne suffit pas qu'elle ait accès au service de radiologie, il faut que le personnel s'adresse à elle en des termes compréhensibles avec un regard et une écoute sur elle et pas seulement sur son accompagnateur.

Si je peux imiter l'aveugle, je ne peux me rendre compte de ce que représente un monde que les limites de mes compétences cognitives m'empêchent de décoder. Aussi, dois-je en passer par l'expertise en « handicap » de la personne handicapée pour mieux les aider, pour favoriser leur épanouissement et leur participation citoyenne.

Ce qui nécessite de ne pas banaliser leurs différences (ils ne sont pas « comme tout le monde »), de ne pas non plus les majorer au point de penser que leur traitement ne doit pas suivre celui du citoyen « ordinaire ». Il est frappant de voir que, par exemple, en matière de contraception et de soins gynécologiques les protocoles ne sont pas les mêmes pour les personnes déficientes intellectuelles et les filles et les femmes « tout venant ».

Face au malaise que suscite la confrontation à la vulnérabilité de l'humain et à la diversité de ses figures, chercheurs, praticiens et pouvoirs publics naviguent entre charybde et scylla :

soit ils veulent ignorer, gommer les différences de la personne handicapée : Via des aménagements, elles doivent suivre la « même course » que tout le monde (cf l'étymologie du mot handicap). Elles doivent aller à l'école « comme tout le monde », faire et être « comme tout le monde ».

Soit ils refusent de considérer qu'elles sont « de la même pâte que nous » (Racamier,1978), c'est alors leur humanité qui peut leur être déniée, elles pourraient appartenir au monde végétal « c'est un légume », animal « un chien fou », voire du monde inanimé « il ne pense pas, ne rêve pas, il n'y a rien... ».

Le malaise est à son maximum non pas lorsqu'elle est pensée comme étant radicalement différente mais quand elle représente une condition de l'humanité qui pourrait nous concerner (dans sa situation, je préférerais mourir, comment peut-on être heureux ainsi...). Pour éviter cette confrontation angoissante, il est possible de limiter les rencontres (ils sont en dehors de villes, les lieux publics leurs sont inaccessibles) voire même de rêver de les éliminer totalement (tous les parents qui ont un enfant handicapé se sont entendus un jour ou l'autre demandé « vous n'aviez pas fait de diagnostic anté-natal »).



Nos travaux sur la période de l'adolescence (Scelles, 2000) montrent que la puberté (phénomène physiologique) a un effet de mobilisation sur le plan psychique pour le jeune handicapé et pour ceux qui le côtoient. Lorsque l'espoir d'une normalisation, d'une guérison s'estompe, voire même lorsque l'état physique s'aggrave, la personne continue à évoluer sur le plan de sa construction psychique et souffre lorsque cela n'est pas reconnu par l'entourage.

A ce moment précis se joue pour elle, comme pour tout humain, une étape importante qui doit l'amener à investir de plus en plus la sphère sociale, à nouer des liens avec des personnes étrangères à la famille. Or, le fait que depuis sa naissance on parle davantage de sa maladie, de ses traitements à propos d'elle que avec elle, qu'elle soit davantage « objet d'attention, de soin » que sujet est une entrave au déploiement du processus d'adolescence.

Rappelons que la définition de l'autonomie n'est pas de faire seul mais d'avoir la possibilité de participer aux décisions concernant l'aide. En grandissant, progressivement le sujet devient plus autonome et acquiert une maîtrise sur ce qu'il veut et peut dire, cacher, demander à ses proches et aux professionnels. Or, souvent, ce qu'ils veulent communiquer d'eux-mêmes, les adolescents handicapés ne peuvent le faire faute d'interlocuteurs pour les écouter et d'autonomie physique et psychique pour

s'imposer. Face à cela, certains se résignent et ne disent plus rien ou font comme s'ils ne pensaient rien et donc n'avaient rien à dire.

Dans une position parfois dépressive, parfois masochiste, il accepte que des tiers deviennent durablement les dépositaires, pour eux, de leur histoire, de ce qu'ils sont, construisent leur devenir, sans même le plus souvent songer à obtenir d'eux, une quelconque autorisation ou conseil. La dépendance à l'autre de ces adolescents est telle qu'ils ont peu de latitude pour récuser ce qui leur est proposé, pour se révolter face à certains traitements ou pour faire des demandes.

Pour éviter ce processus aliénant, il convient d'aménager l'espace matériel et surtout psychique du « vivre ensemble ». Ce qui suppose de concevoir des protocoles d'aide, de soin et de recherche dans lesquels il soit nécessaire de recueillir d'une manière ou d'une autre l'opinion, le consentement de la personne handicapée et de la solliciter comme expert de sa condition.

Se mettre en position de faire avec elles et non pour elles demandent souplesse et adaptabilité et suppose de prendre des risques car la méthodologie est souvent à créer (les entretiens, les questionnaires sont problématiques à utiliser) mais ce n'est pas parce qu'une réalité est difficile à cerner qu'il faut renoncer à l'explorer.



Bibliographie

AUBERT A. ; SCelles R AVANT M. ; GARGIULO M. ; GORTAIS J., 2005, **Annonce du handicap : les pères et les frères et sœurs vus par les soignants**. Rapport « Fondation de France »

GIAMI, A. ; KorpES, J.L. ; LAVIGNE, C. ; SCelles, R., 1995, « La pluralité des représentations du handicap » in **Handicap, vieillissement et société. Politique publique de santé et pratique sociale**. Ed INSERM, Paris, 7-28.

GOFFMAN, E., 1975, **Stigmaté**. Ed. de Minuit, Paris.

HOUSsIER, F ; SCelles, R., 2000, « L'adolescence du sujet handicapé révélateur d'une impasse de la séparation entre parents et enfants. » in **Cahiers du CTNERHI, Revue de sciences humaines et sociales** 86, 79-91.

RACAMIER, P.-C., 1978, « Les paradoxes de schizophrènes », **Revue française de psychanalyse** n° 42, Paris, PUF, p. 5-6, p. 883-969

SCelles, R., 1998, « Tutelles aux majeurs protégés et fratrie : la nécessité d'instaurer une réflexion sur la protection de la personne handicapée adulte » in **Handicaps et inadaptations : Les Cahiers du CTNERHI**, 77, 58-77.

STICKER, J.H., 1982, **Corps infirmes et sociétés**. Ed. Aubier, Paris.



Construction sociale du « (dé) placement » des personnes âgées comme un risque : dissociation entre santé et exclusion

REGUER Daniel, Université du Havre, CIRTAI, UMR IDEES 6062
CNRS

Notre réflexion prend appui sur nos travaux déjà anciens¹⁶, dont les résultats nous avaient permis d'interroger la question du « placement des personnes âgées » conçu comme opposé au « maintien à domicile ». Ainsi construit, le « placement » devient un « risque » d'exclusion, au sens de « danger plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou une activité »¹⁷. La situation en question est caractérisée par la maladie ou le handicap, plus souvent dénommés « dépendance » ou « perte d'autonomie ». Ainsi, la variable « santé » engendrerait l'imposition d'un lieu d'exclusion, le « placement », contre le choix d'une population pour un autre lieu, le « maintien à domicile ».

¹⁶ REGUER D. et GRICOURT C., « Influence des éléments de perte d'autonomie dans la décision de « placement », « La Revue de Gériatrie », Tome 22, N°5 MAI 1997.

¹⁷ ANSART P. Dictionnaire de sociologie ; Le Robert Seuil 1999

Nous voulons montrer au contraire, que les lieux « domicile » et « placement » ne sont pas conçus par les politiques publiques comme opposés, mais successifs. Une approche sémantique s'y attelle. Nos enquêtes montrent de surcroît que « santé » et « exclusion » ne sont pas corrélées en toutes circonstances sociales.

Sur un objet passionnel qui touche, selon certains auteurs 1,3 millions de personnes âgées dépendantes, dont environ 900 à 950 000 vivraient chez elles¹⁸ et « Plus d'un homme sur cinq [qui]a, dans son entourage, un parent proche qui ne peut vivre seul. »¹⁹ à qui on assigne parfois un rôle de « Famille providence » à côté ou en substitut de « l'Etat providence »²⁰, il importe de s'écarter d'une vision simplificatrice, voire réductionniste, de la complexité sociale qui caractérise la fin de vie. En effet, d'autres variables interviennent dans la construction des différents types de parcours, dont le souhait de l'hébergement collectif prématuré, de même que ces derniers peuvent être envisagés comme des choix, voire des stratégies.

¹⁸ ENNUYER, B. *Les malentendus de la dépendance et de l'incapacité au lien social*, éditions DUNOD, 2002.

¹⁹ DUFOUR A. HATCHUEL G. Les Français et la dépendance des personnes âgées. La solidarité familiale mise à l'épreuve, *Consommation et mode de vie*, n° 60, Juillet 1991.

²⁰ LESEMAN F. CHAUME C. *Famille-providence, la part de l'Etat*, Ed. Saint Martin ; Montréal 1989 .



Nos enquêtes le montrent pour une part de la population, contrairement à des affirmations généralisantes, visant à justifier les choix de politique publique.

Ainsi, la perception du placement comme un lieu de risque d'exclusion, résulte d'une construction sociale à laquelle concourent les politiques publiques. Celles-ci peuvent être lues comme des indicateurs des normes sociales, voire des transformations sociétales²¹. Il s'agit, ici, d'une norme de parcours de vie sur des critères de santé. Ce mode de vie, retardé au plus tard possible est imposé, à une population isolée, alors qu'une autre population, certes minoritaire, en fait une stratégie de prévention du risque d'exclusion liée à la santé.

Construction sociale du risque de « placement » dans le discours public

Depuis l'alerte de Simone DE BEAUVOIR dans les années 60²² le rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dénommé du nom de son président Pierre LAROQUE²³ est

souvent considéré comme le premier à faire prévaloir l'intérêt d'une politique de maintien à domicile. En réalité, la commission voit bien au-delà. Elle "*condamne de la manière la plus formelle toute solution qui conduirait de quelque manière que ce soit à une ségrégation des personnes âgées*"²⁴. On ne parle pas, à l'époque, de façon formelle, de « maintien à domicile ». Néanmoins, les notions de "*maintien des personnes âgées dans un logement individuel*", ou de "*logement qui leur soit propre et adapté à leurs besoins*" opposent cette nouvelle politique au risque que représente le placement en hospice. Il est vrai que dans les années qui ont suivi la guerre, le « placement » des personnes âgées consistait à disposer d'un lit dans un dortoir qui pouvait atteindre parfois une cinquantaine de places, avec pour toute intimité, un rideau paravent entre chaque lit²⁵. On ne parlait pas, à l'époque, des effets médicaux de la promiscuité, mais les maladies nosocomiales constituaient, elles, à n'en pas douter, un risque certain. Ce qui nous paraît essentiel pour la suite de notre réflexion est de souligner son ambition « *d'éviter également toute rupture brutale dans leurs conditions de vie* »²⁶.

²¹ PITROU A. *Les politiques familiales ; Approches sociologiques*. Ed. Syros 1994

²² DE BEAUVOIR ; *Une mort très douce* ; Ed Galimard, Paris 1964

²³ Rapport LAROQUE Haut Comité Consultatif de la population et de la famille : "Politique de la vieillesse", La documentation française 1962

²⁴ Rapport LAROQUE p 262

²⁵ BERNAN C. *les vieux vont mourir à Nanterre*, Ed du Sagittaire

²⁶ Rapport LAROQUE p 5



Soulignons qu'à l'époque, les services à domicile étaient quasi inexistant²⁷.

Le rapport recommande également le développement des Foyers Logements. Cette formule, n'apparaît pas alors comme un risque. Elle correspond à l'objectif général de la commission, visant le « *maintien dans le milieu habituel* » des personnes âgées, par le recours à des logements adaptés aux situations spécifiques des personnes avançant vers le grand âge. Toutefois, contradictoirement, ce type d'équipement est présenté comme ne devant viser qu'à « *retarder le moment où le placement en institution pourrait devenir nécessaire* ». ²⁸. Cette formulation, outre qu'elle ne correspond plus à l'objectif annoncé qui condamne une ségrégation des personnes âgées, construit le placement comme un risque que l'on doit repousser au plus tard possible. Au demeurant, la commission précise que « *le changement de résidence et de logement – s'il survient trop tard – ... constitue autant de facteurs d'aggravation du vieillissement.* »

Déjà dans le rapport LAROQUE, on perçoit donc, la conception d'une politique de la vieillesse qui assure la promotion de

solutions différentes sur des critères de « nécessité » sans autre indication, de santé notamment. Il s'agit d'une part de "maintien dans le milieu", et d'autre part, de "placement en institutions". La construction de ces deux solutions, de façon alternative, érige l'une en modèle et l'autre en risque de rupture en dehors du milieu de vie habituel. Cependant, si on se réfère à la littérature de l'époque²⁹, qui décrit le sort fait aux infirmes et incurables, on peut penser que les politiques publiques n'ont fait que reconnaître les réalités sociales et sanitaires des hospices.

Après les 4^{ème} et 5^{ème} plans, consacrés pour l'essentiel à la construction de logements foyers et maisons de retraite, le programme finalisé du 6^{ème} plan, voit apparaître l'objectif de « maintien à domicile », il est vrai plus aisé à évaluer que l'objectif initial de « maintien dans le milieu habituel » ou d'absence de « ségrégation des personnes âgées ». Cependant, il ne peut imaginer l'hypothèse d'une « ségrégation à domicile » et encore moins d'une vie sociale en « institution ». Cette construction du « placement » comme un risque empêche d'interroger le « risque de maintien à domicile », notamment le risque d'enferment tel que nous avons déjà pu le suggérer

²⁷ JOËL Marie-Eve, *La protection sociale des personnes âgées en France*, édition PUF, Paris : 2000

²⁸ Rapport LAROQUE p 205

²⁹ BENOIT-LAPIERRE N., CEVASCO R., ZAFIROPOULOS M., "Vieillesse des pauvres, les chemins de l'hospice", Les éditions ouvrières, 1980, p 99



précédemment³⁰. L'objectif semble changer d'objet en changeant de lieu de son expression, en passant d'une commission comprenant des acteurs les plus divers (experts, représentants des usagers, professionnels ...) à l'administration. Anne Marie GUILLEMARD³¹, explique fort justement le « grand décalage » entre les recommandations de la commission LAROQUE et la programmation administrative pour les divers plans qui ont suivi. L'administration construit alors chacun des lieux comme opposés, l'un « le domicile », garant de l'indépendance³², devenant la norme face à l'autre, « le placement » lieu exclusif d'hébergement de « personnes dépendantes ». Un imaginaire social³³ tend à accentuer les oppositions entre « domicile » et « placement », ce dernier se construisant comme « risque » à éviter.

Face aux difficultés vécues par les acteurs pour atteindre un objectif de « maintien à domicile » applicable à l'ensemble de la population, émerge alors peu à peu un énoncé sous la forme de « maintien à domicile le plus longtemps possible ». Cette

formulation est instituée dans le Plan d'Action Prioritaire numéro 15 (PAP 15) du 7^{ème} plan. A l'inverse de la précédente ce nouvel objectif de « maintien à domicile le plus longtemps possible », peut être atteint en toute circonstances, suivant les limites que l'on fixe au « plus longtemps possible ». Cette formulation est exactement synonyme, sans le dire, de « placement le plus tard possible », ce qui ne remet pas en cause le principe du « placement » et s'éloigne encore plus de l'ambition de lutte contre toute forme de ségrégation des personnes âgées. L'ambition semble seulement de la reporter au plus tard possible, ce qui « *constitue autant de facteurs d'aggravation du vieillissement.* ».

Ce qui est érigé en norme, n'est plus un lieu, « domicile » ou « placement », mais un parcours de vie de l'un à l'autre. Cette définition des politiques du vieillissement a généralisé l'idée selon laquelle l'unique vocation des établissements est de prendre en charge la grande dépendance lorsque le maintien à domicile est socialement considéré comme devenu impossible. Elle a renforcé l'assimilation du « placement » à un risque, en ne remettant pas en cause ce vocable et toute la culture d'assistance qui l'accompagne. C'est ainsi que, dans cette période, d'une part, s'est pérennisée la conception des lieux d'habitats collectifs et de soins comme à part, comme exclusion, comme risque d'une

³⁰ REGUER D. recomposition d'une vie sociale, in LEGRAND M., la retraite une révolution silencieuse, ERES octobre 2001

³¹ GUILLEMARD A.M. Le déclin du social, PUF 1986. p 157 à 165

³² Locke J. , Second traité du gouvernement, Paris, Presses universitaires de France, 1994

³³ DUCLOS D., La peur et le savoir : la société face à la science, la technique et leurs dangers, Ed. La découverte, 1989



ségrégation des personnes âgées, et d'autre part, l'acceptation, considérée comme inévitable, en la reportant au plus tard, de cette exclusion.

Une lecture des différents rapports, circulaires ou discours publics depuis cette période, mise en perspective avec une observation de terrain sur de nombreux territoires, conforte notre analyse d'une politique publique qui, en retardant le « placement-exclusion », le renforce, en promouvant des lieux spécifiques d'accueil des personnes âgées dépendantes, (MAPAD, EHPAD ...) comme des lieux à part, à éviter, lié au « risque de dépendance ». Pourtant quelques velléités n'ont pas manqué, définissant les institutions comme « des lieux de vie, ouverts vers l'extérieur »³⁴ ou indiquant que les logements-foyers « doivent permettre d'accueillir des personnes dépendantes »³⁵. Peu à peu, le critère de santé devient la variable objectivée sur laquelle se construit l'orientation gériatrique, comme la variable « niveau scolaire » définit l'orientation scolaire.

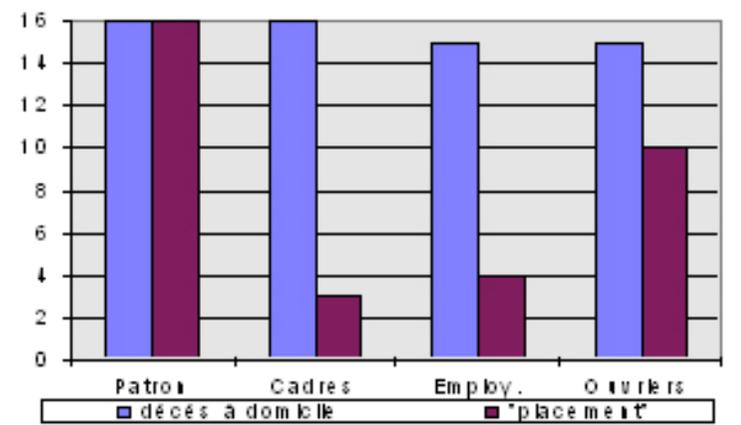
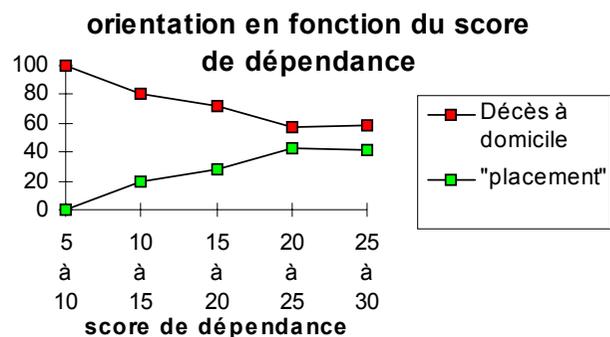
³⁴ Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées. Circulaire du 7 avril 1982, BO Fascicule N°82-23bis. Retraités et Personnes Agées, Politique sociale et médico-sociale, p19.

³⁵ Décret N°80 637 du 4 août 1980

Parcours atypiques

Pourtant, observant durant une année entière, les raisons du départ des services à domicile de l'intégralité des personnes sur une commune de 30 000 habitants, nous constatons que si le « placement » croît avec le niveau de dépendance, dans les scores de dépendance les plus élevés, il demeure autant de personnes décédées à domicile et « placées en institutions ». (Nous intégrons dans les décès à domicile, les décès à l'hôpital ou en centre de moyen séjour de personnes toujours propriétaires ou locataires de leur logement). Ces résultats montrent que la variable « santé » n'est corrélée à un « placement-exclusion » que pour la moitié des personnes, l'objectif de maintien à domicile jusqu'au bout ayant été atteint pour l'autre moitié.

Nous remarquons, comme en outre de nombreuses études l'on fait au sujet de la variable « niveau scolaire » pour l'orientation scolaire, que de très nombreuses autres variables viennent s'interférer mutuellement, dans la décision d'orientation gériatrique et dans la définition du parcours de fin de vie. Il en va ainsi de l'habituelle variable CSP.



Mais d'autres variables nous sont apparues essentielles, notamment celles relatives à l'isolement qui frappe d'abord les personnes qui cumulent le fait d'être âgé et de genre féminin. De plus, cette variable ouvre la voie à une intervention importante

des politiques publiques³⁶, notamment sur la perte d'activité et de la séparation avec les proches qui contribue à expliquer l'origine du sentiment de solitude chez les plus de 60 ans³⁷. Ce constat du CREDOC était aussi exprimé par Philippe PITAUD et Richard VERCAUTEREN³⁸

Parcours de fin de vie :	Vit seul	Ne vit pas seul	Hommes	femmes
Décès à domicile	57	81	78	60
Placement	43	19	22	40
Total	100	100	100	100

Ainsi, puisque d'autres variables interviennent dans la définition des parcours de vie on peut penser que la variable « santé » est partiellement instrumentalisée comme critère rationnel d'exclusion au-delà du « plus longtemps possible ». Le vieillard est « pathologisé » pour l'affecter à un lieu de soin, au moins autant en fonction de sa situation de santé que des ressources

³⁶ BESSON L. *Au risque de vieillir, pour une prévention de l'avancée en âge*, Ed. L'harmattan, p 31.

³⁷ BERTHUIT F., CHOKRANE B., HATCHUEL G. ; l'évolution des opinions et des comportements des séniors depuis vingt ans, en France ; *Cahiers de recherche CREDOC* juin 1999

³⁸ PITAUD P., VERCAUTEREN R., *Acteurs et enjeux de la gérontologie sociale*, Ed ERES



financières, sociales, culturelles qu'il peut mobiliser. Une première conclusion montre que « santé » et « exclusion » sont partiellement dissociées.

...et stratégies

Sans autre analyse, ces seuls résultats tendraient à conforter des thèses montrant que les populations ne sont que les agents d'une reproduction sociale qui échappe à leur maîtrise, d'autant plus qu'elles se trouvent isolées, pauvres et peu diplômées. Or, il nous est apparu qu'il fallait se garder de conclusions hâtives, ni dans ce sens déterministe, ni dans celui qui consisterait à ne considérer ces parcours de vie que comme le seul résultat de l'expression d'un « libre choix » qui, pourtant, fonde le discours public : « *Permettre aux personnes âgées de faire le choix du mode de vie qui leur convient, implique d'accentuer l'effort en faveur de la vie à domicile, qui est une aspiration partagée par la grande majorité de nos concitoyens* ».³⁹

³⁹ Projet de loi de finance, Projets Annuels de Performances (PAP) des Ministres et des Administrations (Réforme de l'Etat) : extrait du programme « Handicap et dépendance », Octobre 2005.

Ainsi, une autre enquête au début des années 90⁴⁰ auprès d'un échantillon représentatif de 282 personnes sur cette même commune de 30 000 habitants, nous a permis de recueillir l'opinion de la population âgée de 55 ans et plus sur son projet de parcours de vie. Les résultats montrent que « le placement » peut n'être pas un risque mais une des stratégies de prévention de mauvaise santé. Nous remarquons en outre que certaines personnes qui n'envisageaient pas dans l'avenir d'entrer dans une structure, rejetaient tout autant l'aide à domicile d'une personne extérieure prétextant qu'elles « n'en n'ont pas besoin ». Ce thème a, depuis, été développé⁴¹. Ceci explique que les familles repoussent « au plus tard possible » le recours aux services institutionnels, au moment où, épuisées, voire malades elles mêmes, elles n'en peuvent plus ;⁴²

⁴⁰ VILLET H., THOMAS H., REGUER D., GUILLEMARD A.-M., Paris C, Etude "santé, autonomie, modes de vie, logement », Panorama des travaux des Observatoires Régionaux de la Santé, ORS Haute-Normandie, Fédération CRI, CCAS de Sotteville-lès-Rouen, mai 1993.

⁴¹ ROCHEFORT R.; *Vive le Papy-boom*, édition Odile Jacob, Septembre 2000.

⁴² PAQUET. M. *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*, Ed L'harmattan, mars 2001



« Dans l'avenir, songez-vous à entrer dans l'une des structures existantes à S... ? »	
Sans réponse	2
Oui	88
Non	87
NSP	105
Total	282

Mais dans ce cas, le « placement » est-il toujours exclusion ? Il s'agit dans la question posée de « structures », qui comprenaient en réalité pour l'essentiel des « foyers logement ». On imagine mal, en effet, une population formulant dans ces termes une stratégie d'exclusion pour eux mêmes. Cette précision est plus qu'un détail, dans le contexte de politiques publiques qui opposent le « maintien à domicile » présenté comme « *une aspiration partagée par la grande majorité de nos concitoyens* » au placement. Elle invite à une réflexion conceptuelle sur la notion d'exclusion.

Ces résultats sont confortés par une enquête plus récente réalisée en Seine Maritime en février 2007 auprès de 919 personnes. Nous posons la question : « Pour vous même, ou un

de vos proches, en prévision d'un risque de dépendance, quel serait le meilleur moment pour entrer dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées ? Une seule réponse était possible. Nous présentons ici le résultat croisé avec la variable CSP, pour laisser au lecteur le soin de comparer les aspirations des populations de différentes catégories sociales, avec la réalité des parcours que nous avons observée plus haut. Il montre en outre la diversité des variables à côté de celle de santé, tant dans la réalité des pratiques que dans les stratégies.

CSP	Autre dont agriculteurs artisans commerçants	Cadres, professions intellectuelles supérieures et intermédiaires	Employés	Ouvriers	TOTAL
Stratégie personnelle1					
Pas trop tard,	14,2 (30)	21,5 (39)	18,2 (56)	13,3 (28)	16,8 (153)
Le plus tard possible,	58,3 (123)	54,7 (99)	57,3 (176)	49,8 (105)	55,5 (503)
Jamais	16,1 (34)	9,9 (18)	10,7 (33)	14,7 (31)	12,7 (116)
Vous ne vous êtes pas posé la question	9,5 (20)	11,6 (21)	13,0 (40)	22,3 (47)	13,9 (128)
Autre (préciser)	1,9 (4)	2,2 (4)	1,3 (4)	0,5 (1)	1,4 (13)
TOTAL	100 (211)	100 (181)	100 (309)	100 (212)	100 (913)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 28,30$, ddl = 12, 1-p = 99,50%. Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique. Le χ^2 est calculé sur le tableau des citations (effectifs marginaux égaux à la somme des effectifs lignes/colonnes). Les valeurs du tableau sont les pourcentages en colonnes établis sur 919 observations. La présentation des item « Pas trop tard, quand on peut encore s'adapter à un



nouveau "chez soi" » et « Le plus tard possible, quand on ne peut plus rester chez soi » est simplifiée dans le tableau.

Avec 55% de la population envisageant « le plus tard possible, quand on ne peut plus rester chez soi » comme « le meilleur moment pour entrer dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées », nous sommes éloignés d'une aspiration partagée par la grande majorité de nos concitoyens. Ce résultat est en cohérence avec un tout dernier sondage qui montre que seul un français sur deux (49 %) a une "mauvaise opinion" des maisons de retraite⁴³. Ce résultat montre en outre que les taux de réponses par CSP, sont similaires pour les personnes qui déclarent ne « jamais » vouloir aller en établissement et de celles qui déclarent ne s'être « pas posé la question ». Or, c'est précisément dans les catégories où ces réponses sont les plus fortes, les ouvriers, que nous avons pointé dans une enquête précédente un plus grand recours aux structures. Ainsi, si la variable « santé » paraît instrumentalisée dans la décision de placement, il en est ainsi de l'affirmation d'un « libre choix » généralisé. Ce résultat montre en outre que plus d'1/5 des cadres se construit une stratégie de prévention du risque de

vieillesse. Il révèle non seulement des pratiques sociales différentes suivant les catégories, mais peuvent aussi laisser supposer que les établissements fréquentés par les uns ne sont pas les mêmes que ceux fréquentés par les autres, autant concernant la proposition de service que la qualité architecturale⁴⁴. Aussi, si une population de cadres, certes minoritaire, par ailleurs disposant des ressources culturelles et financières, exprime une stratégie de parcours de vie en établissement, c'est que ces derniers ne peuvent être désignés de façon homogène comme lieu d'exclusion ou de ségrégation. C'est au contraire que ces ressources peuvent en faire des lieux de vie et non seulement d'exclusion.

Ainsi ; ce travail ne peut que nous inciter à la prudence dans la caractérisation d'un lieu comme risque d'exclusion, de même qu'il encourage le travail scientifique de distanciation avec le discours public. Ainsi, concernant le vieillissement, « santé » et « exclusion d'un lieu » sont partiellement dissociées : tout dépend de ce qui est nommé « santé » et « exclusion », la prévention du risque de dépendance dans les catégories disposant de ressources pouvant se traduire par des stratégies de vie collective.

⁴³ TNS-Sofres pour la Fédération hospitalière de France, présenté lundi 14 mai 2007

⁴⁴ VERCAUTEREN R., PREDAZZ M., LORIAUX M., *Une architecture nouvelle pour l'Habitat des personnes âgées*, édition ERES, 2001.



Bibliographie

ANSART P, 1999, **Dictionnaire de sociologie** ; Le Robert Seuil.
BENOIT-LAPIERRE N., CEVASCO R., ZAFIROPOULOS M., 1980,

Vieillesse des pauvres, les chemins de l'hospice, Les éditions ouvrières, 99 p.

BERTHUIT F., CHOKRANE B., HATCHUEL G., 1999, « L'évolution des opinions et des comportements des seniors depuis vingt ans, en France » in **Cahiers de recherche CREDOC**, juin

BESSON L., 2005, **Au risque de vieillir, pour une prévention de l'avancée en âge**, L'Harmattan, p 31.

DUFOUR A. HATCHUEL G., 1991, « Les Français et la dépendance des personnes âgées. La solidarité familiale mise à l'épreuve » in **Consommation et mode de vie**, n° 60, Juillet.

ENNUYER, B., 2002, **Les malentendus de la dépendance et de l'incapacité au lien social**, éditions Dunod

GUILLEMARD A.M., 1986, **Le déclin du social**, PUF. p 157 à 165

LESEMAN F. CHAUME C., 1989, **Famille-providence, la part de l'Etat**, Ed. Saint Martin ; Montréal.

PITAUD P., VERCAUTEREN R., 1998, **Acteurs et enjeux de la gérontologie sociale**, ERES.

REGUER D. et GRICOURT C., 1997, « Influence des éléments de perte d'autonomie dans la décision de « placement » in **La Revue de Gériatrie**, Tome 22, N°5, Mai.

REGUER D., 2001, « recomposition d'une vie sociale », in LEGRAND M., **la retraite une révolution silencieuse**, ERES.

VERCAUTEREN R., PREDAZZ M., LORIAUX M., 2001, **Une architecture nouvelle pour l'Habitat des personnes âgées**, ERES



Vulnérabilité : Espaces et lieux



Populations, déficiences et accessibilité urbaine Entre équité et exclusion territoriale

BODIN Franck, Université de Lille, TVES EA 4019

BONNET Emmanuel, Université de Lille, TVES EA 4019

L'accessibilité environnementale basée sur la réglementation « handicaps » constitue une nouvelle approche d'un aménagement durable. Croiser les savoirs des sciences de l'espace et les expériences en matière d'aménagements accessibles aux populations en situation de handicap ouvre les perspectives d'une reconquête des territoires urbains et ruraux. Dans ce contexte, les systèmes d'informations géographiques (SIG) sont des outils de diagnostics territoriaux qui apportent une analyse et une aide à la prise de décision conforme à la notion de développement durable (concertation). Les recherches entreprises depuis 2003 sur la commune de Villeneuve d'Ascq, dans le département du Nord, permettent de positionner l'accessibilité comme axe premier d'aménagement durable, et les handicaps comme principe de construction standard, gage de développement économique et de lien social. Questions d'éthique, de santé publique et de lutte contre les exclusions, est-il indispensable de comprendre historiquement quelle est la

place des populations handicapées dans nos sociétés?; Est-il nécessaire de saisir l'importance du lieu, du milieu dans la pleine inclusion sociale de ces mêmes populations. L'apport de ces savoirs peut-il participer positivement à la construction et reconstruction de nos territoires nationaux et internationaux?

Handicaps et sociétés: le poids de l'Histoire

De l'Antiquité où l'infirme est la représentation vivante de la colère des dieux, du Moyen-Âge qui considère ce dernier comme l'image de l'impur plus ou moins intégré dans la société jusqu'à la Renaissance, de l'époque Classique où la vision de la déficience est intolérable et où l'enfermement devient systématique comme méthode de gestion de l'ordre et de la morale, on arrive progressivement et douloureusement à l'idée d'intégration. A partir de 1945, la représentation du handicap trouve, dans l'effet massif quantitatif provoqué par les horreurs de la Seconde Guerre Mondiale, un souffle nouveau engendré par une prise de conscience collective. L'intérêt porté aux personnes handicapées n'est donc pas un élan naturel épris d'humanisme, il correspond à des événements majeurs dans l'histoire de l'homme (guerres, épidémies, catastrophes naturelles, etc.) ayant des incidences sur le groupe social, la famille. Depuis une cinquantaine d'années, le processus d'intégration est en route; les



organisations internationales légifèrent et tentent de sensibiliser les nations du monde entier sur les problèmes liés aux handicaps. En moins de quarante ans, on passe de l'incapacité au concept de handicap jugé comme un désavantage. Dans un premier temps, les organisations introduisent l'idée de réadaptation du corps meurtri afin de le réinsérer dans son environnement socioprofessionnel. Progressivement, depuis les années 1970, l'environnement devient un support de réflexion. Ce n'est plus la personne handicapée qui est inadaptée au milieu environnant mais ce dernier qui crée ou amplifie le handicap et génère l'obstacle social. C'est donc l'environnement qu'il faut modifier et adapter aux besoins des populations à mobilité réduite. Depuis le milieu des années 90, des équipes de chercheurs des universités de Caen puis de Lille proposent une lecture des espaces aménagés sur le concept de l'handimension : comment les populations handicapées se mobilisent-elles sur le territoires et utilisent-elles les espaces ? La représentation cartographique (SIG) des problématiques d'accessibilité permettent d'identifier avec précision les espaces porteurs d'exclusion, de risque, ceux dégagant un niveau d'accessibilité satisfaisant et mettant en exergue la difficulté de tenir compte des différentes formes de déficience (cognitive, motrice, auditive, visuelle).

Populations, Handicaps et accessibilité : approche cartographique

Une recherche sur la commune de Villeneuve d'Ascq a permis en 2005 de dresser un inventaire exhaustif du niveau d'accessibilité de la ville. Le nombre important d'éléments à relever pour permettre une évaluation a nécessité de déployer des outils capables d'appréhender, de gérer et de traiter un grand nombre de données. Les Systèmes d'Informations Géographiques ont été choisis à la fois pour leurs capacités à gérer ces données mais aussi et surtout pour la production d'indicateurs spatiaux. Les SIG permettent en effet de croiser plusieurs critères propres au territoire qui participent à l'accessibilité territoriale. Les logements, les cheminements ou encore les transports collectifs ont été privilégiés pour dresser cet inventaire. Au-delà de la gestion des données et la possibilité de réaliser des croisements géographiques, le SIG revêt une autre dimension, celle de l'aide à la décision par l'affichage de l'accessibilité dans la ville. En effet, outre les cartographies produites, certains croisements d'informations permettent de révéler les contraintes spatiales pour les personnes à mobilité réduites. On verra notamment qu'il ne suffit pas d'habiter un logement accessible desservi par des cheminements eux aussi conformes pour pouvoir se déplacer



dans l'espace urbain. Certaines connexions n'existent pas et produisent des exclusions socio-spatiales.

Techniquement, l'acquisition de ces données est parfois complexe, dans la mesure où les échelles correspondant aux critères sont variables. Du trou dans un trottoir à une rampe d'accès en devers de plusieurs mètres de long, l'acquisition des critères est de fait différente. Ainsi, l'utilisation des GPS et des SIG nomades a autorisé des récupérations de données en direct sur le terrain alors que d'autres ont été saisies a posteriori sur écran à partir d'orthophotographies à haute résolutions. Le codage des critères issus de la réglementation permet donc de développer un outil permettant d'afficher les niveaux d'accessibilités en combinant plusieurs critères de la réglementation sur un espace particulier. L'analyse spatiale permet ensuite, au-delà de cartographies simples, d'aider à la réflexion sur l'accessibilité et notamment sur les conditions de la production des espaces d'exclusion.



L'une des conclusions principales de notre recherche sur l'accessibilité à Villeneuve d'Ascq, issue d'une analyse spatiale est la mise en évidence de lieux « déconnectés » de l'espace urbain alors qu'ils sont situés au cœur même de celui-ci. Le zoom présenté ci-dessus, correspond au centre ville de Villeneuve d'Ascq, la mairie et quelques administrations y sont localisées



ainsi qu'un grand centre commercial. Sur les sept arrêts de transport collectifs de la zone qui desservent à la fois la ville et d'autres parties de l'agglomération, six présentent des critères qui les rendent inaccessibles aux personnes à mobilité réduite, alors que leur logement et les cheminements sont accessibles. Cette déconnexion relative des lieux de vie renvoie aux différents processus de mise en exclusion des lieux dans le territoire et offre une nouvelle image de l'accessibilité urbaine.

Conclusion

L'individu est au centre de tous les enjeux de décision politique et économique, dans la perspective d'une réponse satisfaisante, toujours optimisée, à l'ensemble de ses besoins. On peut donc facilement comprendre que l'aménagement durable sur la base des handicaps est un gage de qualité et de fréquentation optimisée des lieux. L'accessibilité est donc un élément fort de la reconquête urbaine, avec notamment le principe novateur de l'handimension (dimensionner l'espace et les aménagements sur la base des handicaps, Bodin, 2000). Pour ce faire, l'outil SIG permet d'inventorier le territoire, de percevoir les ruptures et de constituer pour les acteurs de l'aménagement du territoire une aide à la décision. Il ne s'agit donc pas d'une simple analyse cartographique ponctuelle, mais bien de bases de données

évolutives permettant de se projeter dans le temps et d'anticiper sur les besoins des usagers, de prioriser les aménagements à venir. Au-delà d'un simple outil d'analyses et d'aménagements dit intelligents, le SIG doit pouvoir apporter une plus value à une augmentation de la fréquentation des aménagements urbains, des transports publics collectifs, à une composition pluri-générationnelle de la population des quartiers.

Bibliographie

BODIN F., 2000, « Une ville qui accueille », **Urbanisme**, Le magazine international de l'architecture et de la ville, n°311, mars-avril 2000, p79-81.

BODIN F., 2005, « Les villes et l'aménagement durable accessible », in **Technologies urbaines, vieillissements et handicaps**, Edition ENSP, p97-108.

GROBOIS L.P., 1996, **Handicaps et construction**, quatrième édition, Le Moniteur.

LANCTOT S., 1994, « Le logement universellement accessible: une réponse aux besoins changeants de la population » in **Elargir les horizons, perspectives scientifiques sur l'intégration sociale**, OPHQ.

ROBIN A., 1996, « Architecte ou artiste? », Urbanisme, n° 290, septembre/octobre, p65-69.



Ville et handicaps : Quelle mobilité pour les personnes en situation de handicaps ?

*MUS Mathilde, Université du Havre, CIRTAI, UMR IDEES 6228
CNRS*

La mobilité quotidienne des populations handicapées est en confrontation constante avec l'accessibilité de l'espace, particulièrement dans l'espace urbain.

Au cours des trente dernières années⁷⁴, la question du handicap est devenue une préoccupation importante de la société, ainsi qu'une thématique de recherche en développement (Institut Fédératif de Recherche sur le handicap, IFR.25 - IFRH⁷⁵)

Thématique récente en géographie, deux axes principaux orientent ma recherche. Le premier a trait aux rôles et décisions des différents acteurs politiques face aux handicaps. La question des échelons territoriaux des actions est fondamentale, ainsi que l'observation de leurs impacts sur l'aménagement du territoire.

⁷⁴ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

⁷⁵ <http://ifr-handicap.inserm.fr>

Le second concerne les pratiques spatiales des personnes handicapées. Il est essentiel de savoir comment les personnes handicapées vivent et se déplacent dans l'espace urbain.

Ces deux axes se situent à la fois dans le champ de l'aménagement du territoire et dans celui de la géographie sociale.

L'étude des déplacements et des lieux parcourus par un groupe de personnes handicapées résidant en centre ville du Havre nous donnera des indications sur leur rapport à l'espace. Nous verrons ensuite les actions menées par les acteurs du territoire. Notre hypothèse est que les politiques publiques peuvent parfois être contre productives par rapport à la volonté affichée d'intégration de cette population ; ce qui placent les populations handicapées dans une position de seuil, ni complètement exclu, ni réellement intégrée.

Méthode d'enquête

Pour répondre à cette question, sept résidents d'une Unité de Logements Groupés, implantée en centre ville du Havre dans un groupe d'Habitat à Loyer Modéré, ont été interviewés. Ces appartements permettent à des personnes lourdement handicapées de vivre en milieu ordinaire, en bénéficiant d'un



service d'aide à domicile 24H /24H par télé-assistance organisée par le GIHP⁷⁶.

Les personnes interrogées ont entre 33 et 57 ans. Ce sont des personnes handicapées motrices de naissance et plutôt lourdement handicapées, se déplaçant en fauteuil roulant électrique. Elles ne peuvent pas réaliser seules les gestes du quotidien, mais leur fauteuil roulant leur permet de pouvoir sortir et de se déplacer seule en ville. Elles sont donc autonomes dans le choix de leurs déplacements et activités.

Les entretiens semi-directifs ont eu pour objectif de connaître les lieux et cheminement qu'ils fréquentaient, ainsi que les raisons de leurs déplacements. La cartographie et l'analyse de leur espace de vie ont permis de comprendre leur rapport à l'espace et aux contraintes spatiales.

Espace de vie et contraintes spatiales d'un groupe de personnes handicapées

Deux types d'espace se dessinent. Un espace du quotidien qui associe deux lieux de consommation courante et un espace de loisirs associant différents espaces de divertissement.

⁷⁶ Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques (GIHP)

Les lieux fréquentés régulièrement, quasi quotidiennement (Figure 1), s'articulent autour de deux espaces commerciaux. Un centre commercial « l'Espace Coty » et un supermarché « Champion ». Ces deux lieux et les cheminements associés dessinent un espace de proximité proche du logement, centré autour de la préoccupation de faire les courses ou de répondre à des nécessités courantes. L'espace parcouru du quotidien est restreint, figé et connu, organisé autour de ces deux lieux. Quant à eux, les lieux fréquentés moins régulièrement, surtout selon la saison, dessinent un espace de loisirs : le jardin de l'hôtel de ville, le cinéma, la plage, le jardin Saint Roch. Le cheminement principal a été cartographié, il s'organise autour d'une rue majeure du Havre : l'avenue Foch, mais l'accès à ces lieux implique des variantes dans le parcours.

Ces deux types d'espace soulignent deux formes de rapport différent aux contraintes spatiales. Le premier fait fortement référence à la « contrainte » et le second à la « liberté ».

En effet, l'analyse du discours sur les lieux de consommation courante montre que le rapport aux contraintes spatiales et aux barrières architecturales est très fort. Il a largement été question, au cours des entretiens, des contraintes ressenties à travers les barrières physiques rencontrées quotidiennement. Le caractère « pratique » de l'espace Coty, parce qu'il est



accessible, a souvent été souligné. Cependant, l'inaccessibilité d'un grand nombre de magasins a largement été évoquée, parce que cela limite les possibilités de choix des lieux de consommations. La maîtrise de l'espace est pourtant parfaite, la connaissance des lieux et trottoirs qui sont accessibles aussi, mais le fait d'avoir un choix restreint et d'y être confronté au quotidien est vécu comme une contrainte très importante.

Ce n'est cependant pas le cas pour l'espace de loisirs, auquel est associé la ballade, la flânerie, l'autonomie, la liberté. Ainsi, même si les lieux associés aux loisirs sont assez éloignés (1km à 2km), il a beaucoup moins été question des difficultés rencontrées pour se déplacer vers ces lieux, que du plaisir et de l'autonomie de pouvoir y aller se promener.

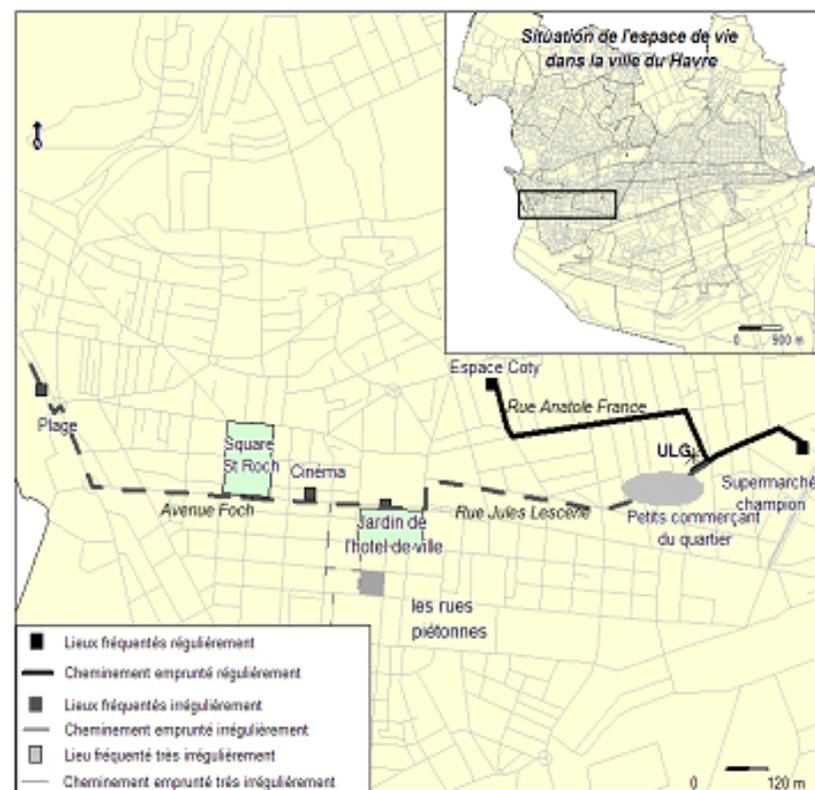


Figure : Espace de vie des personnes interrogées

Acteurs publics et politiques du handicap

A différentes échelles territoriales, différents acteurs et cadres législatifs jouent un rôle dans le développement de l'accessibilité de l'espace urbain pour les personnes handicapées. L'intervention



de ces différents acteurs pour la prise en charge du handicap dans la ville est aussi influencée par la culture et l'histoire. La production de l'espace est aussi liée à des facteurs émanant d'une dimension idéale des rapports spatiaux.

L'état légifère sur le thème du handicap depuis 1975⁷⁷ et plus récemment en 2005 en adoptant la Loi du 11 février 2005⁷⁸. Alors que les villes devraient mettre en place sur le terrain les principes évoqués par la loi, la réalité de l'accessibilité dans les espaces urbains est ponctuelle. Il y a alors un écart entre l'espace idéal proposé par l'État dans la législation et la réalité effective du terrain qui dessine un espace accessible réel plutôt partiel.

Conclusion

Les personnes handicapées interrogées s'approprient l'espace de façon à dessiner un espace de vie continu et une pratique efficace de la ville. L'accessibilité est l'élément clé de leur possibilité de déplacement, même si elles sont capables de se départir des contraintes spatiales, dans une certaine mesure.

⁷⁷ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

⁷⁸ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

C'est aussi l'élément clé des politiques d'aménagement en faveur de l'intégration des personnes en situation de handicap, difficilement mises en place.

Le couple exclusion/intégration alimente depuis de nombreuses années la thématique du handicap. La première proposition s'oppose directement à l'autre pour nommer deux extrémités de la société, l'une dans son côté sombre, l'autre dans l'idéal à atteindre. Pourtant cette dichotomie ne traduit pas au mieux les processus à l'œuvre. D'un point de vue social et spatial la « liminarité », c'est à dire une situation de seuil, d'entre d'eux (Murphy, 1987), offre un élément intéressant à la compréhension des enjeux, et surtout des difficultés auxquelles la société doit faire face. L'aménagement partiel de l'espace urbain et les pratiques spatiales observés ici, traduisent cette position de seuil : les personnes handicapées ne sont ni réellement intégrées, ni totalement exclues. Du point de vue spatial, l'image la plus représentative de cette situation d'entre-deux est le développement d'aménagements spécifiques. Ils traduisent à la fois la volonté d'aménager l'espace pour les personnes handicapées, donc la volonté d'intégration, en créant cependant une entrée ou un cheminement réservé et spécialisé à part de celui des personnes valides, donc une forme de situation d'exclusion.



Bibliographie

BODIN F., 2000, **Handicaps et sociétés : l'aménagement de l'espace comme concept d'intégration**, Lille, Atelier de reproduction des thèses, Thèses de géographie physique et humaine régionale, Université de Caen, 562p.

GLEESON B., 1999, **Geography of disability**, New York, Routledge, 242p.

MURPHY R., 1987, **Vivre à corps perdu**, PLON, Paris, 374p

STIKER, H-J., 1996, « Handicap et exclusion. La construction sociale du handicap » in **L'exclusion, l'Etat des savoirs**

PAUGAM S., La découverte, Paris, p 311-320.



Etudiant, le temps et l'espace du bien être ? Une géographie du mal être étudiant en France.

*LANIEPCE Benoît, Université de Rouen, MTG, UMR IDEES 6062
CNRS*

Le temps des études pensé uniquement comme le temps de l'insouciance, de la découverte de la vie, ne correspond plus à la réalité. Le temps des études semble aujourd'hui être essentiellement le temps des remises en question, du repositionnement du soi, des angoisses et des incertitudes. Si l'examen des grandes philosophies du passé permet de mettre en lumière les nombreuses métamorphoses de l'idéal de la maturité adulte, il se pourrait qu'une ultime recomposition s'opère sous nos yeux : la maturité, devenue « maturescence⁸⁴ », ne désigne plus un état stable, mais un processus indéfini par lequel nous gagnons en expérience et responsabilité. Mais à quel prix?

⁸⁴ P. H. TAVOILLOT, « Philosophies des âges de la vie », Grasset, 2007.

En interrogeant 50 000 étudiants⁸⁵, l'Enquête Nationale sur la Santé des Etudiants (ENSE) de La Mutuelle Des Etudiants, a mis en évidence un réel malaise au sein du monde étudiant. Cette grande enquête permet d'apporter de nombreux éléments sur la situation sanitaire et sociale des étudiants interrogés ainsi qu'une spatialisation, une véritable géographie du mal être des étudiants en France.

Que penser en effet, lorsque, 48% des jeunes interrogés ont peu ou pas confiance en l'avenir, que 61 % pensent que la société ne permet pas aux jeunes de réussir dans la vie, que 75 % se déclarent angoissés et que 77% des étudiants interrogés se déclarent déprimés ? ⁸⁶...

Plus que les chiffres, la spatialisation même du phénomène de déprime est intéressante. Ainsi, nous pouvons observer une zone rurale relativement épargnée, Caen (69%), Nantes (73%), Orléans-Tours (73%), Besançon (71%), ... Et des zones urbaines

⁸⁵ En 2005, la LMDE et son Observatoire de la Santé EPSE ont réalisé une grande enquête auprès de 50.000 étudiants en partenariat avec l'IFOP. Santé et accès au soins, études, loisirs, sexualité, tabac... Les questions posées visaient à mieux appréhender les thèmes qui touchent les étudiants et qui les concernent particulièrement.

⁸⁶ Plus de résultats et de détails sur www.lmde.com et dans « La santé des étudiants », Les éditions de la vie universitaire, 2006

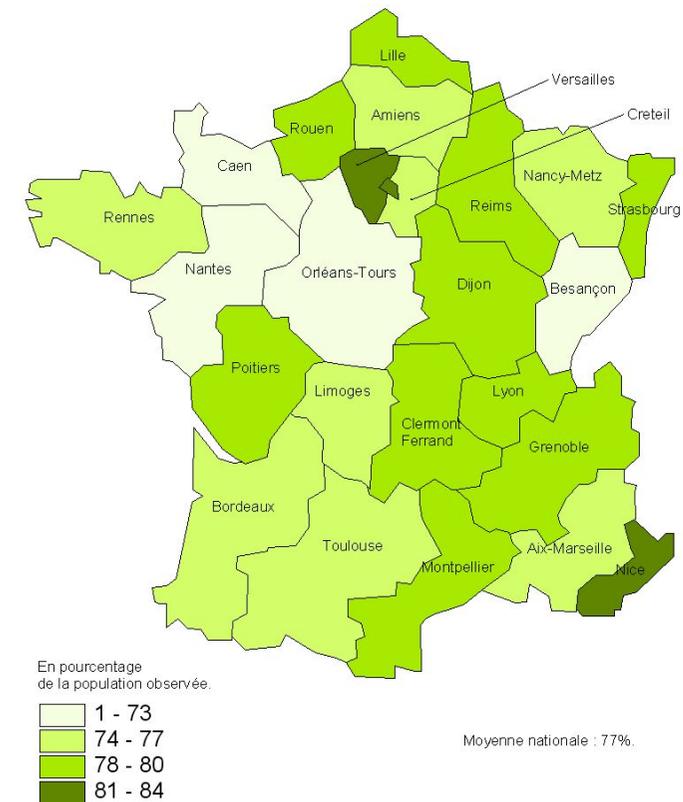


plus marquées, Versailles (81%), Paris (84%). La campagne "protège"-t-elle ?

Il est important de remarquer ici, d'une part, la particularité de Créteil (77%), qui, à l'instar des zones urbaines susmentionnées, offre une forte représentativité du phénomène de déprime, mais qui reste proportionnellement plus faible que les académies limitrophes, notamment Paris (84%) et Versailles (81%), et d'autre part, que le même phénomène est observable dans le sud au sein des académies d'Aix Marseille (76%) et Nice (81%)

Existerait-il des caractéristiques spatiales, socioculturelles, propres aux lieux et aux étudiants qui pourraient expliquer l'émergence ou bien au contraire l'atténuation du phénomène de déprime?

La sensation d'être déprimé des étudiants en France, par académies.



S'agit-il ici d'une tendance lourde du milieu étudiant, d'un réel mal-être, ou bien les étudiants ont-ils « mal interprétés » leurs sentiments?



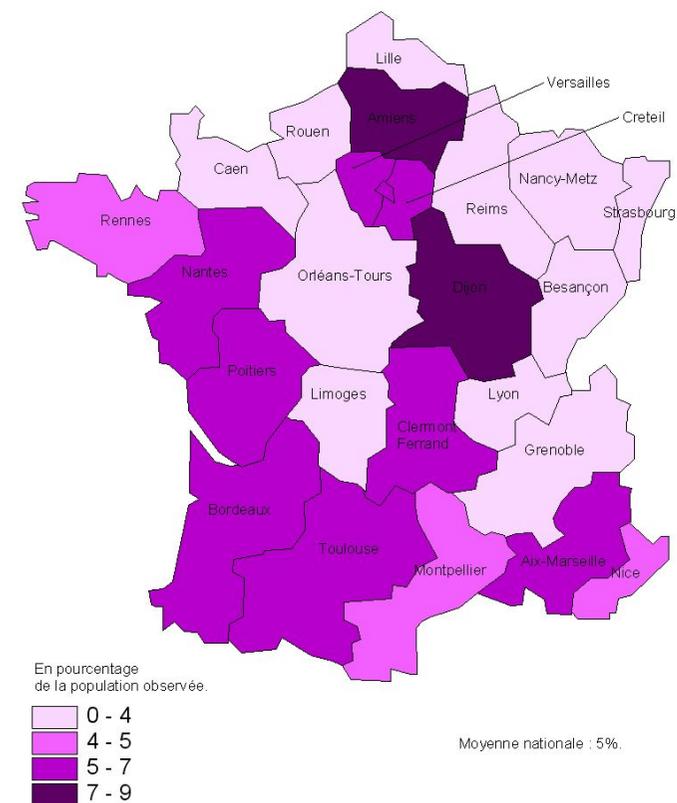
Certes, aujourd'hui, le terme de "déprime" s'est banalisé et il est aujourd'hui très largement utilisé et ce plus souvent à tort qu'à raison⁸⁷. Certes, l'ENSE est une enquête basée autour du principe de santé déclaré et estimer son mal être n'est pas si évident que cela, et surtout lorsqu'il s'agit de s'auto-diagnostiquer. Certes, si toute connaissance est relative à soi, empirique, elle se concilie aussi avec le comportement des autres, le contexte induit et permet une certaine forme d'expression symptomatique.

Mais tout de même, l'on constate également que 15% des répondants à cette enquête, furent sujets à des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (dont 50 % n'en ont parlé à personne) et que 5% d'entre eux ont fait une tentative de suicide au cours de leurs vies...

Là encore la géographie des tentatives de suicide démontre une spatialisation du phénomène.

Il est à remarquer ici la prédominance du phénomène des tentatives de suicide dans les académies d'Amiens (8%) et Dijon (9%) les chiffres y sont largement au dessus de la moyenne nationale (5%).

Taux de tentatives de suicides des étudiants en France, par académies.



Laniece benjamin, SPSE, Source ENSE 2005

La répartition spatiale est clairement basée sur un axe Nord Ouest/ Sud Est, de la Bretagne (Rennes 5%) à Nice (5%) et Nord/ Sud, d'Amiens à Clermont Ferrand (5%).

⁸⁷ E. ZARIFIAN, « Des paradis plein la tête », Odile Jacob, 1994.



Il est ici intéressant de remarquer que le grand Est (Reims 4%, Grenoble 4%) et le Centre Ouest (Rouen, Orléans Tours 3%, Caen, Limoges, 4%) sont relativement épargnés... En population générale l' Ouest apparaît comme une région de surmortalité par suicide. Des tendances à la hausse sont observées depuis 1991 notamment « *pour des groupes de jeunes adultes déjà exposés aux risques de chômage et aux difficultés d'adaptation sociale*⁸⁸ ».

Même si les taux des académies de Bordeaux, Toulouse et Poitiers ne sont pas les taux nationaux de tentatives de suicide les plus importants (6%), ils sont tout de même supérieurs à la moyenne (5%).

Ils traduisent, en effet, un axe national de la façade maritime du Grand Ouest des tentatives de suicide des étudiants en France.

Là aussi les caractéristiques des lieux et des hommes vivants dans ces lieux peuvent-ils expliquer la géographie du mal être étudiant qui se dessine ? Existe-t-il une différenciation spatioculturelle du mal être étudiant ?

Il existe une spécificité des faits sociaux dont le suicide fait partie et dont les déterminismes sont extérieurs aux individus. Les tentatives de suicide, ne répondent en général pas à des

pathologies psychiatriques caractérisées. La tentative de suicide est souvent un mode d'expression. C'est celui du désarroi, de la solitude, du découragement, de la perte d'espoir ou de la désillusion. La tentative de suicide est fortement liée au culturel de l'individu, à son vécu.

Penser le temps des études comme un moment favorable est devenu, aujourd'hui, un cliché. Avions-nous, par le passé, suffisamment pris en compte les véritables facteurs pathogènes exogènes qui coexistent avec le temps et l'espace de santé des étudiants ?

Il existe une formidable souffrance dans notre société et elle s'exprime de manière diversifiée. « L'adulte » dispose de toute une panoplie d'expressions médicalisées: insomnie, anxiété, dépression. La vie étudiante, période de tous les excès et des absences de compromissions avec le monde des adultes, pousse à passer à l'acte. On cherche, actuellement, à normaliser les sentiments, à trouver le mal-être dans des attitudes ou des actes de consommation non conformes aux normes sociétales. Si la population est en marche vers « le meilleur des mondes »⁸⁹, grâce essentiellement aux nombreux « produits de confort » existants, le monde étudiant, quant à lui, semble vouloir résister

⁸⁸ G. SALEM, S. RICAN., E. JOUGLA, « Atlas de la santé en France », Vol 1, MIRE, 1999.

⁸⁹ A. HUXLEY, « Le meilleur des mondes », Plon, 1932.



à cette volonté de globalisation des sentiments, notamment par le passage à l'acte (conduites à risques, consommations addictives, tentatives de suicide, ...).

Il y a ici une forme d'anthropologie des limites, une fonction sociale du risque dans le développement personnel de l'étudiant, un flou entre limites de faits et limites de sens.

Le passage à l'acte permet une appropriation d'un groupe, d'un lieu, du corps. Il permet de considérer son propre corps comme un lieu, il permet à l'étudiant de se situer par rapport aux autres, en somme, il permet d'instaurer une « géographie du soi ».

Il y a ici un vilain paradoxe, les étudiants luttent contre leur sentiment de mal-être, mais semblent aussi avoir conscience que la souffrance psychique liée à un événement vécu est structurante, et que « vouloir en faire systématiquement l'économie serait falsifier l'existence »⁹⁰. De là semble naître le mal-être étudiant.

Bibliographie

TAVOILLOT P. H., 2007, **Philosophies des âges de la vie**, Grasset.

⁹⁰ E. ZARIFIAN, « Des paradis plein la tête », Odile Jacob, 1994.

BAILLY A., 1981, « La Géographie du bien-être », PUF,
SALEM G., RICAN S., JOUGLA E., 1999, **Atlas de la santé en France**, Vol 1, MIRE, J-L EUROTTEXT.
HUXLEY A., **Brave New World**, Plon, 1932.
ZARIFIAN E., 1994, **Des paradis plein la tête**, Odile Jacob.

¹¹² G. Sal, S. Rican, M.-L. Kürzinger, C. Roudier-Duval, *Atlas de la santé*, Tome 2, John Libbey Eurotext, 2006.



Lieux à risques. Lieux des risques



De quelques relations entre vulnérabilité individuelle, prise de risque et accidents de la circulation.

MORANGE Arnaud, Université de Caen, Lasar

Risque routier et inégalités

Il est parfaitement établi qu'il existe en France de fortes inégalités en matière de santé, de morbidité et de mortalité. Elles recoupent les catégories sociales, les niveaux de vie, les pratiques plus ou moins risquées selon les milieux d'appartenance¹¹². Un champ de recherche néglige toutefois cette question, celui de l'insécurité routière.

Si l'action récente des pouvoirs publics porte ses fruits avec une réduction importante du nombre d'accidents mortels, les études statistiques visant à améliorer encore la situation n'abordent pas réellement la question des inégalités face aux risques routiers. Il est vrai que les politiques françaises en matière de sécurité routière (road safety) sont historiquement empruntées d'un

behaviorisme qui fait de chaque conducteur l'égal des autres¹¹³. L'automobilisme¹¹⁴ correspondrait à une forme de « démocratie à l'œuvre »¹¹⁵, tous les conducteurs seraient interchangeables, tous égaux face au code de la route et au risque; c'est le sens de la campagne de prévention: « *Si chacun fait un peu c'est la vie qui gagne!* ». Tout au plus opère-t-on des distinctions entre diverses catégories ou classe d'âges: 'les jeunes conducteurs', les 'personnes âgées', les 'motards', etc ...; autant de groupes qui, s'ils peuvent avoir un sens pour établir des bilans statistiques, n'en n'ont peut être pas vraiment si l'on vise une prévention appliquée, une prise en compte effective de l'ensemble de causes qui interviennent dans la *réalisation* d'un accident.

Il existe certes des outils permettant de dégager des facteurs principaux d'accidents (vitesse, alcool, infraction de tel ou tel type, etc...), mais l'on ne s'est jamais véritablement intéressé au *contexte* qui entoure le conducteur au moment de l'accident (ou même, avant l'accident). Par 'contexte' nous entendons un environnement social, économique, professionnel, culturel; tout

¹¹³ M.-C. Jayet, « La lutte contre la conduite alcoolisée, l'option répressive et la théorie de la dissuasion dans le recours à la loi en sécurité routière », in G. Caro (dir.), *De l'alcoolisme au bien boire*, Paris, l'Harmattan, 1990, T.2, pp. 66-83.

¹¹⁴ Pour une définition de l'automobilisme en tant que système, voir notre notice « automobilisme », in Y. Dupont (dir.), *Dictionnaire des risques*, Paris, Armand Colin, 2003.

¹¹⁵ P. Yonnet, *Jeux, modes, masses*, Paris, Gallimard, 1985, p. 285.



ce qui peut contribuer de manière conjoncturelle ou régulière, à placer un individu en situation de fragilité peu compatible avec la conduite automobile. C'est le schéma décrit plus largement par le sociologue américain C. Wright Mills parlant d'une double inscription des individus: dans des « épreuves personnelles de milieu » et dans des « enjeux collectifs de structure sociale »¹¹⁶. Affectés par un ensemble de déterminants sociaux, tous les conducteurs ne se trouvent pas sur un même pied d'égalité lorsqu'ils s'installent au volant (ou au guidon) de leurs véhicules. Certains d'entre eux sont plus prédisposés à commettre un accident (dont ils sont en général les premières victimes) du fait d'une vulnérabilité intrinsèque qui vient potentialiser les facteurs 'classiques' du risque routier.

Une vulnérabilité multiforme

Cette 'fragilité' ou 'vulnérabilité' prend sur la route des formes très diverses et engendre des conséquences plus ou moins graves. Elle peut avoir des effets catastrophiques (au sens strict), comme, par exemple, dans le cas d'une personne en détresse psychique qui conduit en ayant absorbé une grande

¹¹⁶ C. Wright Mills, *L'imagination sociologique*, 1967, Paris, La Découverte/Syros, 1997.

quantité d'alcool associée à des médicaments. Mais elle se traduit aussi, plus banalement, par une absence relative de vigilance durant quelques minutes (et quelques kilomètres parcourus...), ainsi que chaque conducteur en a fait l'expérience en étant absorbé par telle ou telle pensée ou préoccupation, plongé dans une sorte de rêverie favorisée par le confort du véhicule et par l'effet narcotique de la vitesse¹¹⁷. Dans ce dernier cas, les conséquences tragiques sont heureusement rares, à moins que cette 'absence' soit particulièrement prononcée, prolongée, ou associée à diverses infractions (vitesse excessive, utilisation d'un portable...). La survenue sur la chaussée d'un événement plus ou moins imprévu devient alors fatale (traversée d'un animal, d'un piéton, freinage brutal, mauvaise manoeuvre d'un autre conducteur, ou même, ralentissement pour travaux pourtant annoncé...).

Combien de conducteurs soumis à des situations personnelles ou/et professionnelles qui stimulent le stress, incitent à la vitesse, provoquent une léthargie psychique, voire réelle à cause de différents produits consommés !

¹¹⁷ P. Virilio, *L'horizon négatif*, Paris, Galilée, 1984.



Témoignages

A titre d'illustration de ce que nous avançons, nous avons, ci-après, sélectionné plusieurs récits collectés lors de différentes études que nous avons menées auprès de conducteurs infractionnistes ou accidentés¹¹⁸.

- Un contexte professionnel (des personnels d'une université, accidentés durant le trajet domicile-travail) : « J'étais fatiguée, je pensais beaucoup au travail et je me suis rendu compte que

¹¹⁸ A. Morange (dir.) : *Mieux connaître et analyser les conduites automobiles à risque des personnels de l'Université de Caen Basse-Normandie. Contribuer à la mise en œuvre d'actions de prévention*, LASAR/Cellule Hygiène-Sécurité de l'Université de Caen, 2002 ; *Mieux connaître et analyser les conduites automobiles à risque des étudiants de l'Université de Caen et contribuer à la mise en œuvre d'actions de prévention*, LASAR/Préfecture du Calvados, 2002 ; *L'article R.6 de la Licence IV du code des débits de boissons et la sécurité routière*, Pôle 'Risques' MRSH Caen/ Institut de Recherche Scientifique sur les Boissons (IREB), 2005 ; *Evaluation et perspectives du dispositif de répression de la conduite sous l'emprise de drogues illicites*, Programme National de Recherche et d'Innovation dans les Transports Terrestres (PREDIT 2002-2006, GO 3), LASAR/Direction de la Sécurité et de la Circulation des Routes (DSCR), Ministère des transports, 2006.

j'avais occulté une partie de mon parcours, j'avais l'esprit ailleurs », « Avant l'accident, sur le parcours j'étais dans mon travail », ou encore : « Ce jour là (le jour de l'accident), il y avait des événements qui faisaient que je n'étais pas très attentive, je rêvassais... ». Un cas plus grave qui renvoie à la question du stress au travail : « C'était en fin de trimestre, j'étais physiquement fatigué et j'avais une réunion importante à la Présidence de l'université le lendemain, je me sentais débordé (...) Quand j'ai quitté mon bureau j'étais très fatigué, je me suis à moitié endormi sur l'autoroute et quand je me suis relâché, tout près de chez moi, j'ai raté un virage, je m'étais en fait endormi (...) On m'a retrouvé à la place du passager car en plus je n'avais pas mis ma ceinture ». Dernier cas, aux conséquences potentiellement importantes: « Quand je suis stressé ou fatigué je ralentis ou j'accélère pour arriver plus vite »....

Cette inattention flottante (jusqu'à l'endormissement) relève ici d'un état de fatigue ou de stress, mais elle peut aussi résulter d'une dépression plus profonde, ou, plus largement, de ce qu'Alain Ehrenberg a appelé une 'fatigue d'être soi', c'est-à-dire la manifestation du sentiment d'incapacité de se sentir, en tant que sujet, à la hauteur des attentes de la société¹¹⁹. Elle est

¹¹⁹ A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.



également quelquefois associée à des consommations plus ou moins excessives de produits altérant les capacités de conduire.

- Récits de récidivistes pour conduite sous l'emprise d'alcool :
« J'travaillais beaucoup par intérim, ça m'faisait beaucoup de route mais j'prends c'qu'on m'donne: maçonnerie, manœuvre, soudeur... faut pas être difficile ! Et puis pendant quelques temps, j'avais pas du tout de travail et besoin d'argent pour mon ex-femme..., enfin... mon ex-amie - on a un enfant ensemble - et elle traversait une mauvaise passe... J'ai donné tout ce qui me restait à vendre, donc pas grand chose... je touche 500 euros par mois, parfois seulement 300..., ça dépend... J'ai donné c'qui me restait. Et puis là... le cafard, le ras-le-bol général ! Qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai pris ma voiture, j'suis allé à l'épicerie, j'ai acheté deux bouteilles et j'suis allé dans un petit chemin m'prendre une cuite ! Et quand je suis r'parti, les gendarmes étaient là ! » .

Nous avons été frappés de la misère multiforme qui entourait ces conducteurs. S'ils sont effectivement, le plus souvent, malades alcooliques, leur univers est aussi constitué d'une précarité professionnelle, financière, familiale, affective et psychique. Leurs récits de vie montraient que l'on avait affaire, dans la durée, à une véritable 'co-construction' de l'alcoolodépendance et de la grande précarité.

« Mon père est tombé malade quand j'avais dix ans, sa maladie a duré cinq ans et puis... C'est là qu'ça a commencé ! Une bière, puis deux, puis les doses... L'école, j'ai arrêté à seize ans, puis, des p'tits boulots... puis l'armée... (...) J'me suis trouvé séparé de ma femme, elle est partie à cause de l'alcool... Et puis deux jours après, j'l'ai mal supporté donc j'ai re-bu ! Je m'suis fais avoir par les gendarmes, j'ai perdu mon permis, donc mon travail, ma femme, ma maison... tout s'est enchaîné... ».

Sans verser dans un misérabilisme façon Dickens ou Zola, on ne peut que constater qu'un alcoolisme de paupérisme, type 19ème siècle, subsiste dans des formes renouvelées. S'il ne s'agit plus d'échapper à son taudis en se rendant au bistrot comme le décrivait le docteur L. R. Villermé¹²⁰, on fuit tout de même les décombres d'une existence endommagée sur le plan matériel, familial, psychique... Certes, la souffrance individuelle et sociale n'est pas l'apanage des pauvres (on peut développer un alcoolisme dans des milieux qui, *a priori*, s'y prêtent moins, ou conduire la grosse cylindrée d'une princesse avec 1,75 g/l d'alcool dans le sang en sortant de l'hôtel Ritz...), mais l'accumulation d'une vulnérabilité psychique initiale, d'une condition socio-économique difficile, d'un processus de

¹²⁰ L.-R. Villermé, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*, Paris, J. Renouard, 1840.



disqualification sociale et familiale, contribue fortement à développer des conduites à risques. Pour le dire de manière plus triviale : on ne se tue pas parce qu'on est pauvre, mais parce qu'en étant pauvre on concentre en général une précarité multiforme, propice à l'accident dans une société où, par ailleurs, l'automobile est devenue quasi indispensable.

- Dans un autre registre, lors d'une étude consacrée à la prise de risque des étudiants de l'université (étude par questionnaire avec un échantillon de 875 étudiants), nous avons mis en évidence plusieurs corrélations entre inégalités et propension à transgresser le code de la route et prendre des risques.

Par exemple, s'il n'y avait pas un lien systématique entre l'équilibre familial de l'étudiant et les conduites à risque, on constatait néanmoins une tendance à l'infraction plus importante chez les enfants de parents divorcés. Cette propension était encore plus marquée concernant ceux dont l'un des parents était inconnu ou décédé.

On observait par ailleurs un lien marqué entre la qualité des relations familiales et l'infraction à la vitesse. Les conducteurs ayant des relations « conflictuelles et problématiques » avec leurs parents étaient bien plus infractionnistes que les autres. Au

contraire, les étudiants qui entretenaient de « très bonnes » ou « bonnes relations » avec leur famille roulaient moins vite.

Pareillement, lorsque les relations familiales étaient très bonnes, il était rare que l'étudiant indiquât avoir conduit en étant alcoolisé. A l'inverse, lorsque les relations familiales étaient plutôt mauvaises, la conduite alcoolisée était nettement plus présente.

Naturellement, même si nous avons éliminé divers biais d'interprétation de ces corrélations, nous ne pouvons dégager que des tendances. Mais celles-ci, dans cette étude comme dans les autres, indiquent bien la nécessité de considérer un ensemble de conditions propices à la prise de risque et à l'accident; ensemble qui dépasse le cadre trop strict de l'analyse experte en sécurité routière. Un conducteur étant nécessairement traversé de préoccupations intimes et soumis à un contexte social global, il convient d'élargir le modèle théorique communément retenu pour analyser un accident, à savoir un dysfonctionnement à la croisée de trois éléments (le conducteur, le véhicule et l'infrastructure), pour considérer également ce qui constituerait un quatrième élément : l'environnement social-historique et psychique du sujet conduisant.



Conclusion

Ces dernières années, nous avons obtenu en France une diminution sensible du nombre de tués sur les routes ; essentiellement au moyen de la répression. Mais, outre le risque que les citoyens ressentent négativement l'émergence d'une société de contrôle¹²¹, nous touchons sans doute actuellement aux limites des bénéfices des mesures répressives sur les routes (ce que confirment les chiffres récents de la Sécurité routière). Au traitement ordinaire de l'insécurité routière par les pouvoirs publics doit venir s'ajouter une approche renouvelée, que nous appellerons 'socio-anthropologique', et qui aborde le risque dans son articulation entre le social global ('les enjeux collectifs de structure sociale') et les réalités sensibles des conducteurs ('les épreuves personnelles de milieu').

Il s'agirait d'accepter l'idée que la réponse aux accidents de la circulation ne peut pas être seulement technique, qu'elle devrait être fondamentalement *politique*, au sens où elle entendrait se confronter aux réalités sociales et aux inégalités face au risque routier. Cette posture est traduisible sur le plan opérationnel. Il importerait par exemple d'élargir les capacités d'analyse des

accidents, que l'on puisse, à cet effet, recueillir un certain nombre d'informations dont on ne dispose pas pour l'heure dans les procès verbaux établis par les forces de l'ordre. Il conviendrait également que les équipes actuelles qui procèdent, à l'échelon préfectoral, aux 'enquêtes accidents', soient renforcées de psychologues et sociologues, compétents pour décrypter le contexte global de l'accident et l'environnement du conducteur responsable. Dans le monde du travail, que nous avons évoqué, il est possible de décider d'orienter les conditions de travail vers moins de facteurs d'absence au volant. Il est envisageable de donner plus de moyens d'action aux médecins du travail afin d'agir en ce sens. Rappelons enfin, pour conclure provisoirement, que les accidents concernent aussi ceux qui ne disposent pas (ou ne disposent plus), d'un travail rémunéré (ou suffisamment rémunéré) et que « cela les travaille », notamment en conduisant, au péril d'une 'absence' décisive. Et l'on mesure ici comment l'insécurité routière constitue réellement un miroir grossissant permettant de questionner la « disqualification sociale »¹²², et, plus largement, les dysfonctionnements de notre société.

¹²¹ G. Deleuze, « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle », in *L'autre journal*, n° 1, mai 1990.

¹²² S. Paugam, *La disqualification sociale*, Paris, P.U.F., 1991.



Bibliographie

- ARENDT H., 1983, **Condition de l'homme moderne**, 1961, Paris, Calmann-Lévy.

CASTEL R., 2003, **L'insécurité sociale**, Paris, La République des Idées/Le Seuil.

DEJOURS C., 1998, **Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale**, Seuil ;

EHRENBERG E., 1995, **L'individu incertain**, Paris, Calmann-Lévy.

ENRIQUEZ E. (avec HAROCHE C.), **La face obscure des démocraties modernes**, Ramonville Saint-Agne, Eres.

FREUD S., 1929, **Malaise dans la civilisation**, 1971, Paris, PUF.

LEBRUN J-P., 1997, **Un monde sans limites**, Ramonville Saint-Agne, Eres.

MELMAN C., 2002, **L'homme sans gravité**, Paris, Denoël.

WRIGHT MILLS C., 1967, **L'imagination sociologique**, Paris, La Découverte/Syros, 1997.



Comment santé et management peuvent devenir amis dans les organisations ? : Quelques remarques.

DESPRES François, Université de Rouen, doctorant IAE

Comment la santé peut-elle être associée sur les lieux de travail et sur le territoire dans les pratiques du management ?

Le management des organisations intègre des discours et des pratiques dans les stratégies, l'organisation et la communication des entreprises. Une nouvelle méthodologie est nécessaire pour observer contenus, contextes et processus de management et de comportements (Gilbert et al. 2005) dans une société métamorphosée (Drucker, 1993) : « *En quelques dizaines d'année la société se retrouve remaniée – dans sa conception du monde, ses valeurs fondamentales, ses structures sociales et politiques, ses arts et ses institutions. Sur de nombreux points on peut décrire à coup sûr ce qui ne fonctionne plus...* »

Responsabilité juridique, éthique managériale et individuelle, et comportements psycho-sociaux centrés historiquement en France sur l'individu citoyen sont progressivement globalisés dans la responsabilité sociale ou environnementale orientée vers

l'organisation, la société et la planète. La Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement en 1992 reprend dans son premier principe : « *Les êtres humains sont en centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature* ».

Progressivement, la philosophie des principes, des vertus et du sens des choses s'imisce dans le débat, par exemple avec l'essor de la responsabilité sociale d'entreprise (rse) ou *corporate social management* et le développement durable. L'espace du discours de la rse est cependant encore fortement concentré dans les « Pays du Nord » et nécessite d'être croisé avec le discours émergent des « pays du Sud ». Les problématiques de développement durable ne sont en effet pas les mêmes dans les grandes régions du monde et dans les grands secteurs d'activité. Des discours et pratiques se développent ainsi sur les lieux de travail, avec de nouvelles approches gestionnaires et la mise en avant de la promotion de la santé.

DES DISCOURS ET DES PRATIQUES DOMINANT SUR LES LIEUX DE TRAVAIL

Le management des organisations, le gouvernement des hommes, la conduite des affaires humaines, emploi dans ses



discours et ses pratiques, des thèmes dominants comme la performance, la qualité, le risque, le changement.

La formation, les représentations et les objectifs du manager intègrent cependant peu la santé comme préoccupation et comme domaine de connaissance, alors que la productivité des personnes est liée à leur état de santé. La santé au travail¹²³ est aussi un modèle de production et de connaissances quant aux effets directs et indirects des organisations, comme réflexion sur le modèle d'organisation de la vie en société et de développement de l'urbanisation et des transports, comme approche socio-économique et éthique. Pourquoi ne pas tenir compte de la santé ou d'une espérance de santé si l'on s'interroge sur le développement des compétences d'une personne sur le lieu de travail ?

DE NOUVELLES APPROCHES GESTIONNAIRES

L'échange de bonnes pratiques¹²⁴ tend à devenir un processus dans l'évolution du management. Ces bonnes pratiques

¹²³ La France applique depuis 2004 la réforme de la santé au travail dans les organisations, application avec retard de la Directive de l'Union européenne de 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (89/391/CEE).

¹²⁴ En sciences de gestion, ce thème issu des démarches autour de la qualité est étudié dans les pratiques managériales donnant la priorité à la coopération et aux organisations communautaires sur les lieux de travail.

représentent des solutions concrètes qui tendent à s'ouvrir aux autres organisations comme le montre la négociation actuelle au niveau mondial de l'Iso 26 000, sur la responsabilité sociale des organisations.

Mais la responsabilité sociale apparaît-elle autant dans la praxis ou bien aussi dans la structure ? Une organisation est-elle socialement responsable par son comportement ?

Les limites de la pratique apparaissent dans trois domaines : les concepts employés en priorité, la démarche stratégique du diagnostic et de la mise en œuvre, l'application de la pluridisciplinarité et de la pédagogie. L'équilibre entre trois piliers –l'environnement est la condition, l'économie un moyen et le social est l'objectif (Brodhag dans, Bourg et al. 2006)-, le territoire de la pensée et de l'action. A la recherche du développement durable, Lauriol (Gilbert et al. 2004) présente l'organisation à partir de quelques principes fondateurs autour de la notion d'éthique patrimoniale. Elle pourrait s'appliquer à la transformation de la logique et du système de la protection sociale en France. L'équité dans l'action -cousine de l'égalité en droit- pourrait-elle devenir l'enjeu éthique principal pour la prise de décision dans les organisations? Ces questions alimentent



d'ailleurs le débat sur le changement de paradigme provoqué par le développement durable (Gladwin, 1995).

LA PROMOTION DE LA SANTE SUR LES LIEUX DE TRAVAIL.

Les données sur la relation entre santé et développement nous envahissent comme pour faire prendre conscience de l'enjeu et aussi du drame humain, comme celui de l'amiante en France. Pays du nord et pays du sud sont à la fois demandeur de productivité, de bien être et de maintien d'un haut niveau de protection sociale collective dont le financement est mis en danger depuis les années 80. La force de travail diminue au nord et augmente au sud. Il est prévu la création de 2 500 millions de création d'emplois nouveaux dans les 50 prochaines années et notamment dans les secteurs à risques comme la construction et les mines. Aux Etats-Unis¹²⁵, les dépenses de santé représenteront 16 % du PNB en 2016 et les risques augmentent dans le domaine médical, psychologique, comportemental et

organisationnel. Le concept de maintenance de la santé¹²⁶ au travail apparaît pertinente pour les gestionnaires .

Pourquoi mettre l'accent sur la promotion de la santé dans l'organisation du travail ?

Les approches varient dans un contexte commun en Europe : celui d'une demande de productivité collective, celui d'une référence au bien être individuel et celui d'un vieillissement de la population. La réponse à cette demande passe par un besoin de multidisciplinarité ou de pluridisciplinarité pour répondre à une nécessaire approche globale. Dans le cas de cette organisation de santé au travail en Normandie, ont été interrogées 1690 entreprises de toutes tailles couvrant 70 000 salariés pour connaître leurs besoins. Le matériel et la méthode sont les suivants : un public cible de 10% des adhérents, représentatifs en terme de branches professionnelles et d'effectifs, et sélectionnés par les médecins avec un phoning précédé d'un questionnaire-courrier.

Les réponses traduisent la prépondérance de l'ergonomie (47 % des réponses), de l'organisation des secours (30 %) et des compétences fonctionnelles dans les attentes des employeurs avec un soutien méthodologique fort.

¹²⁵ Goetzel R.-Z. (2007), **The business case for investing in employee Health-The economic impact of health and productivity management**, presentation sous powerpoint à European Network of Enterprise for Health, 7-8 mai 2007, Rouen, France.

¹²⁶ Concept employé par le Professeur Caillard, Chef de Service Santé au Travail, CHU Rouen, membre de la Commission d'Orientation du PNSE en France.



Bibliographie

Aggeri F., Pezet E., Abrassart C., Acquier A., 2005, **Organiser le développement durable**, Vuibert/Ademe.

Autissier D., Wacheux F., 2006, **Manager par le sens**, Editions d'Organisation.

Beck U., 2002, **La société du risque**, Champs Flammarion.

Bourg D., GrandJean A., Libaert T., 2006, **Environnement et entreprises, en finir avec les discours**, Village mondial.

Capron M., Quairel-Lanoizelée F., 2007, **La responsabilité sociale d'entreprise**, La Découverte.

Chandler A.-D. , 1972, **Stratégie et structure de l'entreprise**, Les Editions d'Organisation.

Drucker P., 1993, **Au delà du capitalisme**, Dunod.

Gilbert P., Guérin F., Pigeyre F., dir.,2005, Organisations et comportements, nouvelles approches, nouveaux enjeux, Dunod.

Gladwin T.N., Kennelly J.J, 1995, Shifting paradigms for sustainable development: implications for management theory and research, **Academy of management review**; oct, Vol.20 Issue 4, p874, 34p.

Koenig G., 2004, Management stratégique, projets, interactions et contextes, Dunod.

Mintzberg H., 2003, **Structure et dynamique des organisations**, 16^{ème} édition, Editions d'Organisation.

PNSE, 2004, Plan national santé-environnement, rapport de la commission d'orientation, La Documentation française.

PricewaterhouseCoopers, **Le guide du développement durable**, Ecobilan, Editions d'Organisation

Prigogine I., Stengers I., 1986, **La nouvelle alliance**, Folio essais, Gallimard.

Rosé J.-J. , dir., 2006, **Responsabilité sociale de l'entreprise**, De Boeck, Bruxelles.

Sen A., 2003, **Un nouveau modèle économique**, Odile Jacob poches.



Vivre au pied des usines, choix et nécessité

FLANQUART Hervé, Université du littoral, Institut des Mers du Nord

HELLEQUIN Anne-Peggy, Université du littoral, Institut des Mers du Nord

VALLET Pascal, Université de Saint Etienne

Diguebourg est un « village » de 370 habitants environ, situé en zone périurbaine et qui n'a plus d'autonomie administrative, puisqu'il est associé à la ville centre de l'agglomération dont il fait partie. Il est enclavé dans une zone industrialo-portuaire importante, et bordé sur deux côtés par une raffinerie et une usine chimique classées Seveso (sur les autres côtés, les usines sont un peu plus loin...). La quasi-totalité du bâti est composé de maisons individuelles, dont certaines sont occupées par leur propriétaire, d'autres louées par des bailleurs sociaux, d'autres encore, les moins nombreuses, louées par des propriétaires privés. Il n'existe qu'un immeuble de logement collectif, composé de quatre logements, deux seulement étant occupés au moment de l'enquête.

Du fait de sa proximité avec des usines polluantes et dangereuses, ce village est sans conteste à classer parmi les zones urbaines potentiellement génératrices de maladies liées à l'industrie (et même de mort en cas d'accident majeur), et ne constitue donc aucunement le lieu dans lequel on rêve *a priori* d'habiter. L'espace de vie des habitants est marqué par de nombreuses nuisances olfactives et sonores, qui s'ajoutent aux risques encourus.

Dans ce contexte de danger et de pollutions aériennes, vivre au pied des usines relève de stratégies résidentielles *a priori* difficiles à expliquer. Selon le principe des inégalités écologiques, qui fait que plus les ménages sont pourvus en capital économique (et souvent culturel) plus ils possèdent de latitude dans le choix de leur lieu de résidence, on devrait voir se concentrer à Diguebourg les familles les moins riches, celles qui sont le plus victimes de la précarité sociale : « les richesses s'accumulent en haut, les risques en bas » écrit Ulrich Beck (2001, p.63). Pourtant, une enquête - par questionnaire et observation ethnographique - menée dans le village en mars 2006 montre que ce n'est pas exactement le cas. Si l'on peut situer la plupart des ménages dans les classes moyenne basse et populaire, les catégories relativement aisées ne sont pas totalement absentes et le taux de chômage est tout à fait



comparable à ce que l'on peut constater dans le reste de la région.

S'installer à Diguebourg :Un village non dépourvu de qualités

Pour comprendre ce phénomène, il faut considérer que le choix d'un lieu de résidence ne repose pas sur le seul critère des risques encourus en matière de santé et de sécurité vitale. D'autres facteurs interviennent, et quand on les prend en compte, on doit reconnaître que Diguebourg est loin d'être un village sans qualités. C'est ce que l'on constate lorsque l'on interroge les Diguebourgeois adultes sur les principaux attraits qu'ils trouvent au lieu. D'abord, l'immense majorité n'a éprouvé aucune difficulté pour sélectionner trois items parmi la liste de ceux qui leur était présentés. Ensuite, si la plupart des avantages proposés ont recueilli des suffrages, ceux-ci se sont surtout portés sur les propositions en rapport avec ce que l'on peut nommer (pour l'opposer au « mode de vie urbain » tel que décrit par Louis Wirth (1990), avec son anonymat, ses relations humaines basées sur des rôles segmentés, « la réserve mutuelle d'individus dépourvus de liens » (p.271), le « mode de vie villageois ». Ainsi, la tranquillité, la vie de village, le bon voisinage, ont été choisis, en premier, en deuxième ou en troisième, par respectivement 66, 46 et 44% des répondants (Cf.

tableau n°1). Le solarium, la salle de sport, la piste de vélo cross, le portique et les jeux pour les enfants...), la proximité de la ville centre ont également été souvent cités, ce qui nuance ce qui vient d'être dit et évoqué plutôt « la vie de village péri-urbain)

Les attraits de Diguebourg (3 choix possibles)	Nombre de citations	Fréquence
La tranquillité	104	66%
La vie de village	72	46%
Le bon voisinage	70	44%
Le niveau d'équipement	56	35%
La proximité de Dunkerque	40	25%
La proximité de la plage	28	18%
La possibilité de jardiner (+élevage)	18	11%
Autre	17	11%
La beauté, le charme du site	14	9%
La proximité de l'A16	13	8%
La faiblesse des impôts locaux	2	1%
total		

Tableau 1 : Les principaux attraits de Diguebourg vu par ses habitants.

Source : Enquête Institut des Mers du Nord, 2006.



Ainsi, certaines familles trouvent leur intérêt à s'installer à Diguebourg. Mal pourvues en différents types de capitaux (économique, social, culturel), mais pas totalement déshéritées, elles savent, de manière confuse ou non, que le choix de leur résidence est fait sous contrainte – de revenu essentiellement –, et que Diguebourg constitue pour elles un choix qui n'est pas sans rationalité. Quitter ce village entouré d'usines polluantes et potentiellement dangereuses, ce serait peut-être gagner en sécurité, en qualité de l'air respiré, mais ce serait également perdre sur d'autres plans. Cela transparaît dans les propos de cet homme dans la trentaine, résidant en caravane avec sa femme et ses trois enfants et associé à un projet d'accession à la propriété dans le village, quand il déclare aimer la vie qu'il mène à Diguebourg entre deux déplacements pour son travail. Il apprécie tout particulièrement le calme du village et l'accès facile à la plage du Break, pourtant adossée à un ouvrage artificiel construit pour protéger l'entrée du port industriel : « On y retrouve un peu la nature, c'est caché par une digue ». Et quand il compare l'environnement dont il bénéficie à Diguebourg à celui de la ville minière qui l'a vu grandir, il est sans hésitation : « Par rapport à la ZUP de Lens, je préfère Diguebourg ! ».

Aussi, si on considère, comme le dit Jean Cavaihès (2005), s'appuyant sur la méthode des prix hédonistes, que le choix du

lieu d'habitation se fait en prenant en considération, en plus des qualités propres au logement, les possibilités qu'il offre en consommation d'accessibilité, de biens publics et d'aménités, Diguebourg est loin d'être sans intérêt. Surtout pour ce qui est des deux derniers points évoqués : l'importance des équipements publics et, surtout, la tranquillité d'un village situé à quelques kilomètres d'une grande ville.

Par ailleurs, le prix raisonnable auquel se négocie le plus souvent l'immobilier à Diguebourg attire celles et ceux qui rêvent d'un pavillon de bonne facture dans un endroit calme et qui ne possèdent pas totalement les moyens financiers de leur ambition. Ainsi, ce jeune couple - dont la femme est employée dans une entreprise artisanale de services à la personne et l'homme actuellement en recherche d'emploi -, qui a acheté il y a peu une maison de construction récente. Interviewés, ils ont concédé avoir « fait une bonne affaire ». Ce couple n'est pas le seul à avoir fait ce choix, qui permet à des familles appartenant aux classes populaires, ou qui sont économiquement fragilisés, de réaliser leur rêve d'habitat des classes moyennes. Le confort de l'habitation, son apparence cossue sont là et bien là, le danger que l'on court à vivre à proximité de la raffinerie et de l'usine pétrochimique sont hypothétiques et peuvent se laisser oublier. Opère ici le processus d'euphémisation du risque, de déformation



de la réalité pour justifier son choix à ses propres yeux (Heimer, 1988 ; Peretti-Watel, 2001)

On peut donc dire que la situation du village apporte de nombreuses aménités à la population. De plus, la grande zone commerciale de l'agglomération est distante de quelques kilomètres et permet un accès rapide aux hypermarchés alimentaires, d'équipement et de loisirs.

Enfin, le village apparaît très protecteur pour ces populations. De nombreux réseaux familiaux traversent le village. Ainsi parents et enfants adultes voient, mais aussi des fratries se reconstituent lors des transactions immobilières.

Choisir les risques que l'on subit

Les risques encourus par tout à chacun sont multiples et relèvent de domaines variés; ils sont, si l'on reprend la typologie définie par Robert Castel (2003), sociaux, naturels et technologiques. Ils constituent un « bouquet », que chacun peut composer comme il l'entend, sachant que, à l'inverse de ce qui se passe chez le fleuriste, moins on aura de capital économique, plus il sera gros¹³⁸. Certains peuvent arbitrer en faveur d'une meilleure

¹³⁸ Néanmoins, comme le souligne U. Beck, « sur le volcan de la civilisation », même les riches ne sont pas à l'abri du danger, puisque « le

protection contre certains risques et accepter de la payer en augmentant par ailleurs leur exposition à d'autres dangers. Ainsi une habitante, locataire d'une maison HLM à Diguebourg et mère de trois adolescents, nous a déclaré « préférer » la proximité des usines, dont elle ne néglige pas la dangerosité, aux dangers qui, selon elle, guetteraient ses fils si la famille habitait dans une ville de mauvaise réputation. La faiblesse des revenus du foyer ne lui permet que cette alternative. Payer une meilleure protection contre la petite délinquance, contre les nuisances de la vie dans les quartiers périphériques de l'agglomération par une plus grande exposition aux pollutions et au risques industriels semble être un choix que beaucoup d'habitants du village font, consciemment ou pas.

Rester à Diguebourg. Une majorité qui veut rester

S'installer à Diguebourg est une chose, s'y projeter dans l'avenir en est une autre. A un moment de son histoire résidentielle, on peut choisir, pour profiter de certaines aménités, sinon d'ignorer du moins de sous-estimer les dangers pour la santé et la vie que

mode de propagation des risques se caractérise par l'*effet boomerang* » (2003, p.67). Le sociologue allemand évoque ici aussi bien les centrales nucléaires, le réchauffement de la planète, la pollution des sols et la disparition d'espèces animales et végétales, etc.



font courir les sites industriels Seveso installés à proximité du village ; mais, à un autre moment, on peut se donner d'autres priorités et opérer un autre choix.

Le dépouillement des questionnaires permet de mettre en évidence qu'une majorité d'habitants du village envisage d'y rester à l'horizon de 10 ans. Si la majorité est courte (51% contre 43%), le chiffre doit être analysé en ayant à l'esprit que quelle que soit la commune où la question aurait été posée (même une commune privilégiée présentant de nombreuses aménités et exempte de menaces particulières pour la santé ou la sécurité), une minorité d'habitants aurait répondu qu'ils projetaient de partir. Parce que les projets professionnels, le désir vivre au large, de passer sa retraite dans le sud de la France, etc. auraient habités certains répondants. Aussi, même en l'absence de base de comparaison peut-on estimer que Diguebourg ne constitue aucunement un village « de transit », dans lequel on s'installerait pour des raisons particulières et une courte durée et que l'on « fuirait » dès que l'occasion s'en présenterait.

Le choix contraint des plus pauvres

Une fois posé le fait que la majorité veut rester à Diguebourg, si on veut aller plus loin et tenter de comprendre qui veut partir et

pourquoi, il est nécessaire de pratiquer des analyses par tris croisés, en confrontant le projet résidentiel à 10 ans et quelques autres variables susceptibles de l'expliquer.

Résidence projetée à 10 ans	Statut d'occupation du logement	ne sait pas	à Diguebourg (même logement ou autre)	Dans le Nord – Pas-de-Calais	ailleurs	Total
Propriétaire		14%	57%	12%	17%	100%
Locataire, ss-locataire ou logé à titre gratuit		3%	61%	18%	18%	100%
Total		9%	59%	15%	17%	100%

Tableau 2 : Projet de vie à 10 ans selon le statut d'occupation du logement. Source : Enquête Institut des Mers du Nord, 2006.

Le tableau 3 met en évidence que ce n'est pas le fait d'être propriétaire ou locataire de son logement qui est déterminant



dans la volonté de quitter Diguebourg ou d'y rester : les chiffres sont proches et la faiblesse de l'échantillon ne permet guère d'approfondir la question. Quel que soit le statut d'occupation de son logement, c'est en fait le Diguebourgeois à faibles revenus qui se projette le moins en dehors du village à l'horizon de dix ans. Dans cette population appartenant aux classes populaire et moyenne basse, la frontière de revenu mensuel par foyer qui semble pertinente en matière de projet de résidence est de 1.000 euros (Cf ; tableau 2). En dessous, les deux tiers envisagent de rester à Diguebourg et seule une personne sur cinq a l'intention d'aller résider hors de la région (Nord - Pas-de-Calais) ; au-dessus, la moitié projette de rester, et pour l'autre moitié, ceux qui veulent partir, il faut franchir la base des 3.000 euros mensuels, pour que le projet résidentiel sorte du cadre de la région et s'ouvre aux destinations plus lointaines (le sud de la France surtout). Pour les ménages les plus pauvres, qui comptent parmi eux la plupart des personnes de plus de soixante-dix ans, le facteur de l'âge peut encore renforcer la tendance à vouloir rester dans le village, puisque l'on sait que le taux de mobilité géographique diminue fortement avec l'âge (Debrand et Taffin, 2005, p.132).

Résidence à 10 ans	Revenu mensuel	À Diguebourg	dans le Nord - Pas-de-Calais	Ailleurs ne sait pas	TOTAL	
moins de 1000 €		63%	12%	19%	6%	100%
de 1000 à 2000 €		52%	21%	17%	10%	100%
de 2000 à 3000 €		49%	20%	18%	13%	100%
+ de 3000 €		50%	7%	43%	0%	100%
TOTAL		10%	52%	18%	20%	100%

Tableau 3 : Projet de vie à 10 ans selon le revenu mensuel du foyer.

Source : Enquête Institut des Mers du Nord, 2006.

Le ménage pauvre et/ou âgé est d'une certaine manière « prisonnier » de Diguebourg : acheter ailleurs il ne le peut pas



(ou alors d'un logement plus modeste), louer ailleurs, il ne le peut que dans des quartiers difficiles ou « sans qualités »¹³⁹.

Conclusion

Etre exclus (ou « désaffilié », pour reprendre le terme de Robert Castel, 1995), ce serait ne plus pouvoir exercer le moindre choix, ce serait subir complètement son sort. Les habitants de Diguebourg ne sont généralement pas dans cette situation ; pour la plupart, s'ils prennent des risques avec leur santé et leur sécurité, c'est d'abord parce qu'ils les pensent mesurés, et ensuite pour bénéficier d'aménités et minimiser d'autres risques. Dans l'échelle de liberté et de contrainte concernant le choix de son domicile que l'on peut imaginer s'étaler entre deux pôles, celui où le choix serait total, où l'individu ou la famille résiderait à l'endroit et dans le logement de ses rêves, et celui où le choix serait nul, où l'individu ou la famille habiterait dans le seul lieu qui lui est accessible, les Diguebourgeois occupent une position intermédiaire. Et il est difficile de dire si elle est plus proche du premier pôle que du second. Ceux d'entre eux qui sont les moins

¹³⁹ Du fait de l'enchérissement des biens immobiliers, le locataire modeste a moins de facilités pour acheter son logement que dans le passé : entre 1979 et 1984, 38% des locataires de HLM ont réussi à acheter un logement, contre 28% seulement entre 1995 et 2002, et ce malgré la mise en place des prêts à taux zéro (Debrand et Taffin, 2005, p.129)

« risquophobes » apprécient les attraits du village et pensent qu'il existe des lieux encore plus dangereux (notamment ceux qui offrent peu de sécurité civile) pour eux et leur famille ; ceux qui sont les plus sensibles aux pollutions industrielles et aux dangers technologiques, peuvent vouloir partir s'ils en ont les moyens, ou se sentent obligés de rester plus ou moins contre leur gré si leurs ressources sont faibles.

Bibliographie

- BECK U., 2001, **La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité**, Paris, Champs Flammarion.
- CASTEL R., 1995, **Les Métamorphoses de la question sociale : Une chronique du salariat**, Paris, Fayard.
- CAVAIHES J., 2005, « Le prix des attributs du logement », **Economie et Statistique** N° 381-382.
- DEBRAND T. et TAFFIN C., 2005, « Les facteurs structurels et conjoncturels de la mobilité résidentielle depuis 20 ans », **Economie et Statistique** N° 381-382
- HEIMER Carol A., 1988, Social structure, psychology, and the estimation of risk, p. 491-519, **Annual Review of Sociology**, n°14.
- LE BRETON D., 2002, **Conduites à risques**, Paris, Presses Universitaires de France.



Actes du colloque Santé, exclusion, risque et lieu

PERETTI-WATEL P., 2000, **Sociologie du risque**, Paris, Armand Colin.

WIRTH L., 1990 [1938], « Le phénomène urbain comme mode de vie » *in* GRAFMEYER Y. et JOSEPH I. (éditeurs), **L'École de Chicago. Naissance de l'Écologie Urbaine**, Paris, Aubier.



Penser autrement les limites spatiales et normatives de la nuisance

BOCÉNO Laurent, Université de Caen, Dyreso, Centre Maurice Halbwachs, UMR 8097(CNRS, EHESS, ENS)

Le 26 avril 1986, un des réacteurs de la centrale nucléaire de Tchernobyl explose. Cet évènement a été abondamment étudiée par de nombreux auteurs de disciplines diverses mais il n'a été que rarement question des limites entendues comme des bordures symboliques et normatives instituées face à une pollution mortelle sans frontières. Nous suggérons qu'il peut y avoir un intérêt à utiliser le concept de « sociopathologie » pour désigner les conséquences morbides de l'irradiation sur les populations concernées en les appréciant à la fois comme un processus et un état, comme une notion d'épidémie et de pathologie collective dont la prise en compte par les acteurs et les systèmes sociaux tout comme leurs évaluations se révèlent incontournables pour comprendre le mode de territorialisation du désastre. Sans délimitations, les autorités ne peuvent agir ; sans l'établissement de normes et de labels, sans zonage ou déplacement de populations, une nuisance diffuse et

immédiatement pathogène ne peut faire l'objet d'un traitement administratif. C'est ce que montre l'analyse de l'histoire de Tchernobyl qui, avec vingt ans de recul, peut de ce point de vue, aujourd'hui être porteuse d'enseignements.

Chronologie des espaces de la nuisance

De mensonges en dénégations, après de trop longs atermoiements, les autorités soviétiques admettent la réalité de l'explosion du réacteur 4 de la centrale Lénine de Tchernobyl. Elles décident d'évacuer les abords de la centrale. La mise en œuvre de l'évacuation commence à 14 heures, le 27 avril (Medvedev, 1990, 218), soit 36 heures après l'explosion. L'urgence semble légitime à la population et cela facilite l'évacuation. A cette époque, la ville voisine de la centrale, Pripjat, compte environ 50 000 habitants. Construite pour accueillir les employés de la centrale et leur famille, elle doit être abandonnée, totalement vidée. Une autre mesure d'évacuation est prise. Elle concerne une zone circulaire de 30 kilomètres de rayon, centrée sur le réacteur. Sur cet espace, après l'explosion, environ 110 000 habitants vquaient à leurs occupations et tâches quotidiennes (Medvedev, 1990, 47).

La décision d'évacuation nuira finalement à la santé des populations. Elle a été prise en fonction d'une problématique



privilégiant les niveaux de contamination des sols aux effets et évolutions pathogènes. Toujours est-il que les décisions prises par les autorités favorisent des conséquences sociopathologiques dans ces régions contaminées. Le rapport au milieu est donc, ici, à considérer du point de vue de l'incorporation pathogène que l'individu peut, plus ou moins, facilement éviter.

Des normes arbitraires

Des procédures paradoxales de relogement ont été mises en place. Avec d'autres, nos recherches montrent que des décisions d'évacuation ou de maintien ne correspondaient parfois, que fort peu à une évaluation précise de l'état radiologique de l'environnement. Ainsi, des habitants, parmi les plus exposés à la contamination n'ont pas été informés de ses dangers ; d'autres personnes, plusieurs années après. Cela concerne, par exemple, des habitants délogés d'une zone contaminée pour être relogés dans une autre zone tout aussi contaminée (Bocéno, 2000) ou d'autres évacués d'urgence... en 1992, six ans après l'explosion. L'urgence est fort relative. Il s'agit autant de la maîtrise de l'évènement que de ses conséquences sanitaires. La seule véritable action de protection sanitaire menée par les autorités concerne l'évacuation des habitants vivant à proximité de la centrale. Elle ne devait durer que quelques jours mais elle devint

permanente. C'est bien une action sélective car les habitants un peu plus éloignés ont été maintenus dans leurs logements; l'évacuation a été politique avant d'être sanitaire. Il fallait moins protéger les populations des retombées radioactives que masquer l'intervention sur la centrale en évacuant les témoins.

Le temps et la mémoire

La temporalité, construit appréhendé et intériorisé, change de forme et de dimension. Les rythmes sociaux imposés deviennent différents. La perception des durées et des temporalités change. Le changement social radical imposé va précipiter l'émergence de nouveaux modes d'organisation du vivre ensemble où ceux « d'avant », des « anté-tchernobyl » apparaissent.

Les gestionnaires chargés de Tchernobyl font disparaître les supports de l'invisible. Autour de Tchernobyl, dans des espaces et périmètres déterminés par l'administration, des maisons, des villages évacués ont disparu, engloutis sous les coups des engins de terrassement. Il existe des traces de ces villages au Musée de Kiev dédié exclusivement à la catastrophe de Tchernobyl. Elles y sont scénarisées car les villages n'existent plus. Ils ne subsistent que dans les lieux de mémoire qui leur sont dédiés. Soumis à une accélération du temps, ils ne subiront pas son usure, ils sont virtuels et cette mise en scène empêchera pour longtemps la



démarche archéologique car la mémoire n'est plus à construire, elle est offerte dans une forme de toute puissance idéologique. Il ne faut plus fouiller l'humus radioactif pour retrouver les traces du passé : elles sont là dans le musée. Cela permet, tout en modelant et modélisant la mémoire en un lieu, d'éviter un travail d'archéologie politique d'autant plus dangereux que si la contamination ensevelie est importante, c'est aussi sa symbolique qui menace les proches générations futures.

Conclusion

Pour de nombreuses familles évacuées, Tchernobyl est devenu une catastrophe par l'évacuation forcée autant, voire plus, que par les conséquences écologiques. C'est à partir de cette contrainte de déracinement qu'elles se sont appropriées de nouvelles dimensions de leur environnement. C'est une des particularités de la catastrophe sanitaire de Tchernobyl¹⁴² que de se déployer sans atteindre l'esthétique environnementale et paysagère qui forme la quotidienneté (Clavandier, 2004). La plupart des acteurs ont été privés des variations sensorielles qui

¹⁴² Cette approche peut être utilisée pour les pollutions environnementales discrètes pour lesquelles aucun changement d'état de l'environnement n'est visible. L'explosion de Bhopal relève de notre point de vue de cette approche, tout comme la dioxine à Seveso ou encore l'« agent orange » défoliant utilisé au Vietnam par l'armée des Etats-Unis entre 1961 et 1971 qui fait toujours des victimes parmi les enfants issus de la troisième génération d'habitants du pays.

permettent une prise de distance significative par la conscience de l'évènement. Alors, pour ces acteurs dépossédés de repères, le décryptage de la situation se fonde presque exclusivement sur la confrontation aux mesures administratives, sans que rien de tangible, palpable ou identifiable ne puisse servir de support. Tchernobyl apparaît *a posteriori* comme une catastrophe silencieuse et discrète d'autant plus importante que la menace impose de recourir à une médiation qui fragilise les acteurs en invalidant leurs recours traditionnels aux refuges et aux réassurances du quotidien ; ceux-là mêmes qui fondent la communauté. Ils ne sont pas seulement restreints dans leurs initiatives présentes et futures mais aussi confrontés à une rupture autant brutale que surdéterminée par l'état de l'environnement. Les acteurs doivent faire face à une nouvelle obligation sociale d'être et de vivre ensemble, faire face à une nouvelle société.

Bibliographie

Alexiévitche S., **La supplication. Tchernobyl**, chroniques du monde après l'apocalypse, Lattès, 1998

Bocéno L., **De La Hague à Tchernobyl. Lorsque la mesure physique est confrontée au rapport social**, in Vulnérabilités et technosciences, Mana n° 4, PUC, 1998



Bocéno L. et al., **Vivre en zone contaminée ou les paradoxes de la gestion du risque**, in *Connaissance et risque, Innovations et sociétés*, n°1, PUR, 2000

Clavandier G., **La mort collective. Pour une sociologie des catastrophes**, CNRS Editions, 2004

Duclos D., **Les industriels et les risques pour l'environnement**, L'Harmattan, 1991

Girard P, Hériard-Dubreuil G., **Conséquences sociales et psychiques de l'accident de Tchernobyl. La situation en Ukraine, sept ans après l'accident**, Rapport pour la Commission des Communautés Européennes (JSP2), Mutadis Consultants, 1994a ; Un premier bilan des effets psychiques et sociaux de Tchernobyl, in *Bulletin de radio-protection*, Vol. 29, n° 3, 1994 b ; Conditions de vie dans les territoires contaminés huit ans après l'accident de Tchernobyl. Gestion du risque radiologique en Biélorussie : évaluation de la situation dans le district de Tchettersk, Rapport pour la Commission des Communautés Européennes (JSP2), Mutadis Consultants, juin 1995 ; Confiance sociale et gestion post-accidentelle : les leçons de l'accident de Tchernobyl, in *Annales des Mines*, n° 3, Juillet 1996

Godard O. (dir.), **Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines**, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme / INRA Editions, 1997

Gurvitch G, **Dialectique et sociologie**, Flammarion, 1962

Hall T., Edward, **La dimension cachée**, 1966, Seuil, Trad. Fr. 1971

Jeudy H.-P., **Au miroir des catastrophes**, in *Les silences de Tchernobyl*, Autrement, 2004

Lagadec P., **La civilisation du risque. Catastrophes technologiques et responsabilité sociale**, Seuil, 1981

Medvedev G., **La vérité sur Tchernobyl. 4 ans après, les révélations d'un grand scientifique russe**, Albin Michel, 1990

Nesterenko V., **L'Europe aurait pu devenir inhabitable**, in *Les silences de Tchernobyl*, Autrement, 2004

ONU, **Chernobyl's legacy : Health, environmental and socio-economic impacts**, Forum Chernobyl, 2005

Pobel D., Viel J.-F., **Case-control study of leukaemia among young people near La Hague nuclear reprocessing plant : the environmental hypothesis revisited**, *British Medical Journal*, 11 January 1997, Vol. 314

Weber M., **Economie et société**, Librairie Plon, 1971, 2 tomes

Yarochinskaïa A., **Tchernobyl, vérité interdite**, Les Editions de l'Aube/ARTEL, 1993 ; **Absolument confidentiel : les autorités soviétiques face à la catastrophe**, in *Les silences de Tchernobyl*, 2004



Perceptions profanes de la transformation de la nature du littoral.

Le cas du comté du Kent (RU) : amélioration ou détérioration de la situation sanitaire ?

STEWART J, University of Greenwich, School of health and social care

MEERABEAU L, University of Greenwich, School of health and social care

Ce travail s'appuie sur des recherches conduites dans le cadre d'un projet INTERREG 3 A. Il examine les inégalités et les comportements de santé dans le Sud-Est de l'Angleterre et dans le Nord de la France et s'intéresse plus particulièrement aux perceptions profanes des déterminants de santé, ainsi qu'aux statuts et opportunités en matière de santé. Ce papier s'intéresse aux résultats identifiant les transformations de la nature des villes côtières dans le Sud-Est de l'Angleterre.

Collecte des données

Afin de répondre aux objectifs fixés par le projet un ensemble de « focus groups » furent organisés. Ils permirent d'étudier une

gamme de vues et de perceptions dans un environnement semi-structuré. Les treize groupes cherchèrent à être socio-économiquement et géographiquement représentatifs des habitants du Kent, du Medway, de l'East Sussex, de Brighton et Hove. Dans cette perspective, l'indice de Townsend fut utilisé pour définir les groupes à partir du niveau de défaveur sociale.

Résultats

Les résultats de cette étude montrent que les populations percevaient traditionnellement le bord de mer comme étant d'une part, favorable à la santé mais plus récemment, elles tendent d'autre part, à le considérer comme étant moins attractif pour les séjours de vacances. Dans le cadre des focus groups, les participants furent surpris d'apprendre que les faibles niveaux d'espérance de vie tendaient à être concentrés dans les régions côtières. Dans huit des treize groupes, les participants commentèrent et exprimèrent ainsi leur surprise.

À la question portant sur les possibles raisons de cette plus faible espérance de vie dans les régions côtières, les participants considèrent qu'un grand nombre de ces régions étaient traditionnellement des stations balnéaires mais que plus récemment elles tendent à perdre leurs sources de revenus. Ceci les conduit ainsi à accueillir des populations défavorisées, en



raison de la diminution des flux touristiques traditionnels de plus en plus tournés vers des destinations étrangères.

Au sein des groupes, un consensus s'est dégagé : les hôtels et les bed and breakfast des régions côtières étaient devenus des lieux d'accueil pour les sans-logis. Les personnes considèrent que de nombreux ménages étaient en train de quitter ces régions côtières, engendrant une concentration de populations défavorisées et conduisant à une forte demande de services locaux. Ceci semble ainsi avoir changé la nature entière des stations balnéaires en créant une nouvelle population exclue socialement dans les logements à loyers modérés et dans les beds and breakfast, et vivant à côté de la population d'origine. Ces changements présentent de nouveaux enjeux pour les acteurs politiques.

Ainsi, les participants des groupes soulignèrent les facteurs liés au logement comme étant au cœur du problème : notamment l'installation des ménages vulnérables dans les beds and breakfast, mais aussi la concentration d'autres ménages à bas revenus dans le besoin. De manière intéressante, le renouvellement urbain a été identifié comme étant une réponse politique clé en commençant à considérer les problématiques spécifiques des régions côtières, comme celle de réutiliser des propriétés vacantes.

Conclusion

Le gouvernement britannique a identifié cette tendance générale et le caractère spécifique des anciennes stations balnéaires. Les membres du gouvernement ont aussi reconnu que le comté du Kent a des besoins locaux et spécifiques qui proviennent du fait que les anciennes stations cernent mal les problèmes, contrairement aux autres régions côtières qui elles bénéficient d'autres financements.

Une réponse locale est nécessaire. Elle doit attribuer les besoins immédiats à la fois aux nouvelles et anciennes populations, et mettre en place un programme de régénération de grande ampleur adapté à chaque localité et sur le long terme qui pourrait ainsi renverser le cycle de la diminution de la santé. Bien que ceci soit déjà en place dans certaines régions, le déclin général n'est pas encore arrêté et des réponses politiques fondées sur des circonstances, des besoins et des valeurs locales sont demandées.

Bibliographie

ALLEN, K., 2007, "Beached Progress", **Inside Housing**, 9, March.

<http://www.insidehousing.co.uk/2007/documents/features/IH.0>



[70309.032-035.pdf](http://www.insidehousing.co.uk/2007/documents/features/IH.070309.032-035.pdf)}[http://www.insidehousing.co.uk/2007/ documents/features/IH.070309.032-035.pdf](http://www.insidehousing.co.uk/2007/documents/features/IH.070309.032-035.pdf) (March 2007)

Communities and Local Government Select Committee (CLG), 2007, **Communities and Local Government Committee Coastal Towns: Second report of Session 2006/7**, Online. Available

<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/c/mcomloc/351/35102.htm> (March 2007)

Hatchett, W., 2007, Editorial: No 'riviera' for EHPs, **Environmental Health News**, 2 March: 2.

STEWART., J., BUSHELL, F., AND HABGOOD, V., 2005, **Environmental Health as Public Health**, London, Chadwick House Group Ltd

STEWART. J., MEERABEAU., E., RUSTON, A., CLAYTON, J., KNIGHT, A., CARMICHAEL., K AND BRADSHAW., V (ongoing) **Health and Health Related Behaviour in South East England and Northern France: An investigation of the views and perceptions of residents in Kent, Medway and Nord Pas de Calais of health determinants, health status and opportunities for health improvement: a qualitative study.** University of Greenwich, Unpublished

Office of the Deputy Prime Minister (ODPM) , 2006, **Housing,**

Planning, Local Government and the Regions Committee: Coastal Towns Session 2005-06, Written Evidence, London: House of Commons

Wall, W., 2007, EHOs close 'lethal' Torquay house, **Environmental Health News**, 2 March 2007: 1.

Weaver, M., 2007, "Cities 'dumping' problem families in seaside towns", **The Guardian**, Wednesday March 7, online. Available <http://www.guardian.co.uk/britain/article/0,,2028397,00.html> (March 2007)

Acknowledgements

EU InterReg IIIA for funding, COSPH project colleagues and supporters, and the PCTs and Health Authorities who commissioned the surveys in England (see also www.cosph.com)



L'hôpital dans la mondialisation, un nouveau lieu d'exclusion ?

CHASLES Virginie, Université de Lyon 3 Jean Moulin

La mondialisation des mouvements de population génère de l'interaction culturelle que l'on retrouve au sein même de l'hôpital, puisque les migrants sont de plus en plus nombreux parmi les patients. Cette interaction entre ces patients et le monde médical peut donner lieu à des problèmes de communication interculturelle, qui elle-même peut entraver le recours aux soins. La difficulté inhérente à ce contexte est d'autant plus importante, que ce n'est pas simplement une différence de langue qui se pose. En effet, la difficulté majeure tient davantage à la rencontre de systèmes de références pluriels, qui se singularisent notamment par des conceptions de la santé, de la maladie, du corps ou bien encore de l'hôpital qui leur sont propres. Et, dans tous les cas, il semble bien que cette situation soit source de vulnérabilité supplémentaire pour le patient immigré. Ceci nous amène à nous demander si aujourd'hui, dans certains contextes, l'hôpital ne constitue pas un

nouveau lieu d'exclusion vis-à-vis des populations qui viennent d'ailleurs.

Un hôpital, des patients.

L'hôpital a toujours constitué un lieu d'exclusion vis-à-vis de certaines populations. Les inégalités les plus anciennes de ce point de vue sont bien entendues les inégalités sociales, qui peuvent stigmatiser le malade non seulement selon sa position sociale mais aussi, le cas échéant, selon le degré de déviance attaché à sa pathologie¹⁵⁶. Aujourd'hui, ces inégalités demeurent et se trouvent même cristallisées par le système médical lui-même¹⁵⁷. En effet, il convient de rappeler que l'hospitalité repose sur un double principe : celui d'ouverture et de fermeture. Ce principe de fermeture reposant lui-même sur un double critère : celui de la position sociale, et plus particulièrement du statut assurantiel du patient et celui de l'intérêt thérapeutique qu'il présente. Dans tous les cas, les inégalités sociales persistent, et ceci malgré l'extension progressive de la protection sociale.

¹⁵⁶ ADAM P. & HERZLICH C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin, 2004.

¹⁵⁷ CARRICABURU D. & MENORET M., *Sociologie de la santé*, Armand Colin, 2005.



Par ailleurs, si la maladie et sa prise en charge sont socialement définies, elles le sont également culturellement et ceci se manifeste d'un double point de vue. Tout d'abord, il se trouve que la classe sociale produit une culture de la santé et de la maladie. En effet, par exemple, il se trouve que les classes populaires sont réticentes à se percevoir comme malade et se font soigner plus tardivement. A l'inverse, l'écoute de son corps et le recours à la médecine préventive est typique des classes moyennes et supérieures¹⁵⁸. Ensuite, si on prend la culture dans son acception la plus large, celle-ci introduit également de la différenciation, puisque les conceptions de la santé et de la maladie ne sont pas équivalentes d'une société à une autre¹⁵⁹. Ainsi, le profil culturel du patient peut affecter l'exercice de la médecine et le recours aux soins. Concernant les conceptions de la maladie¹⁶⁰ et de ses causes, plusieurs études ont montré un décalage entre les causes exprimées par le patient et celles exprimées par le monde biomédical¹⁶¹. Ceci pose avant tout des problèmes de suivi des traitements préconisés. De même, la

relation entre le malade et le médecin ne répond pas aux mêmes codes et n'autorise pas les mêmes gestes d'une culture à une autre (tabou de la nudité, rapport entre les sexes). Dans tous les cas, les conséquences de ces échecs de communication entre médecins et patients peuvent être préjudiciables : diagnostics erronés ou tardifs, multiplication de gestes thérapeutiques inutiles et coûteux (temps, argent, douleur), suivis mal appropriés ou bien encore non-conformité des traitements médicaux prescrits par le médecin.

L'hôpital, un lieu d'exclusion de l'interculturalité ?

La réponse de l'hôpital à ce contexte est quelque peu limitée, puisqu'elle repose essentiellement sur la traduction. Concernant ce point, différentes façons de faire sont à l'oeuvre. Tout d'abord, le plus fréquemment, il s'agit de solliciter une personne proche du patient. Mais, dans certains cas, pour des raisons éthiques ou thérapeutiques, il n'est pas envisageable d'avoir recours à un membre de la famille ou à une personne connue du patient pour effectuer une traduction. C'est pour cela que certains hôpitaux ont recours à des médiateurs culturels, qui ont avant tout pour rôle de traduire de façon professionnelle et de préciser le discours médical. Mais la présence d'un intermédiaire linguistique comporte inexorablement des répercussions sur l'interaction

¹⁵⁸ PERETTI-WATTEL P., *La société du risque*, Édition la Découverte, 2001.

¹⁵⁹ ZBOROWSKI M., *People in pain*, Jossey-Bass edition, 1969.

¹⁶⁰ CURTIS S. & LAWSON K., *Gender, ethnicity and self-reported health: the case of African-Caribbean populations in London*, *Social Science and Medicine*, 50, 2000, pp. 365-385.

¹⁶¹ JOHNSTON M.E. & HERZIG R.M., *The interpretation of « culture »: diverging perspectives on medical provision in rural Montana*, *Social Science and Medicine*, 63, 2006, pp. 2500-2511.



entre le médecin et le malade, puisque, notamment, l'interprète ne traduit pas de façon exhaustive ce qui se dit. L'information résiduelle qui est alors donnée correspondant à la fois à ce qui est compris et à ce qui est traduisible, ceci étant jugé par rapport aux normes sociales, culturelles mais aussi selon la charge critique et émotive contenue dans la situation. Dans tous les cas, on voit que la question de l'interprète peut poser des problèmes dans la qualité de la rencontre. Mais elle pose également d'autres problèmes, qui ont trait cette fois à l'éthique, et plus particulièrement au non-respect du secret médical et, de toute façon, traduire les mots de l'autre ne suffit pas à le comprendre. Alors, dans certains cas, pour faciliter la rencontre interculturelle entre le corps médical et le patient, aux Etats-Unis tout particulièrement, depuis plusieurs années les formations médicales introduisent un enseignement « interculturel ». En France, par contre, ceci reste rare, ce qui est là en cohérence avec les fondements républicains, qui reposent avant tout sur le principe d'universalité. Par ailleurs, on pourrait légitimement penser que la présence de personnels soignants étrangers soit une solution. Concernant ce point, le personnel médical se mondialise lui aussi, les professionnels de la santé des pays en développement s'expatriant dans les pays développés. Mais si ceci peut répondre à la barrière linguistique, ce n'est pas suffisant pour gérer l'interculturalité du fait notamment de

l'immutabilité des protocoles de soins. De toute façon, l'emploi de personnel étranger n'a pas pour objectif premier la gestion de la rencontre interculturelle, mais simplement la gestion de la pénurie de personnel.

A la distance sociale qui peut se mettre en place entre le malade et le médecin du fait du décalage dans les savoirs et les statuts¹⁶², peut donc s'ajouter une distance culturelle du fait de mode de pensée différent. Autrement dit, les soins non circonstanciés peuvent compromettre l'efficacité de la prise en charge. C'est pour cela qu'on peut se demander si l'exclusion ne se renforce pas au sein de l'hôpital, les malades étant inégaux face aux soins du fait d'une double inégalité : sociale et culturelle, l'une et l'autre étant exacerbée par le processus de mondialisation.

Bibliographie

ADAM P. & HERZLICH C., 2004, **Sociologie de la maladie et de la médecine**, Armand Colin.

¹⁶² LE BRETON D., *Soins à l'hôpital et différences culturelles*, in CAMILLERI C. & COHEN-EMERIQUE M., *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, L'Harmattan, 1989, pp. 165-191.



CARRICABURU D. & MENORET M., 2005, **Sociologie de la santé**, Armand Colin.

CURTIS S. & LAWSON K., 2000, "Gender, ethnicity and self-reported health: the case of African-Caribbean populations in London", **Social Science and Medicine**, 50, pp. 365-385.

GESLER W.M., 1995, « Aspects culturels des systèmes de soins de santé », in **Bulletin de la Société Neuchâteloise**, n° 39, pp. 155-162.

GRABER M. & GIROD I., 2001, « Communication entre soignants et patients migrants dans différents services hospitaliers », in **Actes du VIII^{ème} Congrès de l'Association pour la Recherche Interculturelle (ARIC)**, Université de Genève – 24-28 septembre.

JOHNSTON M.E. & HERZIG R.M., 2006, "The interpretation of « culture »: diverging perspectives on medical provision in rural Montana", **Social Science and Medicine**, 63, pp. 2500-2511.

LE BRETON D., 1989, « Soins à l'hôpital et différences culturelles », in CAMILLERI C. & COHEN-EMERIQUE M., **Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel**, L'Harmattan, pp. 165-191.

PERETTI-WATTEL P., 2001, **La société du risque**, Édition la Découverte.



Synthèses



Retranscription et synthèse des débats

*ELIOT Emmanuel, Université du Havre, CIRTAI- UMR IDEES 6228
CNRS*

En raison du caractère pluridisciplinaire et pluriculturel du colloque, les débats ont principalement porté sur deux points. Le premier a discuté de l'usage et de l'analyse de certaines notions utilisées différemment par les chercheurs britanniques et français (Comparaisons). Le second s'est intéressé aux modalités d'intégration de nouvelles problématiques par les champs disciplinaires (Postures).

COMPARAISONS : Exclusion / Deprivation

Une première série de discussions a porté sur les travaux de comparaison des systèmes de soins français et britanniques.

Les intervenants (A. Palmer (U. Kent), B. Dervaux (U. Catholique de Lille), A. Bourgeaux (U. Rouen)) ont montré les difficultés inhérentes à la collecte des données destinée à mesurer les faits de santé entre les deux ensembles régionaux, mais aussi la nécessité d'analyser les phénomènes de manière non segmentée, en ne s'intéressant pas, par exemple,

uniquement à certains types de producteurs de soins. Ceci étant, le terme anglais de « deprivation » reste difficile à appréhender en français. Certains auteurs l'ont traduit par le terme de « défaveur sociale » (B. Dervaux (U. catholique de Lille)). Dans la littérature anglophone, le terme renvoie cependant à une définition assez précise. Il s'agit avant tout d'un cadre d'interprétation sociale. La notion identifie certaines populations: celles exclues, ayant un niveau d'éducation peu élevé, étant dans une grande pauvreté socio-économique, celles possédant peu d'informations et ayant une difficulté à rebondir dans des situations de crise. Ces populations résident de manière privilégiée dans des espaces isolés, enclavés et dans lesquels les problèmes d'accessibilité sont nombreux (A. Palmer, L. Jenkins (U. Kent)). F. Bodin (U. Lille 1) note cependant que la situation britannique est différente de celle de la France. En effet, la déréglementation des transports collectifs amorcée en 1986 au Royaume-Uni a en effet contribué à isoler certaines populations: celles en périphérie des villes, et celles en zones rurales.

Une deuxième série de discussions a cherché à s'interroger sur la mesure de cette précarité / deprivation.

La construction d'indicateurs permettant de mesurer la « deprivation » ou la « défaveur sociale » reste difficile. La prise



en compte de facteurs uniquement matériels comme par exemple la possession ou non d'une voiture reste de toute évidence incomplet, comme le souligne B. Steck (U. Le Havre). Le développement d'enquêtes analysant par exemple, la part consacrée par les ménages aux dépenses de transport, ou encore, la mobilité réelle en termes de sorties par mois, par jour... permettrait de proposer une analyse plus précise du « degré » de mobilité de ces individus et de ces groupes. E. Eliot (U. le Havre) relève aussi les difficultés posées par le transfert des indicateurs britanniques de « deprivation » à des situations françaises. En effet, ces indicateurs sont culturellement et socialement construits et appréhendent des contextes différents. A ces deux remarques, B. Dervaux (U. catholique de Lille) répond cependant que l'objectif final de l'utilisation de ces indicateurs en France est de parvenir à construire des indicateurs multiples prenant à la fois en considération la « défaveur » matérielle et sociale. Dans le travail conduit avec les partenaires britanniques dans le cadre du programme INTERREG 3A COSPH (<http://www.cosph.com>), l'indicateur retenu est celui proposé par P. Townsend¹⁷⁰ en 1988. Une série de validations avait été préalablement effectuée par l'Observatoire Régional de la Santé

du Nord-Pas-de-Calais. Parmi d'autres indicateurs de « deprivation »/ défaveur sociale construits par les auteurs britanniques depuis une vingtaine d'années, il était apparu comme étant statistiquement le plus discriminant. En outre, la construction d'indicateurs de « deprivation multiple » - récemment identifiés dans la littérature anglophone - nécessitait des séries de données que les services sanitaires français ne possédaient pas en routine.

En France, les travaux analysant la relation pauvreté-santé à l'aide d'indicateurs sont en tout état de cause peu nombreux. Les productions des caisses primaires d'assurance maladie constituent cependant une exception. Les responsables de ces centres ont en effet cherché à mesurer si les centres mis en place pour accueillir les populations les plus démunies répondaient bien à leur mission. Ils ont donc conduit récemment un travail sur les indicateurs de défaveur sociale. Etant donné la rareté des travaux en France, les possibilités de transferts offertes par les travaux britanniques sur la « deprivation » sont nombreuses. Certes, l'indicateur est une construction sociale mais le transfert peut reposer sur l'analyse des propriétés métrologiques de l'indicateur, afin de vérifier s'il est discriminant. L'utilisation de ces indicateurs dans une perspective comparative permet en effet de mettre en valeur certaines spécificités (A-P Hellequin (U. Littoral)). En effet, la normalisation par âge et par

¹⁷⁰ Townsend P., Phillimore P., Beattie A., 1988, **Health and deprivation: inequality and the North London** Croom Helm.



sexe sur l'ensemble des deux régions prises en compte dans l'analyse (Nord-Pas-de-Calais, Kent) permet de montrer l'effet « résiduel » des régions de Brighton et Hove. L'une des explications possibles réside dans le constat d'un déséquilibre entre deux groupes de populations : l'une anciennement arrivées et âgées, et l'autre, plus récemment installées et plus jeunes (B. Dervaux U. catholique de Lille).

Handicap / Disability

Un premier ensemble de discussions a porté sur la notion de handicap et sur les manières de l'interpréter (A. Alaszewski (U. Kent), R. Scelles (U. Rouen), M. Mus (U. Le Havre). Comme le précise A. Alaszewski (U. Kent), le terme de handicap utilisé par les chercheurs français est fortement connoté et renvoie à des constructions sociales. L'étymologie de handicap est : « hand » et « cap ». Le terme fait donc référence à la mendicité de personnes ayant des troubles physiques. Le terme anglais de « disability » permet à la fois de dépasser ce problème en prenant en considération la grande variété des situations, et en ne mettant pas seulement l'accent sur des problèmes physiques. R. Scelles précise en outre que la situation de handicap est productrice de souffrances, en particulier chez les enfants. La distinction entre handicap inné et acquis reste aussi très

discutable. En effet, il semble plus pertinent de prendre en considération les fonctions atteintes. En effet, les problèmes sont très différents pour des personnes possédant un même handicap physique mais avec des déficiences cognitives visuelles et praxiques très différentes.

Un deuxième ensemble de discussions a cherché à interroger les objectifs de l'aménagement. B. Dervaux (U. Catholique de Lille) se demande ainsi si certains types d'aménagements urbains n'entrent pas en contradiction avec certaines politiques destinées aux personnes handicapées. Par ailleurs, A-P Hellequin (U. Littoral) se demande si les questions de l'incivilité et du respect des aménagements peuvent être prises en considération dans les travaux conduits par les aménageurs. En réponse à ces différentes questions, F. Bodin (U. Lille 1) précise que le problème majeur réside dans l'inadéquation entre l'usage de l'espace par les populations, dont les personnes à mobilité réduite, et la conception de l'espace porté par les personnes en charge des aménagements urbains.. Selon lui, l'une des manières de résoudre ces problèmes est l'éducation, et en particulier celle des enfants. Elle permettrait d'intégrer les déficiences comme étant une normalité. Ces difficultés ou contradictions sont aussi selon E. Bonnet avant tout liée aux difficultés de concertation entre les services de voirie de la ville et ceux en charge de l'accessibilité (E. Bonnet (U. Lille 1). La



concertation et la communication entre les différents services en charge de l'aménagement urbain permettraient de résoudre certains problèmes.

POSTURES : Analyser les risques

Une première série de débats a porté sur la capacité de certains modèles d'interprétation géographique des risques à intégrer le comportement des individus et des groupes (B. Dervaux (U. Catholique de Lille). E. Zimmermann (U. Caen) a explicité le modèle présenté dans sa communication et a montré que le travail répondait avant tout à un objectif : celui d'apporter des outils d'aide à la concertation aux acteurs et aux gestionnaires, dans le cadre de l'élaboration de plans de prévention des risques technologiques et de l'organisation des secours. Toutefois, la dimension comportementale a été prise en compte, mais de façon indirecte, en effectuant un bilan de l'organisation du territoire étudié et en réalisant des cartes de typologies de la population. En fonction des contraintes du site (rues étroites, présence ou absence d'un système d'alerte...) et des types de populations, ces dernières n'auraient pas les mêmes comportements au cours d'une catastrophe ou d'une alerte.

Une seconde série de débats a porté sur la prise en compte des caractéristiques de comportements individuels ou collectifs dans les analyses des risques (B. Dervaux (U. catholique de Lille), H. Flanquart (U. Littoral), H-P Hellequin (U. littoral) A. Alaszewski (U. Kent)). Cette prise en compte mériterait d'être plus grande même si elle existe. B. Dervaux cite à cet égard l'exemple de l'enquête française *Delta-Insee* dans laquelle, à partir de questions sur la vie courante, une analyse des populations face aux risques et à l'avenir a pu être effectuée. H. Flanquart (U. Littoral) note que les enquêtes issues des recherches conduites avec H. Flanquart et P. Vallet montrent que l'avenir n'est pas envisagé de la même façon selon les catégories sociales. En d'autres termes, la projection dans l'avenir varie en fonction des capitaux -qu'ils soient économiques, sociaux ou culturels- des individus. L'introduction dans l'analyse de questions portant sur les valeurs des individus permet de déterminer des types d'individus possédant certains types de valeurs et de croiser ces informations avec leurs attitudes face aux risques. En outre, les variables de l'âge, du sexe, de la catégorie socioprofessionnelle ou du niveau de diplômes ne sont pas assez discriminantes, en particulier sur de petits échantillons d'enquêtes. L'introduction d'informations portant sur les valeurs permet ainsi d'effectuer des recompositions plus précises et de dépasser les analyses simples sur l'identité sociale.



A l'égard des comportements face aux risques, A. Alaszewski (U. Kent) se demande pourquoi les individus prennent des risques. La littérature en langue anglaise fait ainsi une distinction entre la prise volontaire de risque (*voluntary risk taking*) et la prise de risque infligée (*imposed risk taking*). L'expérience anglaise est à nouveau intéressante. Les jeunes britanniques atteignent le premier rang européen en matière de prises de risques. Ils sont sexuellement plus actifs que les autres jeunes Européens, consomment plus d'alcool et prennent plus de drogues. L'explication pourrait résider dans un ensemble de facteurs tournant autour de l'estime de soi, de la confiance et de la prise de décision. Par exemple, les jeunes britanniques considèrent qu'ils peuvent bien mieux apprécier le risque que leurs parents. Ces interrogations forment un ensemble complexe qui dépasse les seules approches professionnelles.

Nouvelles problématiques, nouveaux objets d'études

Les discussions ont porté sur les possibilités offertes par les disciplines à intégrer de nouvelles problématiques. A cet égard, A. Alaszewski (U. Kent) s'interroge sur la capacité de la géographie à prendre en considération de nouveaux phénomènes sociaux comme les méthodes de transports à « coût zéro » (internet) qui désincarnent les individus et qui produisent des

communautés virtuelles. A cette question, B. Steck (U. Le Havre) considère que le découplage progressif entre la dimension physique / matérielle des lieux et le fait que les groupes humains peuvent vivre et agir en dehors de toute proximité physique - grâce en particulier à la communication à distance et à l'internet - interroge les géographes. Toutefois, la dimension physique de la corporéité individuelle et collective reste forte. Certes, les moyens techniques transportant des images, des connaissances ou des informations, contribuent à cette mobilité contemporaine. En fait, cette question interroge le pouvoir et la façon dont il s'empare du commandement des lieux, à partir de lieux eux-mêmes mobiles. Le pouvoir est en fait mobile et est transmis par des réseaux d'informations. Toutefois, les conflits restent, quant à eux, physiques.

Les discussions ont aussi identifié l'émergence de nouvelles problématiques de l'exclusion, liées aux transformations des systèmes de santé à l'échelle mondiale.

A la suite de la présentation des travaux de V. Chasles (U. Lyon 3) se demandant si l'hôpital n'était pas en train de devenir un nouveau lieu d'exclusion, B. Dervaux (U. Catholique de Lille) présente une expérience conduite dans au sein des hôpitaux de l'université catholique de Lille. La mise en place d'une



consultation de sourds et malentendants par des personnels soignant sourds et connaissant le langage des signes a ainsi permis de prendre en considération les codes et les peurs des personnes venant consulter. Les problèmes ont en d'autres termes été résolus par « capillarité culturelle ». A. Palmer (U. Kent) présente, quant à elle, le cas du Royaume-Uni où une partie de la population immigrée de la première génération se trouve en effet parfois confrontée à des difficultés d'accès aux services de santé. Ces problèmes sont particulièrement présents dans les services de troubles mentaux dans lesquels ces populations peuvent être écartées et exclues. A cet égard, V. Chasles (U. Lyon 3) considèrent que les problèmes sont différents selon les services hospitaliers. Les problèmes se posent ainsi de manière plus vive dans les services de psychiatrie et de gynécologie obstétrique. Ils ont d'ailleurs été les premiers à mettre en place des formes d'organisation ou d'action. Les pratiques issues des travaux d'ethnopsychiatrie comme ceux du psycho-anthropologue T. Nathan constituent des exemples (L. Bocéno, U. Caen). Les solutions proposées même si elles apportent un réel changement tendent cependant à développer de nouvelles formes d'exclusions, certes plus au niveau de l'individu, mais du groupe ou de la communauté (E. Eliot (U. Le Havre)).



Questions clés soulevées par les communications de la conférence « Santé, exclusion, risque et lieu »

Alaszewski Andy, CHSS, de l'université du Kent, Centre for Health Services Studies, Université du Kent, CT2 7NF, UK

La conférence franco/britannique du programme Interreg LINKS + 2 a étudié trois thèmes majeurs : 1- exclusion / précarité / privation/ défaveur, 2- santé et 3- risque. Cette synthèse examine la contribution apportée par ces articles à la compréhension de leur interaction avec le concept de lieu.

Privation et exclusion

La conférence s'est caractérisée par une nette différence d'accent entre les communications des deux parties. Les Britanniques se sont concentrés sur la « deprivation » (privations, défaveur) tandis que les Français se sont intéressés à l'exclusion sociale. Il est cependant évident que ces deux concepts sont liés. Le manque de ressources joue en effet un rôle important dans l'exclusion sociale. De même, les individus ne disposant pas de

capital physique et social rencontreront des difficultés à assumer pleinement leur rôle de citoyens. R. Scelles (U. Rouen) a exploré les manières dont les institutions de soins françaises ont privé des adolescents ayant des difficultés d'apprentissage de leurs droits à la pleine citoyenneté, en les traitant comme des enfants.

La différence d'accent a cependant été manifeste entre les différentes interventions. A. Palmer et L. Jenkins (U. Kent) démontrent ainsi que, dans les zones côtières anglaises, les taux élevés des indicateurs de défaveur sociale et de morbidité/mortalité sont directement liés. Il est manifeste que des processus sous-jacents d'exclusion sociale existent. A cet égard, J. Stewart et E. Meerabeau (U. Greenwich) les ont appréhendés à l'aide de données qualitatives qui leur ont permis d'examiner les perceptions de la privation / défaveur dans les villes côtières. Les populations ayant fait l'objet d'une enquête ont ainsi admis qu'y était effectivement concentrée une population « vulnérable/dangereuse ».

Les Français se sont davantage concentrés sur les processus d'exclusion sociale. B. Steck (U. Le Havre) a examiné les processus d'enclavement, et les manières dont différentes formes d'éloignement et d'isolement ont joué un rôle dans l'exclusion d'individus et de groupes. F. Bodin et E. Bonnet (U. Lille 1) se sont penchés sur les barrières physiques produites par



l'environnement urbain, occasionnant ainsi une gêne pour les handicapés. De son côté, E. Eliot (U. le Havre) a étudié les moyens employés par les acteurs politiques de Bombay en vue de rendre les quartiers centraux de la ville « inconfortables » pour certains groupes marginalisés, comme les prostituées et les Musulmans, contraints de se replier dans d'autres quartiers de la périphérie.

En fait, la différence d'accent reflète la différence des traditions universitaires et politiques entre les pays. Dans de nombreux pays d'Europe, plus particulièrement ceux de tradition catholique, les politiques sociales de protection des individus se réalisent par l'intégration des populations à l'intérieur du collectif. Dans son classique « le suicide : étude de sociologie » (1897), E. Durkheim met en évidence les manières dont le manque d'intégration sociale contribue à l'augmentation des taux de suicide, en s'aidant, notamment, du concept d'anomie pour expliquer le processus de mise à distance entre l'individu et le groupe social. Sa cartographie des suicides et son analyse des rapports à des formes diverses d'intégration sociale reste influente. Dans le même ordre d'idées, B. Laniepe (U. Rouen) étudie comment certains individus ne parviennent pas à s'intégrer dans la communauté étudiante et deviennent ainsi vulnérables au suicide.

En revanche, il existe au Royaume-Uni une tradition séculaire traduite par l'importance accordée à l'individu, ainsi que par la philosophie utilitariste telle qu'elle s'est exprimée au cours du XIX^{ème} siècle. À titre d'exemple, J. Bentham (1748-1832) a soutenu que l'objet de la politique sociale était de « donner le plus de bonheur possible au plus grand nombre ». Suivant cette tradition, une des préoccupations majeures du gouvernement britannique est donc de garantir que tous les individus puissent disposer des ressources minimales leur permettant ainsi d'assumer leur rôle de citoyens à part entière. Ce souci s'exprime clairement dans les préoccupations liées à la pauvreté infantile, ainsi que dans le domaine de la santé publique dont l'un des principaux objectifs est de réduire les différences de classes en matière de morbidité et de mortalité. Il existe à cet égard un lien étroit entre le travail des universitaires qui identifient la privation, et l'action gouvernementale qui doit y faire face. C'est ce qu'indique A. Palmer (U. Kent) quand elle dresse la carte de la défaveur sociale et de la mauvaise santé, ainsi que celle des disparités entre besoins et ressources.

Ces différences traduisent par ailleurs une différence dans la nature et le rôle du lieu. La privation/ défaveur tend à s'organiser en zones ou en espaces. L'on obtient ainsi, outre un agrégat de mesures, une représentation visuelle des différences sous la



forme de moyennes, ainsi qu'une corrélation entre les différentes cartes liées à la privation/ défaveur, à la morbidité, à la mortalité et aux services. La cartographie permet donc de visualiser les inégalités. E. Propeck-Zimmerman (U. Caen) a elle aussi utilisé cette méthodologie en établissant des cartes de l'emplacement d'industries à risque par rapport à des zones de populations, et a ainsi mis en valeur le danger auquel elles étaient exposées. L'exclusion peut être aussi cartographiée, et des interactions identifiées, comme dans l'analyse d'E. Eliot (U. Le Havre) sur le VIH à Bombay. Toutefois, ces cartes comprennent également les déplacements d'un point à un autre, définissant ainsi les barrières et les frontières entrant en jeu dans l'exclusion d'individus qui, à certains égards, sont différents. F. Bodin et E. Bonnet (U. Lille 1) le mettent en évidence dans leur cartographie des voies et des barrières entravant la circulation des handicapés physiques à Villeneuve d'Ascq. Cependant, la cartographie conjointes de la privation/ défaveur et de l'exclusion pose un problème. Ce procédé permet de rendre visible ce qui autrement ne le serait pas, mais présente le risque de créer une confusion entre le physique et le symbolique. La privation ou les inégalités rendues visibles peuvent acquérir une réalité et une vie propres. C'est particulièrement évident chez C. Bröer (2007) qui précise que la carte des nuisances sonores aériennes a précédé la reconstruction de l'aéroport de Schipol aux Pays-Bas après la

deuxième guerre mondiale, et même avant le développement des voies aériennes ou des vols réguliers. Une fois tracée, cette carte a façonné les conceptions des nuisances sonores et les réponses qu'elles appelaient.

Santé et « disabilities »

Il existe un solide corpus documentaire dans le domaine de la santé et des « disabilities ». Dans le cadre de cette conférence, ces deux éléments ont avant tout été traités en tant que catégories objectives mesurables. A-P Hellequin/ H. Flanquart/ P. Vallet (U. Littoral, U. Saint-Etienne) et J. Stewart/ E. Meerabeau (U. Greenwich) se sont attaqués à la nature « socialement construite et contestée de la santé » (Nettleton, 1995). A-P Hellequin/ H. Flanquart/ P. Vallet (U. Littoral, U. Saint-Etienne) montrent comment les habitants d'un village situé à proximité d'un complexe industriel potentiellement dangereux définissent leur milieu de vie comme un endroit où il fait bon vivre, tandis que J. Stewart et E. Meerabeau (U. Greenwich), de leur côté, démontrent comment un même lieu au bord de la mer peut être tout à la fois considéré comme étant bénéfique et nocif pour la santé.

Le traitement de la santé en tant que phénomène objectif et mesurable peut se révéler de toute évidence utile. Par exemple,



F.Bodin/ E. Bonnet (U. Lille 1), ainsi que M. Mus (U. Le Havre), ont examiné les manières dont les personnes en situation de handicap étaient limitées par les barrières physiques au sein de la cité. A. Morange (U. Caen) a étudié les facteurs qui ont augmenté la vulnérabilité des individus aux accidents de la route. À l'aide de ces approches, les chercheurs peuvent ainsi agir en tant que médiateurs entre les individus exclus/souffrants et les responsables politiques, en identifiant les lieux et les groupes à cibler pour réduire les inégalités et l'exclusion. Une approche similaire a été réalisée dans une étude sur la privation / défaveur à Bridlington. Les prestataires locaux en matière de soins s'en sont servis pour obtenir le financement du programme gouvernemental « Sure Start » qui se consacre à la réduction de la privation / défaveur chez les enfants (Alaszewski and Alaszewski).

Toutefois, le danger est que la corrélation puisse basculer en causalité et que des lieux dans lesquels un lien entre défaveur et mortalité est observé considérés comme la cause même de ces problèmes. Dans le cas de Tchernobyl, comme L. Boceno (U. Caen) l'exprime dans son article, le lien entre le lieu (la centrale nucléaire) et la maladie semble aller de soi, et la réponse au danger consiste à isoler et à détruire la menace, soit, en l'occurrence, à construire un sarcophage de béton. Si Tchernobyl

reste un puissant symbole de l'Ukraine et est considéré par la population environnante comme la cause principale de ses maux actuels, la preuve épidémiologique se révèle en réalité plus équivoque. Il est en effet important de considérer la part active des individus dans la gestion du risque. À titre d'exemple, A-P Hellequin/ H. Flanquart/ P.Vallet (U. littoral, U. Saint-Etienne) montrent comment les résidents d'un petit village à proximité d'usines potentiellement dangereuses définissent leur habitat comme un endroit où il fait bon vivre.

La définition de certains lieux jugés dangereux peut cependant conduire à des politiques sociales qui préconisent leur destruction. Au Royaume-Uni, les experts en santé publique ont défini les quartiers pauvres des centres des grandes villes comme des lieux générateurs de maladie, et en particulier des maladies infectieuses telles que la tuberculose. Après la deuxième guerre mondiale, dans le cadre du développement du planning social, un programme a ainsi décidé de leur élimination et du relogement de leurs occupants dans des cités neuves constituées de tours. Vers la fin du vingtième siècle, ces grands ensembles s'étaient transformés en cités défavorisées avec les problèmes de drogue et de violence, alliés à la peur et à l'angoisse de résidents vulnérables. Aujourd'hui, certains de ces ensembles ont été rasés. Les programmes d'élimination des quartiers pauvres n'ont cependant pas su identifier les manières dont leurs occupants



géraient le risque. Cette gestion était effectuée essentiellement par des rapports de soutien mutuel, et tout particulièrement au sein de familles étendues. Ces programmes ont donc fragmenté les communautés et ont sapé le développement du soutien et de la confiance par le remplacement des familles étendues par des familles nucléaires.

Risque et incertitude

U. Beck (1998) souligne que dans la société moderne actuelle, le risque est un concept clé qui fournit un moyen de gestion de gestion de l'incertitude, en reliant le passé, le présent et l'avenir.

« La société du risque commence là où s'arrête la tradition, c'est-à-dire lorsque, dans tous les domaines de la vie, il n'est plus possible de considérer les certitudes traditionnelles comme allant de soi. Moins nous nous fions aux sécurités traditionnelles, plus nous avons à négocier les risques. Plus il y a de risques, plus il y a de décisions à prendre et de choix à opérer » (1998, p. 10).

Risk society begins where tradition ends, when, in all spheres of life, we can no longer take traditional certainties for granted. The less we rely on traditional securities, the more risks we have to negotiate. The more risks, the more decisions and choices we have to make (1998, p. 10).

Pour toute action à entreprendre dans le présent en prévision des événements et des échéances à venir, le risque implique le recours aux preuves tirées des expériences passées.

En matière de santé et de soins médicaux, l'évaluation et la gestion du risque sont des notions indispensables pour l'amélioration de la santé des populations. Les études épidémiologiques apportent des preuves tirées de l'incidence passée de la maladie et de la mort, qui peuvent être utilisées pour l'identification de moyens destinés à minimiser la maladie/les maux à venir (B. Laniepece (U. Rouen)). Bon nombre des communications ont recours à de telles données pour identifier efficacement les questions à poser et les décisions à prendre en vue d'améliorer la santé. B. Dervaux (U. Catholique de Lille), par exemple, s'appuie sur des données épidémiologiques pour considérer les différentes manières dont les inégalités en matière de santé se sont créées dans le Nord/Pas-de-Calais et le Sud-Est du Royaume-Uni tandis que B. Laniepece (U. Rouen) se sert de données qualitatives pour identifier la vulnérabilité de l'étudiant au suicide. A. Bourgeaux (U. Rouen), quant à elle, se concentre sur les manières dont la répartition des médecins généralistes à Portsmouth et à Rouen peut contribuer à des variations en matière de santé.



Cependant, le risque peut être utilisé de plusieurs manières, et certaines de ces utilisations peuvent contribuer à exclure des individus et des groupes. Comme M. Douglas (1986) le souligne : dans la société moderne tardive, on se sert de plus en plus du risque pour répartir les responsabilités des erreurs et des sinistres commis, c'est-à-dire pour répartir la faute. Au Royaume-Uni, l'enquête publique est ainsi devenue « Le mécanisme favori des Britanniques pour certifier les faits après toute défaillance ou controverse importante » (Jasanoff 2006, p. 218). " Britain's favoured mechanism for ascertaining the facts after any major breakdown or controversy" (Jasanoff 2006: 218).

Cette analyse rétrospective des événements a eu un grand nombre de conséquences inattendues, dont celle de définir certains groupes comme étant dangereux, c'est-à-dire comme étant une source de risque. Comme M. Douglas le note :

« Accuser la victime est une stratégie qui fonctionne dans un type de contexte, et accuser l'ennemi extérieur, une stratégie qui fonctionne dans un autre. » (Douglas, 1986, p.59)

"Blaming the victim is a strategy that works in one kind of context, and blaming the outside enemy a strategy that works in another" (Douglas, 1986, p. 59).

Dans leur communication sur les perceptions, J.Stewart / E.Meerabeau (U. greenwich) relèvent les manières dont diverses catégories d'individus (étrangers, toxicomanes, immigrants) sont tenus responsables de la précarité/ défaveur dans les villes côtières. V. Chasles (U. Lyon 3) note la manière dont les immigrants sont marginalisés dans les hôpitaux français, tandis qu'E. Eliot (U. le Havre) propose une étude sur l'exclusion autour des menaces liées au VIH à Bombay.

Si le rôle du temps dans la structuration du risque est évident, celui du lieu l'est moins, et les articles de cette conférence se révèlent particulièrement importants pour son identification.

Les approches traditionnelles tendaient à relier le risque soit au corps -le risque est une preuve de la manifestation de la maladie dans le corps- soit à l'esprit, la maladie étant construite et négociée socialement. Cette conférence soulève la question sur la manière dont corps et esprit sont liés l'un à l'autre et s'expriment à travers lieu et espace. La cartographie épidémiologique de la privation/ défaveur et de la morbidité projette les variations des corps à travers des zones et les rend ainsi visibles. Il s'agit essentiellement d'un processus rationnel qui tend à négliger certaines dimensions de l'expérience humaine, tout particulièrement les aspects affectifs ou émotionnels. À titre d'exemple, E. Eliot (U. Le Havre) note que la crainte et l'anxiété



jouent un rôle dans la définition des risques et de l'attribution de la responsabilité. D'avoir négligé ces aspects a créé le paradoxe d'une prospérité angoissée ou peureuse. En effet, dans le monde occidental, les niveaux de sécurité sont plus élevés que jamais... Cependant, les sources d'incertitude et les mécanismes dont disposent la plupart des gens pour les gérer ont changé, conduisant au paradoxe d'une prospérité peureuse – une incertitude grandissante au sein d'une richesse croissante (Taylor-Gooby, 2000, p. 3).

“Material levels of security in the western world are higher than ever before... However, the sources of uncertainty and the mechanisms available to most people to deal with them have changed, leading to the paradox of timid prosperity – growing uncertainty amid rising affluence” (Taylor-Gooby, 2000, p. 3).

Les responsables politiques britanniques en viennent à conférer à la peur du crime et de la maladie le même statut qu'au crime lui-même, et se préoccupent non seulement de garantir la sécurité des personnes, mais également de leur donner le sentiment de la sécurité. Comme D. Reguer (U. le Havre) le relève, à l'égard des personnes âgées, de tels processus peuvent signifier que des personnes en bonne santé et en bonne forme physique deviennent des exclus sociaux. Cette inquiétude liée à la sécurité

conduit à une culture de surveillance qui change les rapports que les personnes âgées vulnérables entretiennent avec le lieu. Le foyer comme lieu de sécurité et d'intimité peut dès lors être réinterprété comme étant un lieu à risque où la sécurité est assurée par une surveillance officielle. Le processus de ségrégation sociale favorisé par le risque apparaît clairement dans la manière dont des lieux sont de plus en plus désertés et, au Royaume-Uni, de nouveau, on use d'un système de surveillance (CCTV) pour les contrôler. L'emploi de la technologie comme moyen de gestion du risque signifie que la nature du lieu est en train de changer en passant d'une localisation physique spécifique à un espace virtuel plus fluide. Par exemple, la télé-médecine n'exige pas le déplacement physique du soignant vers le soigné, du fait qu'elle assure un suivi continu, automatique et à distance des urgences en temps réel, permettant ainsi de gérer les risques associés à la vie autonome (ICES, 2004).

Bibliographie

Abbott, P., Wallace, C. and Beck, M. (2006) **Chernobyl: Living with risk and uncertainty**, *Health, Risk and Society*, 8, pp. 105-122



Alaszewski, A. and H. Alaszewski) Meeting the Needs of Children and Families in Bridlington: **Final Report of a Rapid Appraisal Project, Institute of Health Studies**, University of Hull, Hull, 2000

Beck, U. (1998) **Politics of risk society**, in: J. Franklin (ed) *The Politics of Risk* , Polity Press.

Bentham, J. (1996) **Introduction to the Principles of Morals and Legislation, originally published 1789, Clarendon Press, Oxford.**

Bröer, C. (2007) **Aircraft noise and risk politics**, *Health, Risk and Society*, 9, pp. 37-52

Douglas, M. (1986) **Risk Acceptability According to the Social Sciences**, Routledge and Kegan Paul, London.

Durkheim, E. (1952) **Suicide: A Study in Sociology**, Routledge, London.

Nettleton, S. (1995) **The Sociology of Health and Illness**, Polity Press Cambridge.

Taylor-Gooby, P. (2000) **Risk and Welfare**, in: P. Taylor-Gooby (ed.) *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan, London



P ô l e
Universitaire
Normand

