Inégalités d'accès au dépistage du cancer colorectal : un révélateur des constructions socio-territoriales et spatiogenrées de santé à Clichy-la-garenne (92) ? De l'utilité de mobiliser le concept de genre en géographie de la santé

Emmanuelle Faure

▶ **To cite this version:**

Emmanuelle Faure. Inégalités d'accès au dépistage du cancer colorectal : un révélateur des constructions socio-territoriales et spatiogenrées de santé à Clichy-la-garenne (92) ? De l'utilité de mobiliser le concept de genre en géographie de la santé. Géographie. 2012. dumas-03442423

HAL Id: dumas-03442423

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03442423

Submitted on 23 Nov 2021

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

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

Directeur de recherche : Stéphane Rican.

Inégalités d'accès au dépistage du cancer colorectal : un révélateur des constructions socio-territoriales et spatio-genrées de santé à Clichy-la-garenne (92) ?

De l'utilité de mobiliser le concept de *genre* en géographie de la santé.

Emmanuelle FAURE

Mémoire de master 2 recherche_ année 2011/2012.

Université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense.

Laboratoire Espace Santé Territoires

Jury: Salem G. (LEST, IRD-CEPD); Rican S. (LEST, INSERM); Dr Rouessé (ADK92).

Les photographies de la page de garde ont été prises par l'auteure à Clichy-la-Garenne, en mars 2012.

-La devanture de cette boutique du centre-ville rappelle combien les normes de genre sont ancrées dans notre quotidien. La femme est ici *naturellement séductrice* !

-Parc Roger Salengro. Situé à l'extrémité des Allées Gambetta, ce jardin de style romantique (allées, pièces d'eaux, rochers artificiels) est le symbole du seul quartier aisé de la ville. Ses nombreux bancs publics nous ont permis d'y mener plusieurs entretiens.

-Plaque d'un des 35 médecins généralistes libéraux de Clichy-la-Garenne. Acteur clé des campagnes de promotion du dépistage du cancer colorectal, ce professionnel a pour mission d'informer ses patients, de leur distribuer le test Hémoccult et de leur expliquer la procédure.

-Panonceau de promotion du dépistage du cancer colorectal affiché à l'entrée du centre municipal de santé de Clichy-la-Garenne pendant le mois de mars.

-« La rue est à nous » : Tag de protestation contre la fermeture d'une rue pendant les travaux de la fondation Roguet (établissement public de gérontologie de la ville de Clichy).

-Commerces du Boulevard Victor-Hugo au cœur du quartier populaire d'Entrée-de-ville.

-Le trottoir et parvis de l'hôtel de ville sont des lieux exclusivement occupés par les hommes. C'est un des exemples de la séparation sexuée de l'espace public clichois.

REMERCIEMENTS 3

INTRODUCTION GENERALE 4

PARTIE 1. CADRE THEORIQUE, METHODOLOGIQUE ET CONTEXTUEL DE L'ETUDE. 8

A. GENRE-TERRITOIRE(S)-SANTE : POURQUOI ET COMMENT ARTICULER CES TROIS CONCEPTS ? 9
1. LES TERRITOIRES AU REGARD D'UN FAIT DE SANTE : RAPPEL DES FONDEMENTS D'UNE DISCIPLINE. 9
2. LE GENRE : DEFINITION, HISTOIRE ET PERTINENCE DE L'UTILISATION DU CONCEPT EN GEOGRAPHIE DE LA SANTE. 11
3. PRESENTATION DU FAIT DE SANTE RETENU : LA SANTE PREVENTIVE ET LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL. 18
4. DE LA NECESSITE D'INTERROGER LE CHOIX DES ECHELLES TERRITORIALES RETENUES : LES HAUTS-DE-SEINE ET CLICHY-LA-GARENNE. 23

B. METHODOLOGIES. 29
1. CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET TEMPORALITE DE L'ETUDE. 29
2. APPROCHE QUANTITATIVE : TRAITEMENTS DES DONNEES SANITAIRES ET APERÇU DU CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE LOCAL. 30
3. APPROCHE QUALITATIVE : DE L'INTERET DU CONTACT AVEC LE TERRITOIRE ET SES ACTEURS. 34

C. CLICHY-LA-GARENNE : QUAND L'HISTOIRE ET LES REPRESENTATIONS SOCIALES FAÇONNENT UN TERRITOIRE. 42
1. CLICHY-LA-GARENNE : SITUATION GEOGRAPHIQUE, CONTEXTE HISTORIQUE ET REPRESENTATIONS SOCIALES. 42
2. PAYSAGES URBAINS ET STRUCTURES DEMOGRAPHIQUES FAÇONNES PAR L'HISTOIRE : INDUSTRIALISATION, DESINDUSTRIALISATION ET RENOVATION URBAINE A CLICHY. 50

PARTIE 2. DE L'UTILITE DU GENRE DANS L'APPRECIATION DES CONSTRUCTIONS SOCIO-TERRITORIALES D'INEGALITES DE RECOURS AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL A CLICHY. 64

A. LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL A L'ECHELLE COMMUNALE : QUAND LES CONSTRUCTIONS SOCIALES DE LA SANTE ET DU GENRE ECLAIRENT LES INEGALITES. 65
1. FAIBLE PARTICIPATION ET « EFFET AGE » : DES HYPOTHESES QUI SE CONFIRMENT. 65
2. RECOURS AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL : UN REVELATEUR DE DIFFERENCIATION SEXUEE DES PRATIQUES ET DES REPRESENTATIONS. 67
3. L'ACCES A L'INFORMATION DES CLICHOIS ET CLICHOISES : UN ENJEU MAJEUR DE LA REDUCTION DES INEGALITES ? 76

B. LE RECOURS AU MEDECIN GENERALISTE DES CLICHOIS ET CLICHOISES : ECHELLES ET DISTANCE(S) EN QUESTION. 80
1. ANALYSE DES TRAJECTOIRES DE RECOURS AUX MEDECINS GENERALISTES POUR L'OBTENTION DU TEST HEMOCCULT. 80
2. MEDECINS GENERALISTES : ACTEURS CLEFS DU RECOURS AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL? 88

C. LE RECOURS AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AUX ECHELLES INFRA-COMMUNALES : UN REVELATEUR DE CONSTRUCTIONS SPATIO-GENREES DE SANTE ? 93

1. DISPARITES MICRO-LOCALES DE RECOURS AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ET INEGALITES SOCIO-ECONOMIQUES : UNE SIMPLE ADEQUATION ? 93
2. DES *CONSTRUCTIONS SPATIO-GENREES* DE SANTE PREVENTIVE REVELATRICES DE NOUVELLES INEGALITES TERRITORIALES. 106
3. PARTICIPATION ET INEGALITES SEXUEES DE RECOURS AU DEPISTAGE : UNE ASSOCIATION QUI RESTE MYSTERIEUSE. 116

PARTIE 3. RETOMBEE OPERATIONNELS, ANALYSE CRITIQUE DES OUTILS METHODOLOGIQUES ET NOUVELLES PERSPECTIVES. 119

A. RETOMBEES OPERATIONNELLES DE L'ETUDE. 120

1. ENTRE RECHERCHE EXPLORATOIRE ET DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE. 120
2. QUELLES RETOMBEES OPERATIONNELLES POUR L'ADK 92 ? 122

B. OUTILS METHODOLOGIQUES : ANALYSE CRITIQUE ET NOUVELLES PROPOSITIONS. 124

1. DU QUESTIONNAIRE A L'ENTRETIENS : DES METHODES A INTERROGER. 124
2. FOCUS GROUP, UN NOUVEL OUTIL A L'ANALYSE DES REPRESENTATIONS SOCIALES. 126
3. LA PHOTOGRAPHIE : UN OUTIL LUDIQUE ET FEDERATEUR ? 127
4. DE L'INTERET D'AVOIR DU TEMPS POUR OBSERVER ET « RENCONTRER » UN TERRITOIRE. 128

C. DE L'UTILITE DE LA COMPARAISON EN GEOGRAPHIE DE LA SANTE. 129

1. *COMPARER L'INCOMPARABLE* : ENJEUX, METHODES ET PRATIQUES DE LA COMPARAISON EN GEOGRAPHIE. 129
2. DE L'INTERET DE CONFRONTER LES PROCESSUS OBSERVES A CLICHY A D'AUTRES OBJETS ET CONTEXTES TERRITORIAUX ALTO-SEQUANAIS. 132

CONCLUSION GENERALE 138

BIBLIOGRAPHIE 141

ANNEXES 152

Remerciements

J'adresse mes remerciements à Monsieur Stéphane Rican, directeur de recherche de ce mémoire. L'attention et l'intérêt qu'il a porté à mon projet m'ont été d'une aide précieuse.

Je remercie le Professeur Gérard Salem qui me soutient depuis ma découverte de la géographie de la santé en troisième année de licence jusqu'à aujourd'hui, alors que je m'apprête à terminer mon cursus et commencer une nouvelle aventure intellectuelle.

Mes remerciements vont également à Mlle Zoé Vaillant, interlocutrice toujours attentive à mes interrogations de jeune géographe de la santé. Je remercie Helene Charreire pour ses conseils et outils méthodologiques.

Je remercie la Docteur Sophie Dehé de m'avoir offert la possibilité d'exploitée les données sanitaires nécessaire à mon projet, mais aussi d'avoir toujours été attentive à mes requêtes et interrogations. Je remercie Julie Kelly et toute l'équipe de l'ADK 92.

Je remercie le Pr Rouessé, président de l'ADK 92, pour avoir soutenu mon projet de recherche dès le mois de janvier.

Mes remerciements vont au Docteur Atlas qui m'a accueilli en stage au sein du centre municipal de santé de la ville de Clichy-la-Garenne. Je remercie Audrey Pompignac et Sonia Elois-Blezes qui ont partagé leur bureau, mais surtout leur expérience et leur connaissance de la ville et ses acteurs.

Je remercie toutes les personnes rencontrées à Clichy-la-Garenne, élues, professionnels, associatifs, Clichois et Clichoises sans qui cette recherche n'aurait pas été possible. Je remercie l'association ESPT pour son soutien financier.

Enfin, je remercie ma famille, mes ami-e-s, qui m'ont accompagné tout au long de cette année. Je remercie tout particulièrement Sophie, Pascale et Hugo, qui par leurs remarques avisées, ont contribué à a la relecture de ce mémoire.

Introduction générale

La France est pourvue d'un système de protection sociale à vocation universelle et d'après l'OMS, d'un des meilleurs systèmes de soins au monde [OMS, 2000]. Cependant, elle présente aussi des inégalités sociales et spatiales de santé parmi les plus importantes. Celles-ci auraient même tendance à se creuser depuis la fin des années quatre-vingt [Leclerc et al., 2000 ; Salem, Rican, 2000 ; Rican et al., 2009]. L'Ile-de-France est un territoire emblématique de ce paradoxe : là où se concentre la croissance économique se situent aussi les plus forts écarts de développement [Davezies, 2008], ainsi que les plus fortes inégalités de santé [Chauvin, Parizot, 2010 ; Tonnelier, Vigneron, 1999]. Ce constat pose la question du rôle de l'organisation territoriale dans la distribution des états de santé et d'accès aux soins : quelles sont les combinaisons locales de facteurs sociaux, économiques, politiques, culturels, historiques ou sanitaires qui concourent à ces inégalités?

La ville, qui concentre hommes, femmes et services sur un espace restreint, est souvent considérée comme le lieu où tout est accessible. Cependant, dans le domaine de la santé, la proximité physique n'implique pas automatiquement l'accessibilité ; de nombreux autres déterminants (sociaux, économiques, culturels, historiques, etc.,…) freinent l'accès aux soins et à la santé. Les ségrégations socio-spatiales [Pornet, 2011; Pornet 2010 ; Nnoaham, Frater et al, 2009 ; Chauvin, Parizot, 2005], les réseaux de transport [Maheswaran, Pearson et al, 2006], l'organisation, le fonctionnement et l'utilisation du système de soins [Pornet, 2011 ; INCA 2011 ; Payne, 2007] ou la capacité de mobilisation des multiples acteurs (élus, acteurs du soin, relais associatifs…) [Rican, 2011] constituent autant de facteurs prépondérants dans les disparités infra-urbaines d'accès à la santé. Parmi ces facteurs de différenciation, si les dimensions religieuses, culturelles, ou socio-économiques ont fait l'objet de nombreuses recherches [Pornet, Dejardin et al, 2010 ; Dai, 2010 ; Duport, Serra et al, 2008], peu de place est accordée à l'identification des phénomènes concourant aux inégalités entre les hommes et les femmes. De nombreux travaux de géographes démontrent qu'il existe des différences, et des inégalités, entre les sexes en matière d'accès à la santé, mais très peu se sont intéressés aux processus sociaux, territoriaux ou culturels contribuant à ces inégalités. C'est-à-dire aux questions de genre. Se substituant à des catégories comme *sexe* ou *différence sexuelle* qui renvoient à la biologie, le concept de *genre* rappelle que les différences entre les hommes et les femmes ne sont pas fondées par nature, mais sont historiquement construites et socialement (re)produites. Les normes sous-jacentes aux comportements, attitudes et pratiques sont des constructions sociales qui diffèrent selon le sexe.

L'objectif de ce travail de recherche est d'analyser les rapports entre territoire, genre et santé dans le but d'identifier ce qui, localement, concourent à l'émergence voire à la pérennisation d'inégalités de santé. Il s'agit de comprendre en quoi les constructions sociales du territoire et les constructions locales du genre sont des déterminants clés de la santé des individus ; et comment, inversement, les perceptions et représentations de la santé et de la médecine, les comportements et les trajectoires de soins, se déclinant différemment en fonction des sexes, concourent à la construction d'un territoire. Ce travail de recherche vise donc à penser la nature des rapports entre genre, santé et territoire grâce à ce que nous appelons les *constructions spatio-genrée*[1] *de santé*.

La réflexion menée dans le cadre de ce mémoire porte sur la santé préventive, et plus précisément sur le dépistage du cancer colorectal à Clichy-la-Garenne (92). Il ne s'agit de se demander en quoi, et comment, les processus socio-territoriaux (dont les questions de genre) contribuent à la participation des Clichois et Clichoises au programme de dépistage organisé du cancer colorectal.

En France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, le cancer est aujourd'hui l'un des enjeux majeur de santé publique. Tous cancers confondus, c'est la première cause de mortalité à l'échelle nationale pour la période 2004-2008 [INCA, 2011]. De nombreuses études cliniques et épidémiologiques ont démontré qu'un diagnostic précoce des cancers permet d'optimiser la prise en charge, et d'améliorer l'efficacité du traitement. C'est ainsi qu'ont été mis en place, pour certains d'entre eux, tels que le cancer du sein ou le cancer colorectal, des programmes de dépistage organisés à l'échelle nationale. En France, les autorités sanitaires préconisent un dépistage du cancer colorectal tous les deux ans aux individus entre 50 et 74 ans. Cependant, nous savons que seule une partie de cette population y accède. A l'échelle nationale, par exemple, le taux de dépistage du cancer colorectal est de 32% pour les années 2009-2010 [INVS, 2012]. Bien que révélatrices d'une grande tendance cet état des lieux masque des disparités inter et intra régionales, départementales et communales. Ainsi 23,3% des Alto-Séquanais a participé à ce dépistage en 2009-2010, alors que les résidents du département de Seine-Saint-Denis ont été 30,2% à se mobiliser [INVS, 2012]. Enfin, il existe en termes de recours au dépistage du cancer colorectal des écarts entre hommes et femmes : 21,6% des hommes contre 24,9% des femmes des Hauts-de-Seine ont participé à ce programme au cours des années 2010-2011 [INVS, 2012].

[1] Nous utiliserons au cours de ce mémoire les adjectifs « genré(s) » ou « genrée(s) ». Bien que grammaticalement incorrects, ils sont de plus en plus utilisés par les chercheurs en sciences sociales. Le genre est un concept qui permet de penser des processus et de phénomènes sociaux en action. Lui associer un verbe est donc un moyen « *d'inviter à penser en termes de processus et non de substances, de suggérer que le genre est la résultante de rapports sociaux complexes, une catégorie sans cesse objectivement et subjectivement «travaillée»* » [Guionnet, Neveu, 2009, p 9].

Nous supposons que le contexte socio-économique dans lequel chaque individu réside, ainsi que les représentations sociales de cette pathologie, de son dépistage et de chaque territoire, sont quelques-uns des déterminants du recours au dépistage du cancer colorectal. Nous supposons également que l'organisation de l'offre de soins (la densité médicale, la répartition spatiale des professionnels de santé, etc.) constitue un déterminant du recours à ce programme de dépistage. D'après la littérature le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le recours au dépistage de ses patient(e)s. Il conviendra donc d'en analyser les modalités locales. Le rôle de la gestion des questions de santé (politiques sanitaires, relais locaux des campagnes nationales, réseaux associatif, etc.) devra également être interrogé. Enfin, nous supposons que les constructions de genre constituent un des facteurs d'explication des comportements de santé. S'il existe des différences significatives entre hommes et femmes en matière de recours au dépistage du cancer colorectal, alors il conviendra d'en sonder les déterminants.

Nous chercherons au cours de ce travail à mieux comprendre en quoi les constructions de genre, s'ancrant dans une trame territoriale dont il nous faudra cerner les mécanismes, participent aux inégalités d'accès au dépistage du cancer colorectal à Clichy-la-Garenne. Il s'agira donc de répondre à la question suivante : Quels sont les processus qui contribuent à l'émergence, voire à la pérennisation, d'inégalités d'accès au dépistage du cancer colorectal ? Dans quelle mesure les rapports entre les hommes et les femmes, ou la manière de vivre son statut d'homme ou de femme, modulent les freins ou les leviers d'accès au dépistage du cancer colorectal ?

L'objectif de ce mémoire n'est pas de répondre à l'ensemble des questions que peut soulever un tel sujet, mais de tester une méthodologie et d'identifier de nouvelles hypothèses en vue de la réalisation d'un travail de recherche de plus grande ampleur. Il s'agit d'initier une nouvelle réflexion sur les questions de genre en géographie de la santé. L'enjeu de ce travail exploratoire réside donc dans la réponse à la question suivante : Le genre est-il un déterminant des constructions socio-territoriales d'inégalités de santé ?

Précisons qu'il ne s'agit pas de questionner les inégalités socio-territoriales de santé au travers des seules questions de genre. Mobiliser cette approche ne suppose en aucun cas de remettre en cause l'ensemble des outils permettant au géographe de la santé de comprendre les rapports entre les sociétés et leurs espaces au travers de faits de santé. La santé est multifactorielle, c'est pourquoi il convient d'articuler l'approche genrée de ces inégalités avec l'analyse des facteurs socio-économiques, démographiques, politiques ou sanitaires ainsi qu'à l'appréciation de la notion de distance et à l'étude des trajectoires de recours aux soins. Le genre n'est pas un sujet en soi, il est un outil de lecture des rapports sociaux et de leurs manifestations territoriales.

Un partenariat entre notre laboratoire (LEST), l'ADK 92, la direction de la santé de la ville de Clichy-la-Garenne et l'association Élus, Santé Publique & Territoires (ESPT) a rendu possible ce travail de recherche. Nous avons été accueillis en stage par la direction de la santé de Clichy-la-Garenne, puis reçu dans les locaux de l'ADK 92. Cette insertion au sein d'une collectivité territoriale et d'une structure de gestion des campagnes de dépistage permet d'inscrire notre projet de recherche dans un échange entre le monde universitaire, la société civile et les instances décisionnelles. Ce mémoire a donc vocation de guider de futurs travaux de recherche, mais également, de constituer un outil d'aide à la décision.

Notre démonstration s'articulera en trois parties. La première sera consacrée à la réflexion théorique et la présentation des outils méthodologiques mobilisés lors de cette étude exploratoire. Pui, il s'agira de situer notre démarche dans son contexte, c'est-à-dire de présenter le terrain et le fait de santé retenus. Nous caractériserons la ville de Clichy-la-Garenne par un ensemble d'indicateurs socio-économiques et démographique, mais également par son histoire, les représentations sociales qu'elle véhicule et son organisation territoriale (transports, réseau associatif, commerces, politiques publiques,…). La seconde partie permettra d'illustrer notre démarche par les résultats issus d'une part du traitement statistique des données fournies par l'ADK 92, et d'autre part, de notre travail de terrain. Les comportements préventifs en matière de dépistage du cancer colorectal seront interrogés au prisme des processus socio-territoriaux et spatio-genrés que nous supposons à l'origine d'inégalités de santé. Enfin, il s'agira en troisième partie, à la fois de conclure ce travail et de suggérer certaines perspectives. Nous rappellerons tout d'abord l'importance que nous accordons au partenariat entre le monde de la recherche et les acteurs de terrain par la présentation des possibles retombés opérationnelles de ce travail. Nous dresserons ensuite un bilan des méthodologies employées dans le cadre de cette étude afin de proposer quelques modifications. Enfin, l'intérêt d'une approche comparative sera questionné.

Partie 1.

Cadre théorique, méthodologique et contextuel de l'étude.

L'analyse critique des termes d'une recherche est une première étape à la construction de la pensée. C'est pourquoi la définition des concepts mobilisés dans le cadre de ce travail, ainsi qu'un bref état de l'art de leur mobilisation par la discipline géographique feront l'objet du premier paragraphe. La méthodologie employée pour répondre à nos objectifs sera ensuite détaillée. Il s'agira de définir les modalités du recueil et le traitement des données quantitatives et quantitatives. Enfin, nous présenterons le territoire clichois. Il ne s'agira pas seulement de décrire la ville par ses attributs urbanistiques, socio-économiques ou démographiques, mais d'inclure ces caractéristiques dans une analyse dynamique du territoire en mettant en perspective passé et présent, données observées et représentations sociales du territoire.

A. Genre-Territoire(s)-Santé : pourquoi et comment articuler ces trois concepts ?

Le postulat fondateur de la discipline est le suivant : il existe de multiples interdépendances entre l'état de santé d'une population et le territoire qu'elle occupe. Nous supposons dans le cadre de cette étude que les normes de genre s'associent à ces phénomènes et crées des conditions particulières d'accès à la santé. Les concepts de territoire, genre et santé structurent donc notre travail. En préciser le sens et l'usage que nous en ferons est alors indispensable.

1. Les territoires au regard d'un fait de santé : rappel des fondements d'une discipline.

La géographie vise à montrer comment une société gère et pratique son espace, et comment, inversement, cet espace contribue à la modeler. Elle est « *l'étude simultanée des formes de socialisation de l'espace et de spatialisation de la société* » [Sautter, 1979]. Les interactions entre l'espace et la société qui l'occupe et se l'approprie, constituent ce que les géographes nomment le *territoire*. Ce concept peut être appréhendé à travers deux modes de construction socio-spatiale. Le territoire est à la fois l'espace vécu et perçu par les populations y résidant, et l'espace construit par les institutions dominantes [Frémont, 1999 ; Di Méo, 1996]. La géographie de la santé a quant à elle pour objet l'étude des territoires, du fonctionnement de la société qui l'habite, et des rapports sociaux qui modèlent et sont modelés par cet espace, à travers l'analyse de la distribution d'un fait de santé. Le géographe de la santé cherche à identifier les combinaisons de facteurs sociaux, politiques, historiques, économiques ou culturels, qui, localement, constituent l'état de santé des individus.

La discipline se fonde sur la notion de santé telle qu'elle est définie par le préambule de la constitution de l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé) c'est à dire *« un état de complet de bien-être physique, mental et social,* [qui] *ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition s'écarte d'une conception uniquement négative et médicale (« absence de maladie ou d'infirmité ») et repose également sur une vision positive et subjective (« état de complet bien-être »).

La santé est considéré comme multifactorielle. Elle est comprise comme un produit sociétal, dont les caractéristiques dépendent de l'organisation et du fonctionnement des sociétés. En quoi le fait d'habiter, de travailler, de manger ou de se divertir ici plutôt qu'ailleurs est un facteur, non pas déterminant, mais influençant l'état de santé des individus ? Par cette interrogation le géographe de la santé cherche à mettre en évidence des disparités et des inégalités de santé.

D'après Pierre Aïach et Didier Fassin «*deux conditions doivent être remplies pour que l'on puisse parler d'inégalités sociales s'agissant de santé ou de tout autre objet. La première est qu'il doit s'agir d'un objet socialement valorisé : la vie par opposition à la mort, la santé et le sentiment de bien-être psychologique par opposition à la maladie, au handicap, à la souffrance physique et psychique ; des soins efficaces et au moindre coût par rapport à des soins qui ne le sont pas pour des raisons non scientifiques ou techniques, etc. La seconde est que cet objet socialement valorisé concerne des groupes sociaux hiérarchisés dans une position de dominant/dominé ; à ce titre, les classes sociales, les catégories socioprofessionnelles, les groupes différenciés en fonction du revenu, de la richesse, du niveau d'instruction ou encore du pouvoir dont ils disposent dans la société peuvent être comparés sous l'angle des inégalités sociales de santé* » [Aïach, Fassin, 2004, p 2225 in Cousteaux, 2011, p 35].

Selon ces deux sociologues, pour que les disparités puissent être considérées comme des inégalités il faut qu'elles concernent un objet socialement valorisé dont la répartition différenciée s'opère entre des groupes hiérarchisés selon une position de dominant/dominés. Cette définition s'applique donc parfaitement aux inégalités sociales et territoriales de santé. La santé est en effet un « bien » convoité par tous[2], mais qui, inégalement répartit entre les classes sociales, les hommes et les femmes ou entre les territoires, illustre des rapports de domination.

Si certains travaux de sociologues s'appliquent à montrer combien les sociétés sont basées sur des rapports de pouvoir de classes ou de genre ; il importe de rappeler combien les territoires sont vecteurs de hiérarchisation entre ces groupes. Les travaux de géographes de la santé ont démontré combien ils étaient supports et facteurs d'inégalités de santé [Salem, 1998 ; Vaillant, 2006; Vigneron, 2011]. La répartition spatiale des taux d'incidence et de mortalités par cancer accuse de fortes inégalités territoriales par exemple. L'opposition entre la France située à l'Est d'une ligne Le Havre-Marseille, caractérisée par des taux élevés d'incidence et de mortalité par cancer, et la France de l'Ouest au sein de laquelle ces taux sont majoritairement beaucoup plus bas a été mise en valeur par de récents travaux [Salem, Rican, Jougla, 2000(a) ; Salem, Rican, Jougla, 2000(b)].

[2] Ainsi d'après Geneviève Paicheler « *la quête de la santé est devenu un impératif social « tout à la fois le devoir de chacun et l'objectif de tous* » (M. Foucault, 1984, p 277) » [Paicheler, 2000, p 240].

Les auteurs des deux Atlas de la santé en France rappellent combien les états de santé et les taux de mortalité ne se distribuent pas par hasard sur le territoire français mais illustrent l'inégale répartition des facteurs de risques [Salem, Rican, Jougla, 2000(a) ; Salem, Rican, Jougla, 2000(b)]. Organisation et gestion politique des territoires, processus de ségrégation, répartition des risques professionnels, fonctionnement du système de soins, comportements individuels et collectifs, adhésion des populations aux programmes de préventions sont autant de facteurs qui participent à ces inégalités.

Les inégalités de santé trouvent donc leurs origines dans la construction même des territoires.

2. Le genre : définition, histoire et pertinence de l'utilisation du concept en géographie de la santé.

Se demander si le fait d'être un homme ou une femme, ici plutôt qu'ailleurs, est révélateur de nouvelles inégalités socio-territoriales de santé nécessite préalablement de définir le concept de genre. Il s'agira donc dans ce paragraphe d'en rappeler le sens, de dresser un bref état des lieux de son utilisation en géographie, puis en géographie de la santé. Enfin nous justifierons l'intérêt d'adopter une approche *genrée* de la géographie du recours au dépistage du cancer colorectal. Précisons que les pistes de réflexion qui seront ici présentées ne sont que les prémisses d'un travail bien plus conséquent qui devra être mené en début de thèse. Une revue de littérature française et (surtout) anglo-saxonne a été initiée. Elle devra être poursuivie.

Brève définition d'un concept.

Interroger les processus de différenciation entre hommes et femmes en termes de santé renvoi tout d'abord à l'imbrication du biologique et du social, et donc de l'opposition entre le sexe et le genre, ou le « sexe biologique » et « le sexe social ». Cette distinction s'illustre dans les propos de Robert J. Stoller, pour qui « *la masculinité, ou la féminité, est une croyance- plus précisément une masse dense de croyances une somme algébrique de si, de mais, et de et- non un fait indéniable* » [Robert J. Stoller, 1985, p 30]. C'est en distinguant l'acquis de l'inné que le concept de genre permet au chercheur de sciences sociales d'interroger les mécanismes participant aux inégalités qu'il observe.

Le concept de genre est apparu aux Etats-Unis dans les années cinquante sous l'influence des écrits de John Money sur le traitement des enfants intersexués. Puis, c'est à la suite des travaux de la sociologue britannique Anne Oakley s'appuyant sur l'articulation entre nature et culture développée par Claude Lévi-Strauss, que le concept de genre est mobilisé par les sciences sociales anglo-saxonnes [Oakley, 1972]. La naissance, et le développement des études de genre sont liés aux courants féministes. En effe, berceaux conceptuels et politiques permettant sa visibilité scientifique et sociétale, les mouvements féminismes ont permis aux concepts de genre et de *domination masculine*[3] de s'imposer dans les champs disciplinaires scientifiques.

Nous mobiliserons le concept anglo-saxon de genre, entendu à la fois comme construction sociale du masculin et du féminin et comme rapports de domination entre hommes et femmes. Ces deux aspects du genre sont complémentaires et permettent, une fois associés, de penser la complexité des définitions du masculin et du féminin dans notre société, ainsi que ses conséquences sur l'appropriation des corps et des territoires. Selon Marianne Blidon, démographe et spécialiste de ces questions, le genre n'est pas une essence qui se révèle dans nos pratiques, mais, inversement, ce sont nos pratiques qui dans la répétition institue le genre. Le genre est donc l'effet des normes sociales. A l'image de la célèbre formule de Simone de Beauvoir: «*on ne naît pas femme : mais on le devient* » [de Beauvoir S., 1949, p 285], à laquelle nous ajouterions « on en naît pas homme : mais on le devient », le genre permet une nouvelle analyse des sociétés, et des rapports de forces qui les structurent. Les constructions sociales du genre sont donc des processus par le biais desquels les individus intériorisent des représentations, des normes et des pratiques différenciées et hiérarchisées. Ces processus s'appuient sur un ensemble d'instances de socialisation (école, monde du travail, système de soins …) et de vecteurs (presse écrite et télévisuelle, publicité,…).

Notre analyse des comportements de santé préventive à travers les constructions de genre se réfèrera à une vision binaire du sexe et du genre (homme/femme). Cependant, il convient de rappeler que certains courants des études de genre s'appliquent aujourd'hui à déconstruire cette appréciation des rapports sociaux. De même que la notion de « genre » cherchait dès les années soixante-dix à pallier les insuffisances théoriques et politiques de la notion de différence sexuelle, aujourd'hui la déconstruction de la binarité de la notion de genre (masculin/féminin) et de sexe (mâle/femelle), ou encore la difficulté de penser la sexualité à partir de la notion de genre, poussent un certain nombre de chercheurs à repenser la notion de genre.

[3] La domination masculine se caractérise par « un ensemble de mécanismes sociaux qui concourent à créer un complexe d'avantages, de primautés masculines » [Guionnet C., Neveu E., 2009, p.243].

Ils contestent l'opposition entre genre et sexe. C'est le cas des théories *Queer* qui critiquent l'idée selon laquelle non seulement le genre mais aussi le sexe et l'orientation sexuelle seraient déterminés génétiquement. La sexualité et le genre d'un individu ne seraient pas déterminés exclusivement par son sexe biologique (mâle ou femelle) mais également par un environnement socio-culturel et une histoire de vie. Le sexe serait lui-même un construit social. Enfin, la théorie *Queer* s'oppose aux normes dominantes de notre[4] société qui tendent à considérer comme « anormaux » les individus non hétérosexuels, et ceux dont le genre n'est pas celui du sexe acquis à la naissance. Cette démarche a pour but de rendre légitime l'existence des homosexuels, lesbiennes, bisexuels et transsexuels dans la société civile et scientifique.

Bien que fort intéressante et utile à l'avancée de la reconnaissance du droit à la différence, cette démarche ne semble pas adaptée à notre sujet. Pour reprendre les mots du géographe Yves Raibaud « *la queer theory est trop radicale pour fonder en géographie une démarche descriptive qui tienne compte de la réalité des pratiques sociales de genre et/ou de sexe engagées ici et maintenant dans la production d'espaces. Il faut donc repartir du schéma binaire masculin-féminin de la société traditionnelle (extérieur-intérieur, fort-faible, dessus-dessous, sec-mouillé…) même si cette sexuation des espaces montre assez rapidement ses limites.* » [Raibaud, 2007, p 98]. Rappelons que l'objet de ce projet de recherche est l'étude du recours au dépistage du cancer colorectal à Clichy-la-Garenne. Nos interrogations portent donc sur le poids des normes attribuant aux hommes et aux femmes des rôles particuliers face à la santé préventive. Notre « utilisation » du concept de genre relève d'un choix théorique *a priori*, mais il doit s'adapter au sujet et au terrain d'étude.

[4] L'historien Thomas Laqueur montre qu'un modèle unisexe, hérité de l'antiquité, était dominant jusqu'au XVIIIème siècle : les organes féminins étaient perçus comme inversés, et non pas différents, par rapport aux organes masculins [Laqueur, 1992]. La différenciation entre hommes et femmes daterait du XVIIIème siècle. Ce qu'il nomme « la fabrique du sexe », ne proviendrait pas de découvertes scientifiques, mais s'expliquerait par le contexte scientifique et politique des Lumières : la diffusion de l'idée d'égalité entre les Hommes. Les nouvelles catégories de sexe auraient ainsi permis de penser la relation entre hommes et femmes, non plus sur le registre de l'inégalité naturelle, mais sur le registre de la différence essentielle.

Des *Gender's Studies* à l'appropriation du genre par la géographie française.

Il est un paradoxe dans l'analyse de l'histoire des sciences sociale de part et d'autre de l'Atlantique : alors que les auteures féministes et les chercheurs en *Gender Studies*[5] aux Etats-Unis se sont largement inspirés d'auteurs français du XXème siècle, regroupés sous le vocable de French Theory (citons Derrida, Beauvoir, Foucault ou Deleuze), les études féministes se sont développées relativement tard en France, et les sciences sociales se sont récemment appropriées le concept de genre. L'émergence de ce champ de recherche a pourtant été quasiment concomitante aux Etats-Unis et en France. En témoigne la création, en 1974, du Centre de recherches en études féminines à l'université de Vincennes (aujourd'hui Université de St Denis, Paris 8). Il resta pendant des années le seul cursus pluridisciplinaire consacré aux études de genre, et est encore aujourd'hui, le seul à délivrer un master et un doctorat spécifique. D'après Anne Berger, un ensemble de résistances à la fois idéologiques et institutionnelles ont freiné le développement de ce type d'initiative ; alors même qu'elles se sont rapidement développées aux Etats-Unis [Berger, 2008]. Pour Christine Chivallon, «*c'est un mode de pensée fondé sur l'importance de l'appartenance communautaire, et en contradiction directe avec la pensée française, universaliste, qui a facilité l'affirmation de la Gender Geography dans les pays de langue anglaise.*» [Chivallon, 2001]. Le géographe Bruno Perreau affirme quant à lui que si « *ces questions peinent encore à trouver une place légitime au sein de la discipline* [géographique], *ce n'est pas tant parce qu'elles ne seraient pas pertinentes dans l'espace social français que parce que les résistances sociales, disciplinaires et institutionnelles demeurent fortes* » [Perreau, 2008].

D'après les auteures de l'article intitulé « Wither gender in urban health ? », si le genre est peu mobilisé par les études de géographie de la santé en milieu urbain c'est qu'il existe a priori un décalage entre échelles [Frye, Putnam, O'Campo, 2007]. Le genre est un concept initialement mobilisé par des sociologues et des philosophes qui pensent la société dans son ensemble. Les études portant sur les déclinaisons territoriales des normes dictées par le genre sont peu nombreuses, et récentes.

[5] Les premiers programmes universitaires nord-américains consacrés à l'étude de questions «féminines» et/ou «féministes» datent du début des années soixante-dix, sous le nom de Women's Studies. Comme l'indique l'intitulé en anglais, il s'agissait d'ouvrir un champ d'études qui soit à la fois consacré aux femmes et animé par elles.

Il s'agit pourtant d'une question de recherche essentielle à notre discipline : Comment appréhender des processus sociétaux à des échelles locales, voire micro-locales ? Quels sont les outils conceptuels et méthodologiques permettant d'établir des liens entre des normes sociales dominantes (a priori partagé par toutes et tous) à des pratiques observées dans des villes ou des quartiers ? Ces questions et hypothèses nourrissent un débat épistémologique encore inachevé.

Bien que tardivement pris en compte par les géographes français, force est de constater que les questions de genre font aujourd'hui l'objet d'un engouement nouveau. De plus en plus de débats et de travaux scientifiques interrogent cette démarche. Comme le souligne l'auteur de l'article « Genres (Géographie des) » du Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, dirigé par Jacques Lévy et Michel Lussault «*l'étude géographique des rapports sociaux entre les hommes et les femmes connait depuis 20 ans un essor important* » [Lévy, Lussault, 2003, p 394]. Les différences et inégalités entre hommes et femmes en termes d'occupation ou d'appropriation des espaces et d'accès aux pouvoirs et aux ressources font l'objet de nombreux travaux [Dénèfle, 2004 ; Bard, 2004 ; Hancock, 2003 ; Veauvy, 2002]. Citons par exemple ceux de Jacquelines Coutras qui ont initié une pensée originale concentrée sur la place du genre dans l'espace public de la ville occidentale [Coutras 1996, Coutras 2004]. L'auteure rappelle combien, en géographie, l'espace a été considéré comme masculin, neutre, voire asexué ; alors qu'il apparait au contraire le support, le produit et l'enjeu de rapports sociaux de sexe marqué par des phénomènes de hiérarchisation et de domination. La séparation de l'espace urbain, ou bien la différenciation des modes d'appropriation du territoire ou des réseaux de socialisation locaux, sont, nous le verrons, quelques-unes des manifestations territoriales des rapports de genre.

La diversité des thématiques abordées lors de colloques, ou journées de travail, consacrés aux liens entre genre et territoires témoigne de la diversité des courants géographiques s'y intéressant. Les appels à contribution du colloque international intitulé « *Masculins / féminins. Dialogues géographiques et au-delà …* » qui se tiendra les 10, 11 et 12 décembre 2012 à Grenoble, et de la Journées d'étude : « *Le tournant spatial dans les études de genre* » des 16 et 17 Novembre 2012 (Université Paris Diderot) illustrent par exemple la volonté d'inscrire le concept de genre dans l'ensemble des champs de la géographie contemporaine, mais aussi d'instaurer un dialogue transdisciplinaire autour de cette question de recherche[6].

[6] Les trois thématique du colloque de Grenoble illustre de l'étendue des champs concernés par les questions de genre : Genre, mouvements et circulations ; Genre, Corps et Altérité ; Genre, fragilités et ressources. Cet appel s'adresse à la fois aux géographes, aménageurs, urbanistes, politistes, économistes, philosophes,

Enfin, il convient de préciser que si les études de genre sont issues d'étude dites « féminines » ou «féministes», de plus en plus de travaux portent aujourd'hui sur le genre masculin [Courtenay, 2000 ; Welzer-Lang, Zaouche-Gauchon, 2011]. Les constructions sociales de la masculinité, ou la virilité, interrogent l'existence de rapports au corps et à la santé spécifiquement masculins. Cependant, les travaux de sociologues sont majoritaires, peu de géographe contribuent à cette question.

L'existence d'un champs de recherche français sur le genre se matérialise à travers un ensemble de pratiques, plus ou moins institutionnalisées : les études sur le genre disposent de leurs propres revues (Nouvelles questions féministes ; Travail, genre et sociétés ; Les Cahiers du genre ; Clio ; Genre, sexualité & société…), de leurs associations (comme l'ANEF, le RING, Mnémosyne ou EFiGiES), de leurs cursus d'enseignement et diplômes (master « genre politique et sexualités » à l'EHESS, « genre(s), pensées des différences, rapport de sexe » à Paris 8, « genre et développement » à Paris 7, « genre et politiques sociales » à Toulouse Le Mirail…), de leurs séminaires, cours et colloques, et organismes de promotion et de financement (comme l'institut Emilie du Châtelet en Ile-de-France). Ces éléments donnent corps au champ des études de genre qui se sont développées et institutionnalisées depuis le début des années quatre-vingt en France [Berger, 2008].

Genre, territoires et santé préventive : des concepts qui s'ignorent ?

Jacqueline Coutras, dans son ouvrage Crise urbaine et espaces sexués, suggère de se demander si les divisions sexuées sont au fondement de l'organisation urbaine. Elle propose de chercher à identifier quels sont, dans l'espace urbain, les processus qui renforcent, créent ou effacent les disparités ou inégalités existantes entre les sexes et dont on constate les effets dans les autres champs de la vie sociale : école, travail, loisir,... Cependant à l'image du géographe Guy Di Méo qui considère que « *le sexe est partout, dans l'espace comme ailleurs ; dans les liens sociaux ; au cœur des cultures [...] aussi bien dans ses ressorts biologiques que dans ses constructions sociales et, forcément, spatiales.* » [Guy Di Méo, 2007, p 8] force est de constater que la majeure partie des travaux de géographes s'est intéressée aux rapports entre le territoire et le corps, et plus spécifiquement entre le territoire et la/les sexualité(s)[Bard, 2004 ; Dénèfle, 2004 ; Coutras, 1996 ; Coutras 2003 ; Hancock, 2003]. Dès lors il convient de se demander en quelle mesure la géographie de la santé s'est emparé du concept de genre, et ce dans d'autres champs que l'étude des comportements liés à la sexualité.

anthropologues, sociologues… qui abordent les questions de genre, de société et d'espace dans leurs recherches.

Il serait fastidieux et sans grand intérêt de faire la liste complète des articles ayant pour objectif d'analyser les rapports entre genre et santé en géographie. Il s'agit ici d'exposer les enjeux de l'état actuel de la recherche, et non pas d'établir un recensement exhaustif.

La revue de littérature réalisée par Victoria Frye, Sara Putnama et Patricia O'Campo démontre par exemple l'absence du concept de genre dans le champ de l'*urban health geography* [Frye et al, 2008]. Peu d'articles font explicitement référence à une analyse genrée des phénomènes socio-spatiaux de la santé. La majorité d'entre eux interrogent les différences entre sexes, et non pas les constructions de genre. En effet, le genre est très rarement au cœur d'un questionnement portant sur des processus socio-territoriaux permettant de les expliquer. A cet égard Nicky Le Feuvre met en garde contre le glissement que l'on retrouve dans certaines études où le « genre » devient un simple euphémisme de « sexe » [Kamel Kateb et al, 2004]. Il apparait également à la relecture de notre revue de littérature[7] que la majorité des articles interrogeant l'influence du sexe des individus sur leurs états et comportements de santé adopte une approche très épidémiologique et délaisse le rôle des constructions territoriales de la santé. Les méthodes quantitatives de l'épidémiologie spatiale et sociales mettent en valeur des correspondances entre facteurs via des approches multiniveaux, mais sont très peu confrontées au terrain. Peu de travaux examinent les processus, qui, quel que soit l'échelle d'analyse, permettraient de mieux appréhender les inégalités socio-territoriales de santé préventive.

Enfin, considérons la présence de ce type d'approche dans l'analyse de la santé préventive. En France les taux de participation aux différentes campagnes de dépistage des cancers sont évalués au regard d'indicateurs tels que le sexe, le statut marital, le degré d'insertion dans un réseau social et les caractéristiques socio-économique de l'individu ou de son quartier de résidence. Certains articles mettent par exemple en évidence le caractère protecteur du statut de femme mariée dans le cadre du recours au dépistage du cancer du sein [Duport et al, 2007]. L'importance des facteurs socio-économiques dans l'appréciation des inégalités face aux programmes de dépistage des cancers a également fait l'objet de récentes recherches [Duport et al, 2007 ; Cambon, 2006]. De ces travaux résulte un constat quasi unanime : les femmes sont plus attentives à leur santé que les hommes. Or, comme pour les autres faits de santé très peu de travaux s'intéressent réellement aux constructions du genre, et non pas aux uniques différences entre sexes.

[7] Nous avons tenté de d'identifier les principales pistes de réflexions ayant fait l'objet de recherches adoptant une approche genrée des inégalités de santé. Les travaux portant sur le recours au dépistage du cancer colorectal et du sein ont été privilégiés. Nous ne prétendons pas avoir recensé et consulté l'ensemble des références bibliographiques en la matière. Ce travail devra être poursuivi.

En témoigne les résultats de la récente revue de littérature établie par Sarh Payne visant à recenser les articles s'étant intéressés aux questions de genre liées au recours du dépistage du cancer colorectal [Payne, 2007]. L'auteure déclare en introduction chercher à répertorier les travaux portant sur une « *gender-sensitive approach to screening* » [Payne, 2007, p 251]. Cependant, seuls quelques paragraphes font état d'hypothèses sur les constructions de genre, les autres étant consacrés aux associations de facteurs socio-économiques, démographiques ou sanitaires permettant l'explication de l'importante participation des femmes au regard de leurs homologues masculins. Quelques travaux consacrés au recours au dépistage du cancer du sein interrogent à la fois le rôle des normes sociales de genre (image de la féminité, symbolique de la poitrine, …) et les inégalités territoriales de santé, or, le cancer colorectal semble, de ce point de vue, encore très peu étudié.

3. Présentation du fait de santé retenu : la santé préventive et le dépistage du cancer colorectal.

Pourquoi s'intéresser au dépistage du cancer colorectal ?

Notre précèdent travail de recherche[8] a initié une réflexion sur l'intérêt pour la géographie de la santé de mobiliser une approche genrée des territoires et des faits de santé. Nous y avons interrogé la pertinence de l'utilisation du concept de genre dans l'analyse des comportements adolescents liés à l'amour et la sexualité. La santé préventive a donc été analysée dans le cadre de la protection contre les maladies sexuellement transmissibles. A l'issu de ce travail il est apparu nécessaire d'approfondir la réflexion sur ce que nous avons nommé les *constructions spatio-genrées de santé*. C'est pourquoi nous avons cette année décidé de nous intéresser au recours au dépistage du cancer colorectal à Clichy-la-Garenne. Si le territoire d'observation et la population cible sont différents ; il s'agit toujours de comprendre en quoi le genre est un outil pertinent à la lecture des rapports entre territoires, comportements et santé préventive.

[8] Faure E., 2010, *Des constructions socio-territoriales aux constructions « spatio-genrées » de santé.Un certain regard sur les comportements liés aux sentiments amoureux et à la sexualité des adolescent-e-s résident-e-s de quartiers « politique de la ville » aux Mureaux (Yvelines).*Université Paris-Ouest-Nanterre-La défense, laboratoire Espace, Santé et Territoires.

Il s'agit d'appréhender les contextes qui rendent possible les décisions individuelles, et mettent en valeur des logiques territoriales s'observant à différentes échelles. Mais alors pourquoi s'intéresser au dépistage du cancer colorectal et pas celui du cancer du sein, de la prostate, ou bien de la peau ou de l'utérus ? D'une part, le dépistage du cancer colorectal, contrairement à celui du sein, s'adresse autant aux hommes qu'aux femmes. Cet élément permet d'envisager l'analyse des constructions du genre à travers les comportements masculins et féminins. D'autre part, le dépistage du cancer colorectal fait l'objet d'un programme organisé aujourd'hui mit en place dans l'ensemble des départements français. L'existence de ce programme permet au chercheur de disposer de données statistiques complètes et récentes[9].

Le cancer colorectal et son dépistage en France et dans les Hauts-de-Seine[10].

L'objet de ce travail n'est pas de convertir une géographe de la santé en experte du cancer colorectal. Cependant, analyser le recours au dépistage et ses manifestations socio-territoriaux, impose d'en comprendre les enjeux. Il convient de comprendre comment est organisé le programme de dépistage récemment mise en place pour lutte contre cette pathologie aujourd'hui considéré comme un nouveau « fléau social » [Pinell, 1995].

La France est un pays dans lequel l'incidence du cancer colorectal est très élevée. D'après l'Institut National du Cancer (INCA), tous sexes confondus, ce cancer se situe au troisième rang de l'ensemble des cancers incidents en 2011. Avec environ 40 500 nouveaux cas estimés en 2011, il est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme, derrière le cancer de la prostate et celui du poumon; et le second chez les femmes après ceux du sein et du poumon. Ce cancer affecte autant les hommes que les femmes : 53% des cas concernent des hommes et 47% des femmes. Enfin, la majorité des nouveaux cas de cancer du colorectal estimés en 2011 (71 % chez les hommes et 95 % chez les femmes) surviennent chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Avant 50 ans, les taux d'incidence sont faibles et proches entre les deux sexes puis les taux augmentent avec l'âge, plus rapidement chez l'homme que chez la femme.

[9] Les données utilisées dans le cadre de cette recherche, ainsi que leurs conditions d'obtention, seront décrites et discutées dans la partie méthodologique de ce mémoire.

[10] L'ensemble des données chiffrées communiquées dans ce paragraphe est issue du rapport de l'INCA intitulé : *La situation du cancer en France en 2011.* Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, octobre 2011.

Sur la période 2004-2008, en moyenne 16 526 décès par cancer du colorectal (8 759 hommes et 7 767 femmes) ont été observés chaque année. L'âge médian au décès était alors de 75 ans chez les hommes et 80 ans chez les femmes. Cependant, alors que l'incidence augmente, les taux de mortalité sont en baisse entre 1994-1998 et 2004-2008. Cette tendance peut s'expliquer par des changements de modes de vie ou d'explosion aux facteurs de risques, par le vieillissement de la population… mais aussi par les progrès scientifiques et médicaux en termes de diagnostic. On considère aujourd'hui que l'un des enjeux majeurs de la lutte contre ce cancer réside dans la précocité du dépistage.

Un dépistage a pour objectif de mettre en évidence la présence d'un cancer en absence de signe clinique. Pour faire l'objet d'un dépistage organisé, une maladie doit répondre à un certain nombre de critères établi par l'Organisation mondial de la santé (OMS) en 1968. La pathologie doit être un problème de santé publique. L'histoire de la maladie doit être connue et un test de dépistage doit être disponible afin de permettre sa répétition à intervalles réguliers. Un test disponible et approprié, doit permettre de diagnostiquer la maladie à un stade précoce (c'est-à-dire au stade pour lequel les résultats du traitement sont supérieurs à ceux obtenus à un stade plus avancé). L'amélioration de la prise en charge thérapeutique à un stade précoce doit également être démontrée en termes d'efficacité, de pronostic, d'allègement de la prise en charge thérapeutique et de séquelles. Enfin, les nuisances physiques et psychologiques engendrées par le dépistage doivent être inférieures aux bénéfices attendus en termes de santé publique. Bien que son efficacité ait été reconnue et qu'un plan national soit aujourd'hui mise en place, le programme de dépistage du cancer colorectal possède quelques effets indésirables :

- les faux positifs : ce sont les personnes ayant un test de dépistage positif alors que les examens complémentaires mettent en évidence l'absence de cancer. Ceci expose inutilement l'individu à de potentielles complications lors de la réalisation des examens complémentaires (coloscopie par exemple), et à une anxiété générée par l'attente des résultats.

- les faux négatifs : sont les individus considérés à tort comme n'étant pas atteintes de cancer. Les faux négatifs font partie des cancers dit « d'intervalle » (cancer survenant entre deux dépistages).

La recherche d'un équilibre entre le bénéfice individuel et collectif du dépistage précoce et le risque physique et psychologique influence le choix de test. En France c'est le *Test Hémocculte* qui a été retenu lors du lancement de la campagne de dépistage national du cancer colorectal en 2009. Il a été démontré que le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire significativement la mortalité.

Une étude française, contrôlée en population générale, montre une réduction de 16% de la mortalité par cancer colorectal après 11 ans de suivi, sous certaines conditions d'organisation du dépistage [Faivre et al 2004].

Dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal, ce test est proposé à l'ensemble des hommes et des femmes de 50 à 74 ans à risque moyen (c'est-à-dire sans critère d'exclusion[11]), et ce, tous les deux ans. Si le test est positif une coloscopie doit être pratiquée.

Les structures de gestion départementales du dépistage organisé sont chargées d'inviter la population concernée et de veiller au bon déroulement du suivi. Dans les Hauts-de-Seine c'est l'ADK 92 qui a été mandaté pour cette mission. Elle se charge de l'envoie des invitations et des relances à l'ensemble des habitants du département. Un premier courrier invite la personne à se rendre chez son médecin généraliste (la consultation n'est pas prise en charge), et c'est le médecin généraliste qui décide, au regard de ses antécédents, de remettre ou non le test (qui lui est gratuit). S'il considère que son patient doit être exclu du programme il envoi à l'ADK 92 un coupon[12] expliquant sa décision afin que la personne en soit exclus (temporairement ou définitivement). Une première relance postale est envoyée dans le cas où le test n'a pas été fait dans les trois mois suivant l'invitation. Elle est suivie si besoin, trois mois après, d'un second courrier de relance contenant le test (la personne peut donc le faire sans aller chez son médecin).

Le dépistage du cancer colorectal, comme celui du sein, s'organise en campagne de deux ans. C'est-à-dire qu'en deux ans l'ensemble de la population doit avoir été invité. L'ADK 92 possède une organisation spatiale et temporelle originale des invitations. Le département a été séparé en deux zones : la zone Nord comprend l'ensemble des communes situées au Nord de Rueil-Malmaison et Saint-Cloud, et la zone Sud le reste du département. En 2010 les résidents de la zone Nord du département ont été invités de janvier à mars, relancés d'avril à juillet, puis de nouveau relancés de septembre à décembre. Le même calendrier a été respecté pour la zone Sud en 2011.

Précisons que si le test Hémoccult est utilisé dans le cadre du programme de dépistage organisé à l'échelle nationale, d'autres méthodes peuvent être, et sont, utilisés par les médecins et leurs patients. Certains de nos interlocuteurs sur le terrain nous ont confié aller au laboratoire pour effectuer un test de recherche de sang dans les selles.

[11] Une exclusion peut être due à : la réalisation du test moins de 2 ans auparavant, la réalisation d'une coloscopie dans les 5 ans, des antécédents familiaux, personnels, des signes cliniques ou bien certaines maladies.

[12] Une reproduction de ce coupon est disponible en annexe.

Celui-ci, bien que moins sensible, est plus facile d'utilisation. Il suffit au patient d'apporter un pot au laboratoire, et non pas d'effectuer les six prélèvements réclamés dans le cadre du test Hémoccult. D'autres patients, bien que plus rares, déclarent réaliser une coloscopie sans effectuer de test préalable. Ces recours répondent à des exigences ou des comportements divers tant de la part des patients que des médecins. Certains évoquent le manque d'efficacité du test Hémoccult (les cas de faux positifs et de faux négatifs sont difficiles à gérer pour les médecins), d'autres font référence à son aspect peu pratique et contraignant[13]. Quels qu'en soit les motivations ces comportements illustrent à la fois la vigueur des débats scientifiques sur le sujet (face auxquels il est peut-être difficile pour le patient de se positionner, nous y reviendrons); et la délicate appropriation du test par la population.

Enfin, de nouveaux tests immunologiques utilisant des anticorps dirigés contre des protéines du sang, lus par des automates, sont aujourd'hui disponibles. La Haute autorité de santé (HAS) a recommandé en décembre 2008 d'engager le processus de substitution des tests Hémoccult par ces tests immunologiques. Ce nouveau type de test pourrait permettre d'améliorer la détection précoce des adénomes et des cancers car leur capacité de détection d'un saignement est supérieure à celle des tests actuellement utilisé. Il serait également mieux accepté par la population, car plus facile d'utilisation (un seul prélèvement, au lieu de six). Cette substitution soulève cependant des questions d'organisation. En effet, il s'agit de choisir le test, son seuil de positivité, ses conditions de conservation et les laboratoires qui les analyserons; or cela va prendre du temps. Nora Berra, ex-secrétaire d'État chargée de la Santé, a annoncé, lors du lancement du « Mois Bleu 2012 » dédié à la lutte contre le cancer colorectal, le remplacement du test Hémoccult par des tests immunologiques pour 2013. Cependant, la majorité des professionnels de santé estime que le délai d'attente sera bien plus long.

[13] Une explication détaillée des conditions de réalisation du test Hémoccult n'a pas sa place dans le corps du texte. Cependant son mode d'emploi est disponible en annexe. Nous considérons qu'il est important pour le lecteur de savoir comment doit être réalisé ce test afin de mieux comprendre les comportements qui seront analysés tout au long de ce travail. Le test Hémoccult demande un investissement de la part des patients, et impose un rapport au corps et aux excréments qui n'est pas anodin.

4. De la nécessité d'interroger le choix des échelles territoriales retenues : Les Hauts-de-Seine et Clichy-la-Garenne.

Pourquoi les Hauts-de-Seine ?

Alors qu'il est couramment associé à la richesse et à une certaine forme de prestige social [Pinçon, Pinçon-Charlot, 2005 ; Pinçon, Pinçon-Charlot, 2009], le département des Hauts-de-Seine est certainement l'un des espaces francilien dans lequel les inégalités socio-économiques sont les plus marquées. Quelques dizaines de kilomètres séparent Neuilly-sur-Seine de Gennevilliers ou de Nanterre, pourtant leurs caractéristiques socio-économiques et démographiques sont représentatives de conditions de vie très différentes. Il importe au géographe de mettre en valeur la complexité des territoires. Or, force est de constater que mise à part certaines villes telles que Nanterre, Gennevilliers ou Neuilly-sur-Seine, peu de travaux se sont intéressés à ce département. Il s'agit donc par ce travail de renseigner les oppositions et fractures, ou au contraire les similitudes et continuités à l'origine de la complexité de ce territoire francilien encore peu étudié.

De par sa situation et son histoire le laboratoire Espace Santé et Territoires (LEST) entretient des rapports privilégiés avec le territoire des Hauts-de-Seine. Un réseau d'acteurs y est déjà sensibilisé à l'existence, et l'intérêt des travaux de géographes de la santé. La structure de gestions des dépistages des cancers du département (l'ADK 92), qui est finalement un des partenaires privilégié de ce travail de recherche, fait partie du groupe de travail coordonné par le laboratoire et l'association Elus santé Publique et territoires (ESPT) dans le cadre du projet «Géographie et dépistage du cancer». Elle avait donc déjà fait part de son intérêt à soutenir ce type d'étude, or, comme nous le verrons l'obtention des données sanitaires est un élément essentiel de ce projet.

Travailler dans les Hauts-de-Seine correspond également au choix de la proximité. Après avoir traversé l'Atlantique puis la région parisienne[14], il semblait intéressant de confronter nos problématiques de recherche à un territoire proche. Proche au point de vue de distance physique, mais aussi des conditions et modes de vie. Puisque comme en témoigne la géographe Jacqueline Bonnamour à l'issue de sa carrière « *le géographe entend comprendre aussi bien le plus lointain et le plus proche. Le monde pour moi* [et je m'associe aujourd'hui à ses propos] *commence à proximité, l'exotisme peut être au bout de la rue, l'insolite à portée de vue* » [Bonnamour, 2000, p 15].

[14] Mon terrain de recherche de master 1 s'est déroulé en Equateur, alors que celui de l'an dernier a porté sur la ville des Mureaux, dans les Yvelines (78).

Pourquoi Clichy-la-Garenne ?

L'architecture, la démographie et les caractéristiques socio-économiques de la ville de Clichy-la-Garenne témoignent de son riche passé industriel et ouvrier. C'est une ville qui reste majoritairement populaire et multiculturelle, et ce malgré sa situation géographique et l'augmentation des prix de la vie parisienne qui attirent de nouvelles populations. Elle se situe dans une position intermédiaire au sein de son département. En effet, c'est une commune des Hauts-de-Seine, qui par certains aspects se rapproche de la ville de Paris et par d'autres du département de Seine-Saint-Denis. Cette position de carrefour géographique, mais aussi historique et social a retenu notre attention. La ville de Clichy apparaissait comme un compromis entre la richesse souvent associée au département, et l'image de misère sociale que peut véhiculer certains espaces urbains franciliens.

Ce travail s'inscrit également dans le prolongement d'une étude menée au premier semestre par un groupe d'étudiantes du master géographie de la santé de Nanterre. Celles-ci ont appréhendé le recours au dépistage du cancer colorectal à Clichy-la-Garenne via les données sanitaires fournies par l'ADK 92, puis elles ont tenté d'identifier les facteurs permettant d'expliquer certaines inégalités. Il s'agit donc de poursuivre et d'approfondir cette réflexion sur les dépistages des cancers et leurs inscriptions territoriales. Enfin, l'existence d'un partenariat entre l'ADK 92 et l'ancien service SIG[15] de la ville de Clichy a fortement contribué à retenir cette ville. Cet accord permettait d'envisager un traitement relativement rapide de la base de données initiale, et ce nous le verrons, grâce à une géolocalisation en interne des individus invités.

Echelles d'observations, échelles d'analyse : des choix qui se justifient.

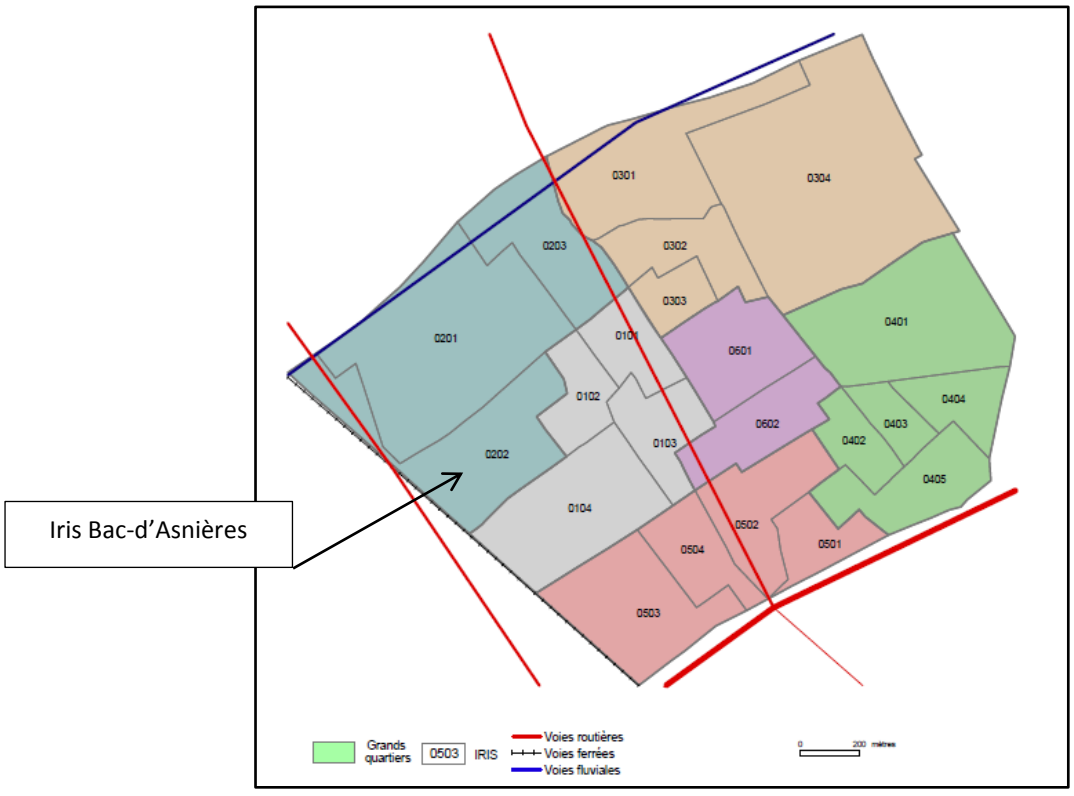
Définir la ou les échelles à laquelle le fait de santé sera observé est crucial, car il déterminera en partie ce que le géographe verra et pourra voir. Comme le rappelle Jacques Levy dans son Dictionnaire de géographie « *parler d'échelle c'est admettre qu'autre chose change que la taille quand change la taille* » [Levy, Lussault, 2003, p 285].

[15] Le service SIG (Système d'information géographique) est aujourd'hui compris dans l'observatoire social de la ville de Clichy.

C'est-à-dire que le changement d'échelle n'implique pas seulement les dimensions de l'espace observé, mais modifie l'appréciation possible des enjeux sociaux, politiques ou économiques d'un territoire.

Cette étude des disparités de recours au dépistage du cancer colorectal adopte une double démarche : analyse micro-locale et multi-scalaire des processus socio-territoriaux. Il s'agit d'un choix méthodologique et conceptuel. Celui-ci repose sur l'hypothèse suivante : c'est en observant le plus finement possible les rapports et enjeux sociaux spatialisés, puis en les confrontant aux échelles macro, que le géographe appréhende au mieux un territoire. Ce travail a porté sur différentes échelles du territoire clichois. En France, la plus petite entité spatiale qu'il est possible de traiter statistiquement est l'Iris[16]. Selon l'Insee la ville de Clichy possède 22 Iris, répartis dans 6 grands quartiers.

Carte 1 : Plan d'assemblage des Iris de la ville de Clichy, selon l'Insee.



Sources : INSEE-IGN 1999, mise à jour de mai 2001.

[16] Iris : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique. C'est l'échelle de base en matière de diffusion de données infra-communales définie par l'INSEE. Les caractéristiques socio-économique et démographies des territoires français sont ainsi accessibles à tous, sans qu'aucune rupture d'anonymat ne soit possible.

Ce découpage de la ville en Iris a été confronté au terrain dans le but de valider sa pertinence. Un seul Iris pose question : l'Iris 0202, Bac-d'Asnières-Pasteur-Bérégovoy. Comme nous le verrons tous au long de ce mémoire, son extrême Nord-ouest se démarque particulièrement du reste de l'Iris, et de la ville[17]. Mise à part ce cas particulier, ce découpage correspond aux structurations socio-économiques et urbanistiques de la ville. Les Iris clichois seront donc utilisés dans le cadre du traitement statistique des données socio-économiques, démographiques et sanitaires.

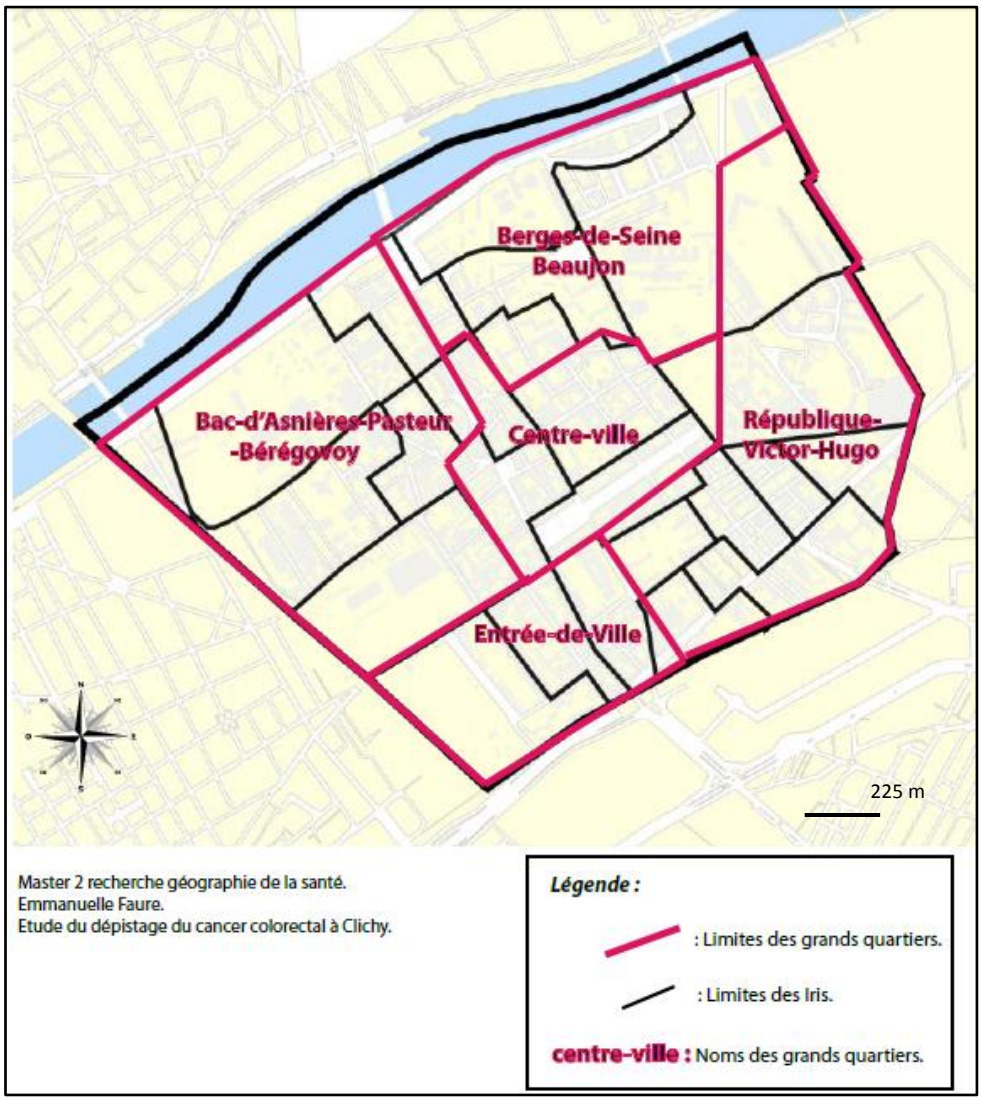
Si l'Iris est utile aux traitements statistiques il n'est certainement pas l'unique échelle utile l'étude des rapports entre dynamiques sanitaires et dynamiques territoriales. Il s'avère parfois trop petit et est dénué de sens pour les habitants (aucun Clichois ou Clichoises, ni acteurs politiques ou associatifs, ne connaissait leur existence par exemple).

Couramment mobilisée par les géographes, l'échelle du quartier est apparue davantage pertinente. Or, il convient également d'en discuter la définition et les critères de délimitation.

Le quartier est à la fois une construction politico-administrative et le résultat de la pratique quotidienne des lieux par leurs habitants. Il est l'espace vécu les habitant, qui d'après Armant Frémont « *se présente comme un lieu charismatique de la spontanéité, du connu, de ce qui est exploré et sans imprévu, territoire du face à face et du contrôle social, où l'on se déplace sans effort, sans projet programmé, sans longue perte de temps* » [Frémont, 1999]. Le quartier est aussi un référentiel administratif et politique. A Clichy-la-Garenne la municipalité considère que la ville possède 5 grands quartiers, la carte suivante en présente les limites.

[17] La présentation de la ville qui suivra celle de la méthodologie reviendra sur la situation de ce micro-territoire urbain.

Carte 2 : Découpage administratif de la commune de Clichy-la-Garenne.



Sources : fond de carte ville de Clichy, réalisation Faure E., mai 2012.

Bien que l'hétérogénéité du quartier Victor-Hugo République, ainsi qu'à la particularité de l'extrême Nord-ouest de celui de Bac-d'Asnières-Pasteur-Bérégovoy pose question ce découpage est apparu conforme à nos observations de terrain. Lorsqu'au cours de ce mémoire nous parlerons de quartier, nous nous référerons donc à cette séparation de la ville en cinq entités.

Enfin, l'un des enjeux de la discipline réside dans l'appréciation multi-scalaire des phénomènes socio-territoriaux. L'objectif initial de ce projet consistait à mettre en valeur une géographie générale de la ville de Clichy au regard des dynamiques sanitaires retenus, puis d'axer l'étude sur deux ou trois quartiers clichois dans le but de les comparer. Le second volet de cette démarche n'a finalement pas été retenu.

Le temps imparti au travail de terrain (un peu plus d'un mois) est apparu difficilement compatible avec un tel projet. Si au cours de ce mémoire, les mêmes quartiers, ou Iris, sont souvent cités en exemple c'est parce qu'ils nous sont apparus originaux et utiles à la démonstration de certains phénomènes, et non pas parce que nous les avions sélectionnés *a priori*. C'est pourquoi la définition de l'ethnographe donnée par les auteurs du Guide de l'enquête de terrain, correspond tout à fait à celle que nous attribuerions au géographe de la santé. Il est « *celui qui ne se contente pas de visions en surplomb, qui ne se satisfait pas des catégories déjà existantes de description du monde social (catégories statistiques, catégories de pensée dominantes ou standardisées). Il manifeste un scepticisme de principe à l'égard des analyses « généralistes» et des découpages préétablis du monde social* » [Beaud S., Weber F., 2010, p 10].

B. Méthodologies.

L'analyse géographique des constructions socio-territoriales de santé et de genre requiert la possession de multiples sources de données. C'est en associant des méthodes dites « quantitatives » et « qualitatives », que nous avons tenté de comprendre le plus précisément possible les dynamiques socio-spatiales modelant le territoire clichois. Rappelons que cette étude se veut avant tout exploratoire. Elle a pour objectif de tester la méthodologie qu'il s'agira de mobiliser dans le cadre d'une thèse.

Nous considérons que la pratique quotidienne de la ville est essentielle. Les déambulations et observations, les discussions improvisées, les entretiens et la passation de questionnaires ont contribué à notre appréhension du territoire clichois. Les sources d'information qualitatives ne suffisent pourtant pas. Ces premières impressions du terrain et du fait de santé ont été confrontées aux données quantitatives de différentes natures. Les données d'ordre socio-économique et démographique ont été obtenues auprès de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ; alors que celles portant sur les pratiques de dépistage du cancer colorectal ont été fournies par l'ADK 92. Enfin, bien qu'il ne soit pas explicitement présenté ici, un travail bibliographique a accompagné les différentes étapes de ce travail. Nous nous sommes souvent référés à la littérature française et anglo-saxonne en géographie, géographie de la santé, sociologie, épidémiologie sociale ou santé publique.

1. Contexte institutionnel et temporalité de l'étude.

Ce travail de recherche est le fruit d'une collaboration entre différents acteurs. Nous avons d'une part été accueillie en stage au sein de la direction de la santé de la ville de Clichy-la-Garenne, et plus spécifiquement par le centre de santé municipal Marc Chagall et son directeur le Dr Atlas. D'autre part l'organisme de gestion des dépistages des cancers dans les Hauts-de-Seine, l'ADK92, nous a permis d'accéder à l'ensemble des données sanitaires qui ont été traitées. La médecin coordinatrice de l'ADK92, Dr Dehé, a mis à notre disposition les résultats du dépistage du cancer colorectal de la ville de Clichy-la-Garenne pour la campagne 2010-2011. Enfin l'association ESPT (Elus, Santé Public et Territoire) a financé ce stage.

Contrainte par le calendrier universitaire (soutenance en juin) et les emplois du temps des partenaires le travail de terrain a été réalisé avant le traitement statistique des données sanitaires. Le stage au sein service de la direction de la santé de Clichy s'est déroulé du 20 février au 23 mars 2012. Quelques rendez-vous et visites de terrain ont eu lieu au-delà du 23 mars, mais de façon ponctuelle. L'analyse des données sanitaires a ensuite été réalisée au sein des locaux de l'ADK 92. Elle a permis d'éclairer certaines des hypothèses de terrain, inversement, le traitement et l'interprétation de celles-ci ont été facilités par la connaissance de la ville et de certains des enjeux socio-territoriaux clichois. Nous envisagions de retourner sur le terrain une fois le travail statistique effectué, mais cela n'a pas été possible.

2. Approche quantitative : traitements des données sanitaires et aperçu du contexte socio-économique local.

Présentation de la base de données fournie par l'ADK 92 et du panel obtenu.

Le dépistage du cancer colorectal n'est pas proposé à l'ensemble des individus entre 50 et 74 ans, il existe un certain nombre de facteurs d'exclusion. Calculer les taux de participation à partir des données démographiques de l'Insee (nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans au sein de l'espace ciblé) entrainerait donc une sous-estimation des taux de participation au dépistage.

Les données utilisés dans le cadre de cette étude nous ayant été directement fournies par l'ADK 92, les taux de participation au dépistage du cancer colorectal ont été calculés sur la base des invités. L'opération a été réalisée à partir des variables suivantes : le nombre de personnes ayant réalisé le test Hémoccult au cours de la campagne choisie (le numérateur) et le nombre de personnes invité par l'ADK 92 durant cette même campagne (le dénominateur).

Le dépistage du cancer colorectal est organisé depuis 2008 dans les Hauts-de-Seine. Les données de deux campagnes complètes sont donc disponibles (2008-2009 et 2010-2011). Il a été décidé de concentrer cette étude sur la dernière campagne (donc celle de 2010-2011). Il s'agissait d'analyser les données sanitaires les plus proches (d'un point de vue temporel) des situations que nous allions observer sur le terrain.

L'approche dynamique du phénomène au travers de la comparaison des deux campagnes aurait certainement été très intéressante. Cependant au vue du temps imparti à notre recherche cette année cette possibilité à très vite été écartée.

L'organisme de gestion des dépistages des cancers du sein et colorectal des Hauts-de-Seine et le service SIG (Système d'Information Géographique) de la ville de Clichy-la-Garenne ont l'an passé initié un travail de géolocalisation des individus invités par l'ADK 92. Le service SIG de Clichy-la-Garenne a fourni à l'ADK 92 un tableau de correspondances entre les numéros et noms des rues de la commune et leurs Iris. Il s'agissait de rendre possible les analyses de la participation à des échelles fines, et ce, sans qu'aucun logiciel (tel que *Batch-Géocodeur*) ne s'avère nécessaire. Cette méthode a été choisie par la structure de gestion des dépistages des cancers dans le but d'établir une base de données à partir de laquelle un travail de routine serait envisageable. Nous nous sommes donc adaptés à ce cadre méthodologique.

Nous disposions de 14 909 lignes, c'est-à-dire de 14 909 Clichois et Clichoises de 50 à 75[18] ans ayant été invités par l'ADK 92 au dépistage du cancer colorectal au cours de la campagne 2010-2011. Cependant, le tableau fourni par le service SIG de Clichy-la-Garenne n'est pas exhaustif, il manquait certains numéros de rue. De plus, les informations concernant les individus, directement issues des bases de l'assurance maladie, comportaient elles aussi quelques erreurs et incohérences. Lors de la première extraction, 5,3% des individus n'était attribué à aucun Iris. La connaissance préalable du terrain a facilité le travail de réattribution des adresses ou les corrections orthographiques des noms de rue. Après plusieurs tentatives, le taux de personnes non localisé a été réduit à 3,7% (ce qui correspond à 555 individus). Le calcul des taux de participation au dépistage du cancer colorectal à Clichy-la-Garenne a donc été réalisé sur une base de 14 354 individus, dont 7537 hommes (53%) et 6817 femmes (47%)[19].

Une analyse des principales caractéristiques des individus exclus de cette étude (car non géocodés) a été réalisée. La répartition par sexe, par âge, par Iris de résidence, mais aussi, leurs taux de participation ont été calculé afin de sonder les éventuelles conséquences de leur exclusion sur les résultats de l'étude. Il s'avère que les caractéristiques de ces derniers sont très proches de celles de notre panel. Leur exclusion n'a donc pas de conséquence majeure sur les résultats.

[18] Certains des individus ayant 74 ans au moment de l'invitation ont réalisé le test une fois l'anniversaire de leurs 75 ans dépassé. Ils ont tout de même été inclus dans l'étude. Le panel retenu comprend donc des personnes âgées de 50 à 75 ans.

[19] L'annexe numéro 1 présente en quelques graphiques la composition de la base de données à partir de laquelle les traitements ont été effectués.

Il convient de préciser que cette étude porte sur le dépistage organisé du cancer colorectal. De ce fait seul le dépistage par test Hémoccult est pris en compte, or, comme nous l'avons vu, il existe d'autres moyens pour détecter ce cancer : coloscopie, test de recherche de sang dans les selles (différent du test Hémoccult, il est réalisé dans un laboratoire d'analyse médical de ville). Bien que nous en ayons fait la demande auprès de la CPAM des Hauts-de-Seine, nous ne disposons pas des données nécessaires à l'estimation du nombre de personnes concernées par ces autres techniques. Il apparait à la suite de nos entretiens avec les médecins généralistes de la ville de Clichy que trois d'entre eux prescrivent systématiquement soit le test en laboratoire, soit la coloscopie. D'autres se réservent la possibilité de proposer le test en laboratoire aux patients les plus réticents, ou bien aux personnes les plus âgées. L'un d'eux déclare ainsi : « *je distribue souvent des tests Hémoccult, mais vous savez pour certains patients le labo c'est plus pratique […] c'est ça ou ils ne le font pas* » (médecin homme, 47 ans, Centre-ville). Certains de ces médecins estiment que les représentations que se font leurs patients du laboratoire doivent être prises en compte. Comme en témoigne les propos de ce médecin : « *des patients ont l'impression que c'est plus fiable au labo* » (médecin homme, 47 ans, Centre-ville), ou cet autre professionnel qui déclare que «*certains de mes patients ne veulent pas le faire tout seul, ils pensent qu'il est plus simple d'aller au laboratoire* (pause) *ils préfèrent le labo car là-bas ils sont pris en charge par des professionnels. Chez eux ils ont peur de se tromper* » (médecin homme, 62 ans, Centre-ville). Le cas des médecins qui prescrivent systématiquement la coloscopie est quelque peu différent. Il s'agit de professionnels opposés au programme de dépistage coordonné par l'ADK 92. Il serait donc intéressant, dans le cadre de la poursuite de ce travail de recherche, de pouvoir obtenir les données permettant de quantifier de telles pratiques, d'évaluer les trajectoires de recours, les structurations territoriales ainsi que les représentations sociales de la maladie et du corps qu'elles peuvent révéler.

<u>Traitements et analyse des données sanitaires.</u>

Pour une raison de confidentialité, les traitements statistiques ont été réalisés au sein des locaux de l'ADK 92 à Nanterre, du 26 mars au 13 avril 2012. Les hypothèses sous-jacentes aux calculs effectués ont été identifiées au sein d'une revue de littérature portant sur le dépistage du cancer colorectal, l'évaluation de programme de santé préventive et les comportements sanitaires de différentes populations. Nos observations et résultats de terrain ont également permis d'en identifier de nouvelles.

Notre licence du logiciel SPSS ayant expiré les traitements statistiques ont été réalisés sous *Excel*. Les indicateurs suivants ont été calculés :

-*à l'échelle départementale (et par commune)* : taux de participation globale; taux de participation des femmes ; taux de participation des hommes.

-*à l'échelle communale (Clichy-la-Garenne):* part des individus exclus, part des individus ayant effectué le test (c'est à dire le taux de participation), part des individus n'ayant jamais répondu (donc les non participants), part des individus s'étant procuré le test chez leur médecin mais ne l'ayant pas réalisé, puis taux de dépistage par sexe, par tranches d'âge (partition du panel en 5 classes de 5 ans) et par sexe et âge; taux de recours à des médecins généralistes exerçant sur Clichy-la-Garenne pour l'obtention du test Hémoccult ; taux de recours à des médecins généralistes exerçant sur Clichy-la-Garenne pour l'obtention du test Hémoccult par tranches d'âge ; taux de recours à des médecins généralistes exerçant sur Clichy-la-Garenne pour l'obtention du test Hémoccult selon la distance entre Iris de résidence du patients et Iris d'exercice du médecin ; enfin taux de recours à des médecins généralistes exerçant hors de Clichy-la-Garenne.

-*à l'échelle infra-communale (Iris)* : taux de participation global ; taux de participation des femmes ; taux de participation des hommes ; ratio des taux de participation des femmes/hommes ; taux de participation par tranches d'âge (ici la population a été séparée en deux : 50-59 ans et 60-75 ans) ; taux de participation attribuables à l'invitation, à la première relance puis à le seconde relance ; trajectoires de recours aux médecins généralistes pour l'obtention du test Hémoccult.

Les calculs de Khi² ont permis de tester la signification de certains résultats (écarts entre le taux de participation entre Iris et entre sexes par exemple). Les principales hypothèses de ce travail portant sur l'existence d'une construction spatio-genrée de la santé, il était primordial de s'assurer de la significativité des écarts constatés entre hommes et femmes.

Enfin, certains de ces résultats ont été cartographiés à l'aide des logiciels *Philcarto* et mise en page sous *Adobe Illustrator*. Dans la majorité des cas la méthode de discrétisation « AM » a été retenue. Celle-ci correspond à une discrétisation en *n* classes d'égale amplitude. Au vu du nombre d'Iris que possède la ville de Clichy-la-Garenne (22) et des degrés de dispersion de nos résultats nous avons choisi de créer parfois 3, 4 ou 5 classes. La méthode par quartiles est également utilisée pour certains indicateurs (comme les revenus annuels médians). Elle permet de séparer en ses extrêmes 5% des unités spatiales ayant les valeurs les plus petites, et 5% les plus grandes.

Traitements et analyse des données socio-économiques de l'INSEE.

Dans un premier temps des données issues du dernier recensement de population de l'Insee (daté de 2008) ont été mobilisées afin d'établir une typologie socio-économique et démographique des Iris de la ville. Ces traitements répondent à une hypothèse structuraliste des relations entre territoire(s) et santé. Il s'agit de considérer que l'environnement local a une influence sur les modes de vie et les comportements des individus. Une CAH (analyse en composante hiérarchique) a été réalisée grâce au logiciel *Philcarto*. Cette typologie a permis de classer les Iris selon des profils socio-économiques. Chaque classe rassemble des unités spatiales à la fois proches les unes des autres, et différentes de celles appartenant aux autres classes. Les indicateurs suivants ont été retenus : taux de bénéficiaires de la CMUC, taux de chômage des 15-64 ans, taux de professionnels cadres et intellectuels supérieurs, taux d'ouvriers, taux de famille monoparentale, taux de ménage composé d'une personne de plus de 55 ans vivant seule, taux d'individus de 15 ans et plus non-scolarisés et sans diplôme, taux de propriétaire et enfin taux de HLM par Iris. La typologie retenue comprend 5 classes. La part de l'inertie prise en compte par cette typologie est de 82,9 %.

Dans un second temps, certaines données démographiques ont été isolées afin de tester l'influence des dynamiques et compositions de population à l'échelle micro-locale. Les taux d'individus résidant dans un autre logement 5 ans avant la date du recensement ont été retenus comme indicateur des dynamiques de population. La composition de la population a quant à elle été appréhendée à partir de la répartition par âge des habitants d'un Iris. Enfin, ces résultats ont été complétés par l'analyse des dynamiques urbanistiques de la ville (identification des nouveaux quartiers versus quartiers historiques).

3. Approche qualitative : de l'intérêt du contact avec le territoire et ses acteurs.

Le travail de terrain a été mené du 21 février au 23 mars 2012. Cette récolte de données qualitatives a mobilisé la rencontre de trois types d'acteur : la population cible du dépistage (donc des hommes et des femmes âgés de 50 à 74 ans), les professionnels de santé impliqués (les médecins généralistes principalement) et les acteurs locaux susceptible d'être en contact avec cette population et notre thématique de santé (politiques, membres d'association locales, professionnels des questions sociales, urbanistiques,…). Le questionnaire, l'entretien ainsi que l'observation sont les principaux outils de recueil de données mobilisés.

Les entretiens avec les professionnels de santé.

Les médecins généralistes et gastroentérologues sont les deux professionnels de santé directement impliqués dans le dépistage du cancer colorectal. L'ensemble des médecins généralistes de la ville a été contacté en vue d'obtenir un rendez-vous. Sur les 35 médecins libéraux exerçant à Clichy-la-Garenne 7 ont accepté de nous recevoir dans leur cabinet, 4 ont préféré mener l'entretien par téléphone. Enfin 4 des 6 médecins du centre municipal de santé ont été interviewé en face à face. La médecin du travail exerçant au siège de L'Oréal nous a également reçu dans son cabinet. Un seul gastro-entérologue exerce en libéral à Clichy-la-garenne, nous l'avons rencontré dans son cabinet.

Une trame d'entretiens[20] a permis de guider nos discussions avec ces professionnels de santé. Il s'agissait d'interroger leurs opinions et leurs pratiques quant au dépistage du cancer colorectal, mais aussi de sonder les comportements de leurs patients au travers du ressenti de ces professionnels. Enfin, nous cherchions à questionner leurs pratiques personnelles du dépistage (Ont-ils déjà fait le test ? qu'en ont-ils pensé ?). Introduire cette dernière partie permettait de questionner des individus de plus de 50 ans, et non plus seulement des praticiens. Nous supposons qu'il existe un lien entre les pratiques du médecin en termes de dépistage et son expérience personnelle du test Hémoccult.

La majorité des médecins nous ont réservé un créneau horaire de consultation, c'est-à-dire vingt minutes, mais certains entretiens ont été bien plus longs.

Le « questionnaire population ».

La population cible de cette enquête comprend les habitants et habitantes de Clichy-la-Garenne âgés de 50 à 74 ans. La tranche d'âge ciblée par le dépistage du cancer colorectal peut être divisée en type de population : les 50 à 60 ans qui sont bien souvent encore insérés dans la vie active, et les plus âgés qui, pour la majorité d'entre eux, sont à la retraite. Il a fallu identifier des modes, des lieux et des horaires de passation du questionnaire adaptés à chacune des deux populations. Un travail de repérage des lieux et de prise de contact avec les acteurs locaux a été nécessaire à l'identification des espaces au sein desquels ils seraient possibles de les rencontrer.

[20] Le questionnaire utilisé comme trame d'entretiens auprès des médecins généralistes et disponible en annexe.

La passation d'un questionnaire[21] auprès de la population cible du dépistage du cancer colorectal devait permettre d'obtenir des informations quant aux motivations de recours ou non recours au dépistage, aux perceptions et représentations de la santé, la santé préventive, cette pathologie cancéreuse et son dépistage. Le questionnaire devait également permettre de recueillir des informations sur la ville de Clichy-la-Garenne et de ses quartiers, les représentations sociales véhiculées par certains lieux ou territoires. Il comprend six sections : « votre ville et votre quartier », « les hommes, les femmes et la santé », « les cancers », « le dépistage du cancer colorectal », « parler du cancer colorectal » et enfin une partie interrogeant certaines caractéristiques socio-démographiques de l'individu. Ce questionnaire est composé de questions fermées à choix multiples, et de questions ouvertes invitant la personne à exprimer ses opinions ou expliquer ses réponses.

Ce questionnaire a été rédigé de telle sorte qu'il pouvait être auto-administré ou servir de support à l'enquêtrice pour une discussion en face à face. Alors que le questionnaire auto-administré permet à la personne de passer outre la gêne que peut provoquer le sujet, le face à face donne à voir cette gêne ou bien au contraire permet d'approfondir certaines thématiques. La rencontre directe des personnes à souvent donnée lieux à de véritables entretiens. Le questionnaire n'était alors qu'une simple trame, et les informations collectées bien plus riches. Les deux méthodes possèdent leurs avantages et inconvénients or, et nous y reviendrons en dernière partie, il semble que l'entretien soit préférable.

Les lieux dans lesquels nous avons rencontrés les Clichois et Clichoises sont les suivants :

- *Le foyer Maurice Vergne*[22] : Le questionnaire a été distribué à certaines participantes[23] de l'activité « gym cerveau[24] », alors qu'il a donné lieu à des entretiens individuels avec celles de l'atelier « travaux manuels ». Ces personnes ont toute plus de 60 ans, résident majoritairement dans les quartiers Nord et centre-ville. Finalement 7 questionnaires y ont été récoltés, et 5 entretiens menés.

[21] Un exemplaire de la dernière version du questionnaire est consultable en annexe.

[22] Le foyer Maurice Vergne un ensemble de logements pour personne âgées indépendantes et une salle polyvalente ouverte à tous. La grande salle est mise à disposition des personnes âgées souhaitant s'y retrouver pour discuter, lire, jouer aux cartes, ou participer à des ateliers proposés par le service retraité de la ville.

[23] La majorité des personnes inscrites aux activités proposées par le service retraité de la ville contre une faible cotisation sont des femmes. Un seul homme était inscrit à l'atelier « gym cerveau », mais il n'a pas souhaité répondre.

[24] Il s'agit d'un atelier de mots croisés, mots fléchés et de jeux de logique.

-*Les allées Gambetta :* La présence de bancs publics et l'habitude qu'ont les Clichois de se promener dans cette rue a facilité la réalisation d'entretiens prolongés. Ce lieu de passage, proche des commerces, du centre-ville, du parc Salengro et de nombreuses écoles a permis d'aborder des individus d'âge et de quartiers différents. 5 entretiens y ont été réalisés (dont 4 femmes et 1 homme).

-*Le parc Salengro :* En journée ce parc est fréquenté par des personnes âgées ou sans emplois et des assistantes maternelles ; le midi par les employés de nombreuses entreprises situées à proximité ; enfin le soir et le weekend par des familles et des joggeurs. 10 entretiens y ont été réalisés (dont 5 femmes et 5 hommes).

-*L'association SFM :* Cette association de soutien sociolinguistique nous a permis de rencontrer des femmes[25] d'origines socio-économiques et culturelles différentes de celles abordées dans les autres lieux. Si un seul entretien en face à face a pu y être organisé c'est avant tout par manque de temps. Deux questionnaires en auto-administration ont été obtenus auprès de femmes fréquentant le groupe « santé » de cette association.

- Enfin des questionnaires ont été distribués aux employés du siège de L'Oréal habitant Clichy. Ce lieu devait nous permettre de toucher les individus les plus jeunes de la tranche d'âge cible, car encore actifs. Nous y avons récolté 7 questionnaires (dont 4 hommes et 3 femmes).

<u>Les entretiens avec des acteurs locaux.</u>

Comprendre comment s'organise un territoire au travers d'une question de santé nécessite la rencontre de divers acteurs locaux. Récolter des informations sur les motivations du recours au dépistage du cancer colorectal, sur les pratiques et impressions des médecins généralistes et des individus ciblés par le programme ne suffit pas. La santé est un fait multifactoriel qui ne se limite pas au domaine sanitaire.

[25] Les activités proposées par cette association ne s'adressent qu'aux femmes. C'est un choix de leur part, qui malgré tout, fait encore régulièrement débat.

C'est pourquoi nous avons également rencontrés les personnes suivantes :

- *Personnalités politiques et employés des services municipaux:* l'élue aux personnes âgées (pour des raisons familiales l'élue à la santé n'assure plus ses fonctions, nous n'avons donc pas pu la rencontrer) ; la responsable du service aux personnes âgées de la ville ; le directeur du service santé et solidarité de la ville, la responsable de l'Observatoire social de la ville.

- P*rofessionnels du champ médico-social* : l'anthropologue et médiatrice la municipalité et le foyer Adoma[26] ; la médecin de prévention du centre de santé ; la coordinatrice de l'ASV ; le directeur du centre municipal de santé ; le chargé des programmes de santé préventive « les volontaires de la santé » et « M t dents » et fin connaisseur de sa ville.

- *Professionnels en charge du renouvèlement urbain et de la vie de quartier* : la directrice du service de la politique de la ville ; le chargé de la démocratie locale du quartier Pasteur-Fournier-Bac d'Asnières ainsi que son collègue du quartier Entrée-de-ville également chargé des relations entre la ville et le XVII arrondissement de Paris.

-*Acteurs associatifs, animateurs et habitants ressource* : la responsable du service de la vie associative ; animateur de l'atelier « gym cerveau », animatrice de l'atelier « activités manuelles », la responsable de l'association SFM ainsi que trois des professeurs intervenants, la responsable du pôle famille de l'association de quartier Fourniers-Bac d'Asnières ; l'ex-responsable de l'association de quartier « *Chance RAI* » anciennement implanté Rue de Paris ; le responsable des archives municipales ; une habitante du quartier Entrée-de-ville tenant une « permanence » de conseil dans l'accès aux droit et à l'information tous les jours de 14h à 18h dans l'arrêt de bus « dispensaire » sur le boulevard Victor Hugo.

[26] Adoma : anciennement Société nationale de construction de logements pour les travailleurs (Sonacotra), le nouveau nom est adopté en janvier 2007. Il est construit à partir du latin « ad » qui signifie vers et « domus », la maison. C'est une société d'économie mixte dont le capital est détenu par des acteurs publics. Elle construit et gère des foyers de travailleurs migrants, résidences sociales, pensions de famille, centres d'hébergement, centres d'accueil de demandeurs d'asile, aires d'accueil de Gens du voyage…

L'observation participante.

Les entretiens sont des moments d'échange riches en recueil d'information mais soumis à des filtres qui peuvent empêcher le chercheur de saisir certains enjeux. La personne interrogée peut omettre ou cacher certaines informations. Bien que l'omniscience et l'objectivité ne soit pas atteignables, l'observation (participante ou non) peut être un moyen de détourner quelque peu ce biais. Des contacts ont été établis avec plusieurs structures locales.

L'association SFM a été l'un de nos principaux appui. Celle-ci propose des cours d'alphabétisation, des groupes de travail sur différentes thématiques (lecture de la presse, santé, éducation, éducation civique, etc.) et les services d'un écrivain public. Mise à part cette dernière mission, l'ensemble des activités est réservé aux femmes. Elles sont insérées dans les groupes selon leur niveau de français. Bien qu'appartenant globalement aux mêmes catégories socio-économiques, ces femmes, toutes d'origines étrangères, possèdent des histoires migratoires et des niveaux d'appropriation de la langue et du mode de vie français très différents. Trois interventions ont pu être organisées : une au sein du cours de français débutant, une autre au près du groupe « presse » enfin une avec les femmes du groupe « santé ». Il s'agissait de présenter le programme de dépistage du cancer colorectal, puis d'interroger la connaissance et les représentations de ce cancer et son dépistage des participantes sous forme d'entretien collectif.

Un groupe de travail intitulé « migrants vieillissants » se réunit régulièrement. Nous avons assisté à l'une des réunions entre ces professionnels du secteur de l'aménagement, du renouvèlement urbain, du secteur social et médical en charge des relations avec le foyer de travailleurs migrants. L'enjeu majeur des réflexions menées par ce groupe concerne la restructuration du foyer Adoma. Aujourd'hui implanté au sein du quartier Entré-de-Ville, il devrait être démoli prochainement et reconstruit sur deux sites : une partie à l'emplacement actuel, et une autre dans le quartier Bac-d'Asnières. Les réflexions de ce groupe de travail nous ont permis de mieux comprendre les relations qu'entretient la municipalité avec les résidents et l'organisme de gestion du site. Elles ont également contribué à l'appréciation des enjeux liés à la place de cette population dans le quartier Entrée-de-ville ainsi que dans celui de Bac-d'Asnières.

Enfin, notre partenariat avec l'ADK 92, nous a permis d'assister à une séance de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal animée par sa chargée de santé publique. Celle-ci a eu lieu dans la maison de quartier des Grésillons, à Gennevilliers. Bien que ne se déroulant pas sur le territoire ciblé par cette étude, il est apparu intéressant d'y assister.

Les visites de terrain et photographies.

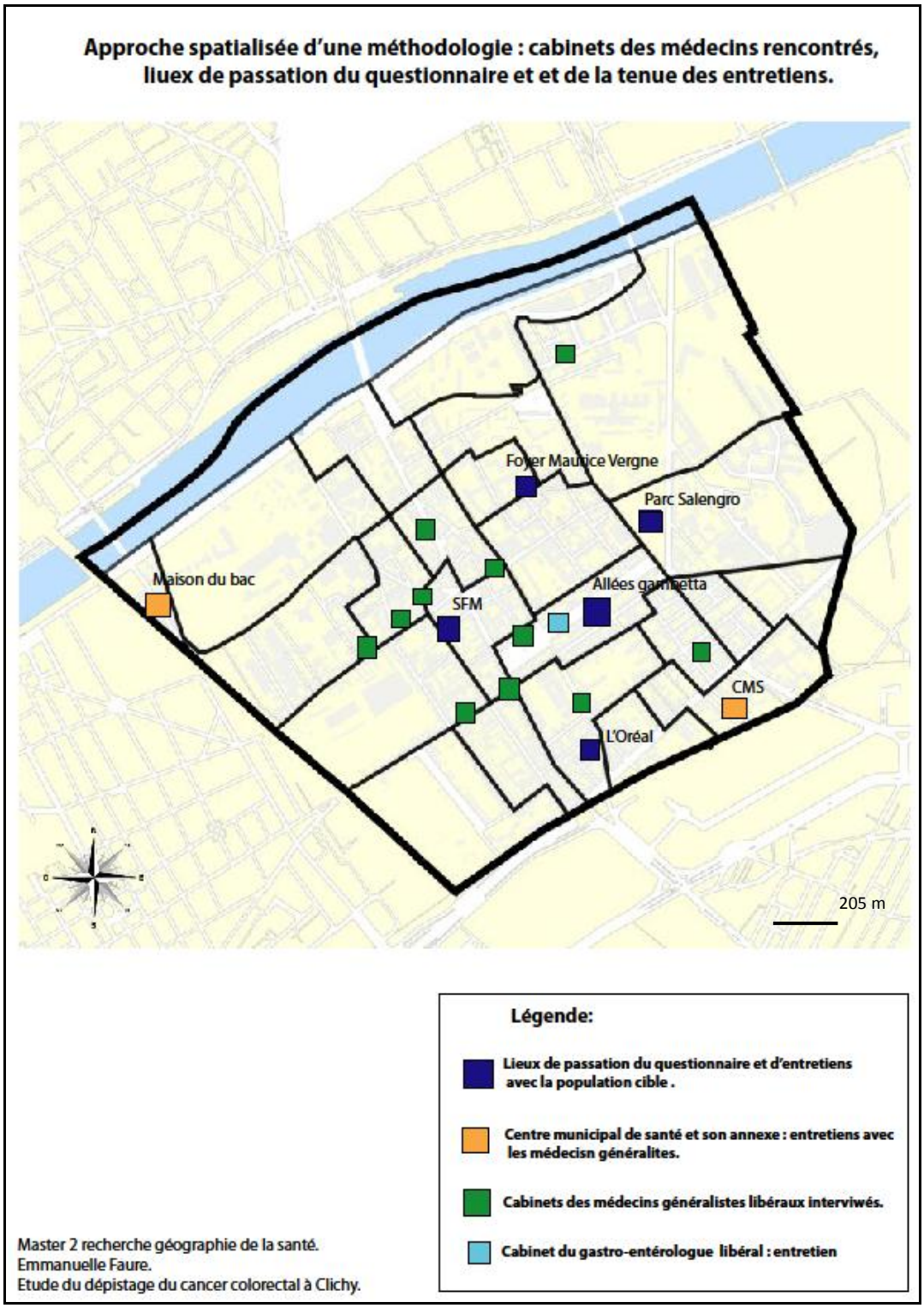
Ce travail de terrain a également consisté à parcourir la ville, à entrer dans les cours d'immeubles ou les troquets, à s'assoir dans les parcs et discuter avec des passants. C'est au cours de ces « balades urbaines » (entre deux rendez-vous ou sur des périodes plus longues) que la photographie a permis de fixer les impressions et les découvertes. Elles seront présentes au fil de ce travail comme illustratrices du territoire clichois.

Enfin, expérience riche d'enseignements, le responsable de la démocratie locale du quartier Bac-d'Asnières, a, lors d'une après-midi, guidé nos pas dans la ville. Cet acteur du terrain a partagé son savoir et son expérience. Il nous a permis de découvrir de nouvelles facettes d'un territoire déjà longuement arpenté. L'histoire du quartier, les enjeux politiques actuels, les conflits qui se cristallisent autour de certains commerces ou bien les inquiétudes des habitants face aux bouleversements de leur ville sont autant d'éléments utiles au géographe.

La carte suivante situe les lieux dans lesquels les questionnaires ont été distribués et les entretiens menés. Pour une raison de visibilité ne sont pas représenté les itinéraires de visites de terrain, ni les lieux dans lesquels des observations prolongées ont été menées (comme les deux marchés, l'esplanade de la mairie, le parc des Impressionnistes ou le boulevard Victor-Hugo)[27].

[27] Ces lieux apparaissent sur la carte du verso du marque-page accompagnant ce mémoire.

Carte 3 : Représentation spatiale de la méthodologie qualitative.



Sources : fond de carte ville de Clichy. Réalisation Faure E., Adobe Illustrator, mai 2012.

C. Clichy-la-Garenne : quand l'histoire et les représentations sociales façonnent un territoire.

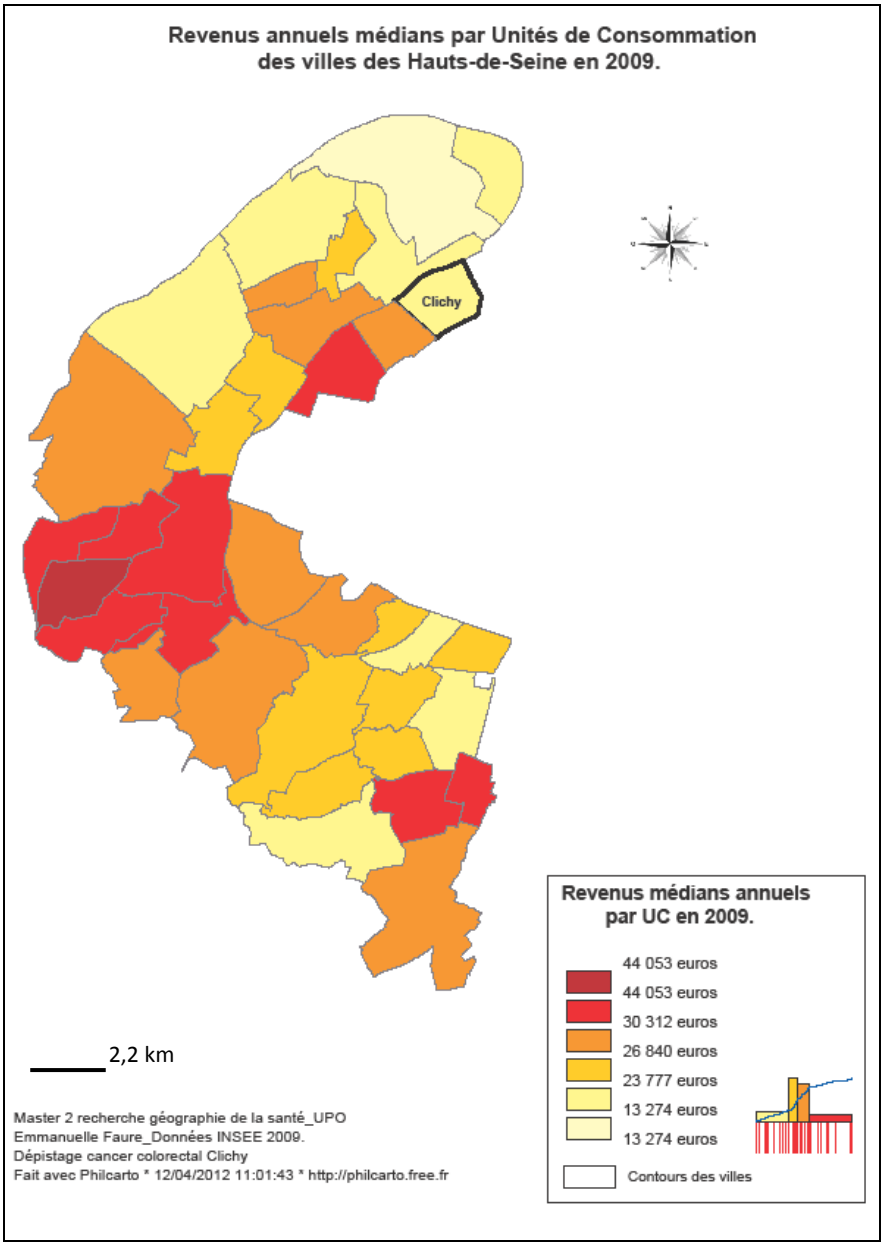
Les territoires sont des palimpsestes de phénomènes sociaux, économiques, politiques, culturels et historiques. Ils sont marqués par les sociétés successives qui se les sont appropriés, les ont modelés et transformés. Sans retranscrire l'ensemble des évènements historiques clichois, il convient d'en présenter les faits marquants. « Marquants » de par leur rôle dans l'organisation du territoire et leur capacité à révéler ce qui est aujourd'hui perçu et vécu par ses habitants.

1. Clichy-la-Garenne : situation géographique, contexte historique et représentations sociales.

Clichy-la-Garenne est une commune de la petite couronne parisienne, située à l'extrême Nord-est du département des Hauts-de-Seine (92). Entité territoriale constituée en 1964, le département des Hauts-de-Seine est caractérisé par une très grande hétérogénéité socio-économique. D'après l'Insee la moyenne des revenus annuels médians du département est de 27 231 euros en 2009. Cependant cette moyenne masque des réalités très variées. Les communes situées au Sud de la ville de Nanterre sont à dominante pavillonnaire et abritent une population plutôt favorisée, c'est le cas des communes de Marnes-la-Coquette ou de Sceaux ; tandis que celles situées à extrême Nord ainsi qu'à l'extrême Sud du département se caractérisent par une urbanisation dense et un riche passé industriel. Ce sont aujourd'hui des territoires marqués par la désindustrialisation et la précarisation. C'est le cas de Gennevilliers, de Nanterre ou de Bagneux et Malakoff.

Enfin, les Hauts-de-Seine sont à la fois le support d'une ségrégation socio-territoriale qui s'accroit, et de processus de diffusion des catégories moyennes qui augmentent la mixité dans les espaces traditionnellement ouvriers. Le terme de mixité désigne ici l'arrivée de nouvelles populations, mais n'implique pas nécessairement échanges et contacts entre individus, ou entre classes sociales. Ces permanences et ces glissements ne sont pas propres à ce département, mais révèlent certaines des mutations de la société urbaine française, sans doute plus accentuées en région parisienne.

Carte 4 : Cartographie des revenus annuels médians par Unité de consommation[28] des villes des Hauts-de-Seine en 2009.



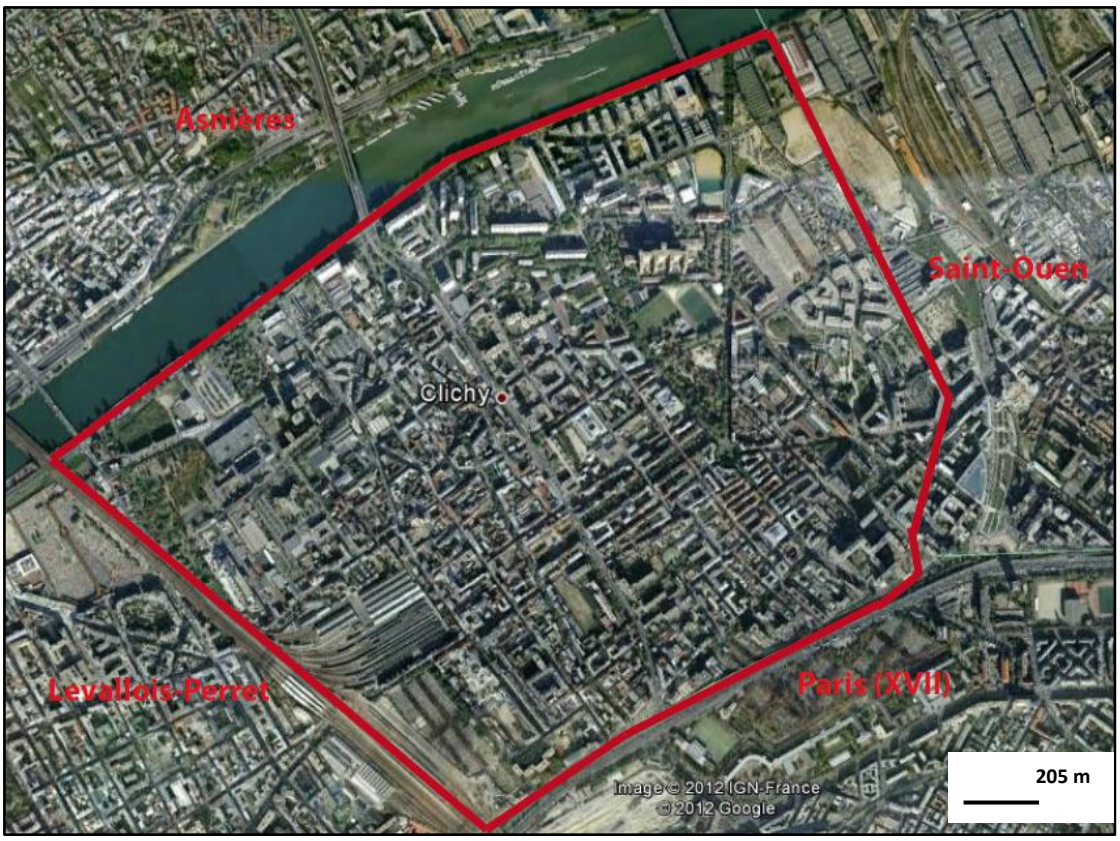
Sources : Données INSEE 2009. Réalisation : E. Faure, Philcarto, avril 2012.

L'importante amplitude de la série (les revenus médians par unités de consommation sont compris entre 13 274 et 44 053 euros par an) illustre l'hétérogénéité socio-économique du département.

[28] Unité de consommation (selon l'Insee) : Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage. Il permet de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante : 1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ; 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Cette carte illustre l'enjeu du choix de l'échelle d'observation. L'échelle départementale permet de visualiser l'hétérogénéité de tels espaces, or ces frontières, avant tout administratives, masquent des phénomènes de fractures et de continuité infrarégionales. En effet, si Clichy-la-Garenne appartient à l'Ouest parisien (espace considéré comme la banlieue parisienne très privilégiée dont la commune de Neuilly-sur-Seine est un symbole fort) son profil socio-économique s'apparente plutôt à celui de certaines des communes de la Seine Saint Denis. Les propos du directeur du service Santé-Solidarité de la commune de Clichy-la-Garenne illustrent les enjeux locaux de ses emboitements d'échelles. Il estime que «*Clichy-la-Garenne possède les moyens [financiers] du 92, mais se rapproche beaucoup [en terme d'activités économiques, de situation face à l'emploi et au chômage, de démographie,…] du 93 et de la ville voisine de St-Ouen* ».

Carte 5 : Clichy-la-Garenne, son site et ses frontières.



Source : Wikipédia et Google Earth, avril 2012.

La ville est bordée au Sud-ouest par Levallois-Perret, au Sud-est par le XVIIème arrondissement de Paris, au Nord-est par Saint-Ouen et au Nord-ouest par la Seine et dans son prolongement la ville d'Asnières. Le tracé de ces frontières administratives reflète des enjeux électoraux, des situations géographiques (passage de la Seine) ; mais illustre aussi l'histoire des territoires. Il convient donc de se demander en quelle mesure le site et l'histoire de Clichy-la-Garenne marquent les lieux, les perceptions et les représentations actuelles de la ville ?

Clichy-la-Garenne, Clichy ou Clichy-sur-Seine : quand les mots et les frontières illustrent les enjeux territoriaux.

La toponymie est le témoin de l'histoire, et le réceptacle de mécanismes socio-territoriaux hautement symboliques. Les noms des lieux illustrent les perceptions et les représentations que chaque habitants associe à son, ou ses, territoire(s) de vie.

Le nom officiel de la commune est *Clichy-la-Garenne*, en référence aux gibiers de garenne chassés sur son territoire encore densément boisé au bas Moyen-Age. Cependant, cette acception est très peu utilisée. La majorité des habitants, des agents municipaux ou des élus rencontrés parlent de « *Clichy* »[29]. Le nom est raccourci et perd de son origine champêtre, aujourd'hui très éloigné de la réalité. Cependant, un autre nom est parfois donné à la ville. Certaines habitantes rencontrées le long des Allées Gambetta, ou dans le Parc Salengro, utilisent parfois, bien que quelque peu gênées, le nom de *Clichy-sur-Seine*. Elles emploient certainement cette appellation pour distinguer leur commune de celle de Clichy-sous-Bois, tout en l'associant, plus ou moins consciemment, à Neuilly-sur-Seine. Identifier sa commune, et donc indirectement s'identifier soi-même, à Neuilly-sur-Seine, plutôt qu'à celle de Clichy-sous-Bois est hautement symbolique. Ces deux villes de la région Ile-de-France sont aux antipodes l'une de l'autre d'un point de vue socio-économique et démographique. Neuilly-sur-Seine est l'archétype de la ville bourgeoise, voire aristocratique, de la banlieue Ouest de Paris [Pinçon, Pinçon-Charlot, 2002], alors que Clichy-sous-Bois est représentative des banlieues nord-parisiennes marquées par le chômage et la précarité. Ces habitantes de *Clichy-sur-Seine* matérialisent ainsi certaines frontières de l'espace régional.

[29] Dès lors nous utiliserons dans ce travail le seul nom de Clichy.

Cette appellation est également le reflet de clivages internes à la commune. En effet, les habitants d'autres quartiers rejettent cette appellation. Elle serait utilisée par ceux qui « *n'aime pas vraiment Clichy* » (femme, quartier centre-ville, 69 ans). Ce clivage sémantique est le reflet de fractures économiques, nous le verrons, mais n'illustre-t-il pas également un long processus de construction social du territoire ?

L'histoire de la ville, aujourd'hui (re)mobilisée par les habitants, les acteurs politiques ou les aménageurs, est-elle à l'origine d'une identité territoriale forte ? Ou, au contraire, a-t-elle pour conséquence la multiplication des représentations territoriales micro-locale ? Enfin, mobiliser l'histoire de ce territoire doit nous permettre de répondre à la question suivante : dans quelle mesure l'histoire communale, marquée par les modifications successives de son territoire, par l'essor de l'industrie puis des politiques sociales et sanitaires paternalistes en faveur des plus démunis, et enfin par la désindustrialisation et ses conséquences socio-économiques, permet-elle de comprendre le Clichy d'aujourd'hui ?

<u>Des frontières administratives aux fractures infra-urbaines : quand l'histoire et les pratiques sociales façonnent les territoires.</u>

Le territoire de Clichy est marqué par des amputations successives. En 1784, Clichy perd un tiers de son territoire suite à la construction de l'enceinte des fermiers généraux. Puis au début du XIXe siècle, l'ouverture de la ligne de chemin de fer Paris/Saint-Germain isole la moitié Sud-ouest de Clichy. Le conseil municipal autorise l'appellation de « village Levallois »[30] à ce nouveau quartier. Ce territoire se sépare peu à peu du reste de la commune, jusqu'à réclamer son indépendance. Cette requête est validée par Napoléon III, qui en 1866, promulgue une loi portant sur la création de la commune de Levallois-Perret à partir de l'ancien « village Levallois». C'est ainsi que le 1er janvier 1867, la ville de Clichy perd à nouveau une grande partie de son territoire. C'est en 1860, lors de l'extension de Paris jusqu'à l'enceinte de Thiers, que l'ancienne commune Batignolles-Monceau fut supprimée. La partie Sud de son territoire est rattachée à Paris (actuel XVIIème arrondissement) et la partie Nord, plus petite, est rattachée à Clichy.

[30] Le « Village Levallois » a été créé en 1822 suite à un programme d'aménagement de très grande envergure dirigée par Jean-Jacques Perret. Ce dernier décide la construction de lotissement mais son opération échoue. C'est Nicolas Eugène Levallois qui reprend ensuite l'opération qui connait cette fois ci un grand succès.

Enfin, la ville acquiert son territoire définitif en 1930, lorsque Paris s'empare de la zone des fortifications et du cimetière des Batignolles. Le boulevard périphérique, dont ce tronçon est inauguré en 1969, matérialise la frontière entre Clichy et Paris.

Le territoire clichois est aujourd'hui encore caractérisé par des frontières physiques et symboliques affirmées : au Nord la Seine sépare Clichy d'Asnières, à l'Ouest la voie de chemin de fer reliant la gare Saint-Lazare à la Défense et la Normandie marque la séparation avec Levallois-Perret. Au Sud le boulevard périphérique sépare Clichy de Paris. Enfin, à l'Est la limite avec la commune de Saint-Ouen est également celle qui sépare deux départements : les Hauts-de-Seine (92) et la Seine-Saint-Denis (93). Cependant, les représentations et pratiques quotidiennes des Clichois et Clichoises démontrent de la porosité de certaines d'entre elles. Limite hautement symbolique du passage entre la capitale et sa banlieue, le boulevard périphérique qui sépare Clichy du XVIIème arrondissement de Paris est-il une frontière ? Entrave-t-il la circulation et les échanges ? Le nom du bar-restaurant situé en face du boulevard périphérique (cf. première photos ci-dessous) pourrait le laisser supposer.

Photographies 1 : Le boulevard périphérique, un symbole de rupture ?

Sources : Faure E., Clichy-la-Garenne, mars 2012.

Une «barrière» est bien une limite, un obstacle à franchir si l'on veut aller de l'autre côté. La rupture est ici d'autant plus importante qu'elle sépare la capitale, ville symbole de richesse et de dynamisme, d'une des communes les plus défavorisées des Hauts-de-Seine. Les niveaux socio-économiques des habitants mais aussi les styles architecturaux des immeubles ou les types de commerce différent de part et d'autre de la voie rapide.

Cependant, cette « barrière » est quotidiennement contournée par les *commuters*[31], qui empruntant le souterrain en dessous du boulevard pour se rendent à Paris ou dans d'autres communes de banlieue. De plus, l'avenue située le long du boulevard périphérique est restée un important pôle économique. Des boutiques d'alimentation, des bars et des restaurants y sont implantés, ainsi que de nombreuses agences de voyages et d'envoi de colis à l'étranger. Enfin, l'espace environnant le boulevard périphérique est un lieu de socialisation. Les bars et leurs terrasses ainsi que les bancs publics de la place des Nations-Unis (photographiée sur le second cliché) constituent un lieu de rencontres pour des habitants des quartiers Entré-de-ville, du boulevard Victor-Hugo et de la Rue de Paris. Dès 10h-11h du matin, et jusqu'à tard le soir lorsqu'il fait beau, des Clichois [32] s'y retrouve pour discuter ou boire un café ou un thé. Le boulevard périphérique qui sépare Clichy du XVIIème arrondissement de Paris atteste donc qu'une apparente fracture spatiale peut être à l'origine d'échanges et de circulations.

A la nécessité d'interroger l'existence de barrières intercommunales s'ajoute celle des frontières physiques et mentales infra-communales. Il convient par exemple de se demander comment les Clichois s'approprient leur territoire communal. Clichy est-elle perçue comme une ville, une multitude de quartiers juxtaposés, ou un espace intégré à un territoire plus vaste : la proche banlieue parisienne?

Le sentiment d'appartenance à la commune de Clichy, et non à un quartier en particulier, domine les discours recueillis lors des entretiens : « *moi j'aime Clichy* » (Homme, 62 ans, quartier Nord).

«*Clichy est une ville particulière, on s'y attache vite* » (Femme, 64 ans, Centre-ville).

> « *c'est une ville accueillante avec une vraie mixité des âges, des cultures des religions »* (Femme, 66 ans, quartier République).

« accueillante elle l'a toujours été vous savez, c'est ça qui est attachant à Clichy ». (Femme, 70 ans, quartier Nord).

[31] Commuters : terme anglo-saxon couramment employé en géographie urbaine. Il désigne les habitants de la couronne périurbaine faisant la navette entre leur domicile et l'agglomération urbaine centrale pour se rendre sur leur lieu de travail. Ce phénomène est également appelé migration pendulaire.

[32] Un paragraphe sera dédié à l'analyse de l'occupation de l'espace selon les sexes, amis nous pouvons dès à présent préciser que ces espaces sont majoritairement, voire exclusivement, fréquentés par des hommes.

Cet apparent sentiment d'attachement masque l'existence de fractures infra-urbaines. Certains quartiers sont considérés comme des espaces particuliers, à part du reste de la ville. Les Allées Gambetta par exemple. Cette rue semble constituer en elle-même un espace porteur de sens. D'après une employée du service de la politique de la ville c'est « *les champs Elysées de Clichy* ». Une habitante des allées, rencontrée au foyer Maurice Vergne, déclare que c'est « *le quartier chic de Clichy* », alors que son amie (n'habitant quant à elle pas ce quartier) estime que «*c'est un endroit un peu à part à Clichy quand même […] c'est le seul quartier chic …».*

Photographies 2 : Les Allées Gambetta, le micro-quartier chic de Clichy.

Sources : photo de l'auteur (cliché de gauche) mars 2012, et internet (cliché de droite).

Les allées Gambetta se distinguent en du reste de la ville de Clichy pas les caractéristiques socio-économiques de ses habitats (nous le verrons c'est l'Iris le plus aisé de la ville), mais aussi par son architecture et son mobilier urbain. Le Théâtre, le kiosque à musique, les allées d'arbres, les pelouses et les bancs publics rappellent le paysage de certains beaux quartiers de la capitale.

Ce cas particulier illustre le caractère polysémique de la notion de *quartier*. En effet cette rue semble faire sens pour ses habitants, comme pour les autres Clichois et acteurs locaux au point de constituer un micro-quartier à elle seule. Si cet espace, représentatif d'une certaine forme de richesse, est facilement identifiable et identifié, les territoires situés à l'autre extrémité du spectre socio-économique semblent l'être également. Les quartiers Entrée-de-Ville ou l'extrême Nord-ouest de Bac-d'Asnières sont en effet connus et reconnus des Clichois pour leurs identités territoriale spécifiques. Certains habitants de l'extrême Nord-ouest du quartier Bac-d'Asnières confient par exemple qu'il y a encore quelques année cet espace était comparé à la ville de Sarajevo.

L'état de délabrement des immeubles, l'absence de commerce de proximité, d'entreprise et d'association de quartier contribuent certainement à entretenir une image relativement négative de cet espace urbain.

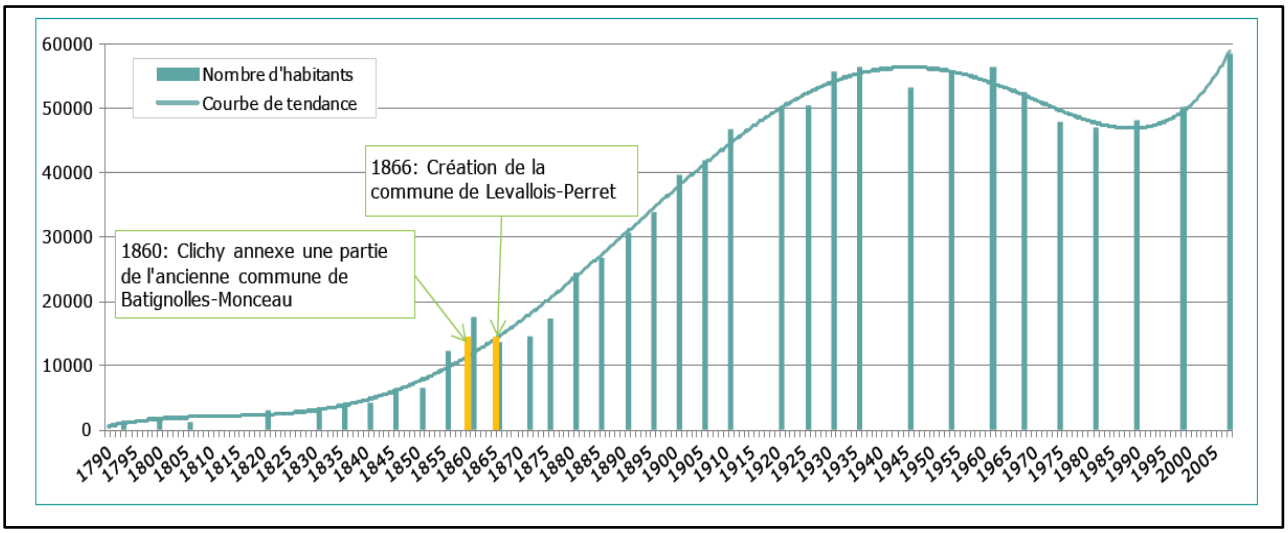
2. Paysages urbains et structures démographiques façonnés par l'histoire : Industrialisation, désindustrialisation et rénovation urbaine à Clichy.

Quand l'industrialisation marque la société et son territoire.

A partir du XIXème siècle la ville de Clichy connait un essor économique avant tout basé sur l'industrialisation des proches banlieues parisiennes. La ville perd peu à peu son caractère champêtre pour devenir un centre industriel et urbain important. Les derniers maraîchers de Clichy disparaissent dans les années 1900. Entre 1920 et 1960, les emprises industrielles occupent un quart du territoire. La Société des Savons Français (futur l'Oréal), la société Bic, les usines des câbles de Lyon, l'imprimerie Dupont et les usines Citroën sont les plus importantes. Leur présence stimule la construction privée de logement et implique un redéploiement urbain (densification de l'habitat, séparation des zones de logement et de production, etc.). D'après le service d'urbanisme 700 nouveaux logements sont construits de 1925 à 1930.

L'industrialisation de la ville entraine un accroissement rapide de sa population tout au long du XIXème et XXème siècle. La présence de population d'origines étrangères est constitutive de l'histoire industrielle et sociale de la ville. Les migrants européens puis magrébins et sub-sahariens se sont installés à Clichy au cours du XIX et XXème siècle. Cette mixité sociale et culturelle s'illustre encore aujourd'hui au travers des commerces de bouches ou ses sociétés d'import-export très présent dans certains quartiers du Sud de la ville. C'est le cas du boulevard Victor-Hugo, de la rue de Paris et d'une partie de la rue de Neuilly.

Figure 1 : Evolution démographique de la commune de Clichy-la-Garenne depuis 1793.



Sources : Cahier de l'Observatoire de Clichy, n°1, mars 2012.Données INSEE.

Face à l'arrivée massive et des ouvriers et de leurs familles, la ville engage des politiques sanitaires et sociales de grande envergure. Le dispensaire[33] (aujourd'hui centre municipal de santé Marc Chagall), les bains-douches, le soutien aux Dames de la Charité et à la Compagnie des Filles de la Charité fondés par St Vincent de Paul sont quelques exemples du volontarisme local en matière santé et de solidarité.

La cité Jouffroy-Renault, édifiée dans les années 1870-1880, est la première réalisation importante dans le domaine du logement social à Clichy. Les logements de la rue Simonneau situés à l'extrême Sud de la ville, le long de l'actuel boulevard périphérique, sont construits juste après. Ce complexe comprend plusieurs bâtiments d'habitation (cliché de gauche) et un ensemble de bains-douches photographie de droite). Les bains douche existent toujours, mais sur une partie seulement du bâtiment. Le reste accueille le centre municipal de santé (CMS Marc Chagall).

[33] Un bref historique du dispensaire, puis centre municipal de santé, en présenté en annexe.

Photographies 3 : Logements sociaux de la rue Simonneau et ancien dispensaire.

Sources : Faure E., Clichy-la-Garenne, février 2012.

L'importance de la proportion de logements insalubre est prise en compte par les équipes municipales dès le début du XXème siècle. En 1922 est créé l'Office Publique d'Habitation à Bon Marché (HBM) de Clichy. Cet organisme gère les programmes de construction et de réhabilitation des bâtiments jugés dangereux pour l'hygiène et la sécurité. Le quartier Sud de la ville, appelé le « quartier des chiffonniers »[34], alors l'un des plus insalubre, est le premier à faire l'objet d'un vaste programme de rénovation.

Enfin, le contexte politique des années 1936-1938, c'est-à-dire l'arrivée au pouvoir du Front populaire, permit à la municipalité d'accroitre l'ampleur des mesures en faveur de l'accès aux loisirs et la culture pour tous. Les colonies de vacances de la ville, la maison des pupilles et le pavillon Vendôme (maison des associations) ou la maison du peuple (marché couvert et salle polyvalente à disposition des associations et syndicats) sont des symboles des politiques sociales de cette époque. Enfin les patrons de certaines entreprises installées sur la commune offrent à leurs ouvriers logements, sécurité sociale, minimum vieillesse ou loisirs[35]. Ce qui sera appelé le paternalisme industriel marquent des modes de vie et les rapports sociaux clichois.

[34] Ce quartier s'étendait le long des fortifications de Paris, il correspond à aujourd'hui aux espaces situés entre le boulevard périphérique et le boulevard Victor-Hugo, au Sud de Clichy. Ce quartier est encore aujourd'hui l'un des plus populaires de la ville.

[35] L'imprimerie Dupont, installée à Clichy jusqu'en 1920, mis en place, dès 1825, un système caisse de retraite et de pensions pour ses ouvriers malades. Mr Dupont fut aussi l'un des premiers patrons de Clichy à construire des logements ouvriers.

Un paysage urbain témoin de la désindustrialisation.

La seconde moitié du XXe siècle est marquée par l'apogée de l'industrie clichoise, puis, très rapidement, par son déclin. Les usines des secteurs du bois, des savons, des bougies et du verre ferment peu à peu. Aujourd'hui seul les sièges ou les centres de recherche de certaines des entreprises historiquement installées sur la commune, telles que L'Oréal ou Bic, sont encore présents. A Clichy, comme dans l'ensemble de la proche banlieue parisienne, la part d'ouvrier a baissée au profit de celle des employés du secteur tertiaire. Ce processus de modification des modes de vie et du rapport au travail entraine la transformation du territoire clichois. Les friches industrielles sont peu à peu intégrées au paysage urbain. Logements, parcs et petites entreprises y sont installés.

La structure urbaine actuelle de Clichy s'explique par l'histoire sociale et industrielle de la ville. Le cœur historique de la ville abrite la majorité des logements construits avant 1949. Ces quartiers du centre-ville sont constitués d'une forte proportion de bâtiment de style haussmanniens, Art Déco et Art Moderne. Les logements construits depuis 1990 ne représentent que 19,2 % de la ville (contre 16,5 % à l'échelle des Hauts de Seine) et se concentrent dans les quartiers Nord de la ville. Globalement le parc immobilier de Clichy se caractérise par de petits logements : plus de 55% d'entre eux possèdent une ou deux pièces. Contrairement au reste des Hauts-de-Seine, où l'offre de logements de moyenne et grande tailles est développée, seul 15,7 % des logements clichois ont quatre pièces ou plus. Le passé industriel explique en partie ce phénomène. Beaucoup des ouvriers arrivés à Clichy au cours du XXème siècle sont initialement venu seuls. Sans femme ni enfants sur place, ils louaient de petites chambres, bien souvent dans les quartiers les plus populaires (Entrée-de-ville ou Bac-d'Asnières). Enfin, le parc de logements à Clichy est plus ancien que le reste du département (43,2 % des logements construits à Clichy datent d'avant 1949 contre 27,2% pour le reste du département).

La juxtaposition des styles architecturaux donne à la ville de Clichy un paysage particulier, en témoigne les photos suivantes.

Photographies 4 : Des bâtiments témoins du temps qui passe.

Rue de Neuilly, entre la gare Clichy-Levallois et le centre-ville.

Une ancienne maison bourgeoise côtoie des bâtiments modernes occupés par des entreprises du secteur tertiaire.

Photographie prise dans l'Iris Rue du Port, non loin des quais de Seine, au Nord de la ville.

Friche industrielle en cours de rénovation, des logements y seront bientôt construits.

Quartier République-Victor Hugo.

Le logement de la classe populaire à travers l'histoire : maisons ouvrières et grands ensembles.

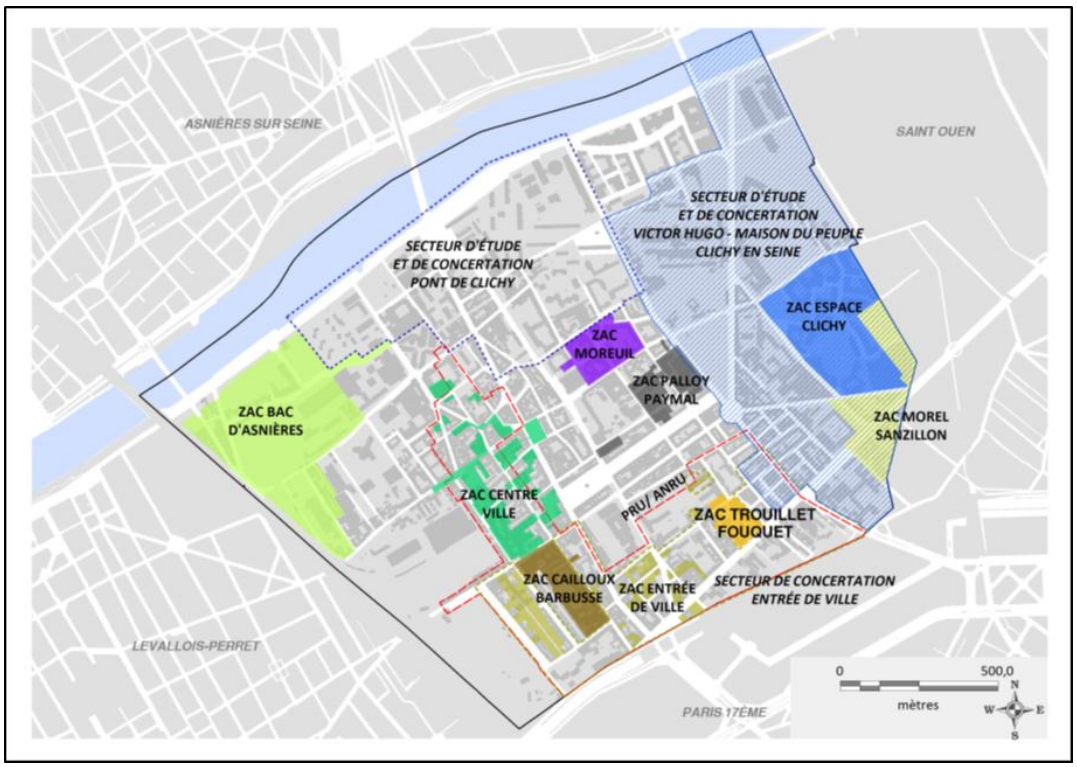
Sources : photographies de Faure E., Clichy-la-Garenne, avril 2012.

Cette hétérogénéité du bâti n'est pourtant pas synonyme de mixité sociale. La majorité des habitants de Clichy est issue des classes sociales populaires, et la ville reste marquée par l'insalubrité d'une partie de son parc de logement.

Depuis la fin des années 1980, les projets urbains (logements et entreprises de services principalement) remplacent les anciennes usines et visent à éradiquer les logements insalubres. En 2003, la ville de Clichy s'est engagée dans une politique de lutte contre l'insalubrité en signant une convention EHI (Eradication de l'Habitat Indigne). A la lutte contre les logements insalubres, au cœur des préoccupations politiques, s'ajoutent aujourd'hui des préoccupations d'ordre économique (installation de nouvelles entreprises), environnementales (construction de deux nouveaux parcs urbains en 5 ans), sociales et culturelles (réhabilitation de la maison du peuple ou de salles polyvalentes et d'équipements sportifs). Les nombreux programmes de rénovation urbaine jalonnent actuellement la ville de Clichy.

La répartition spatiale des ZAC (Zone d'aménagement concerté) présentée ci-dessous démontre que l'ensemble de la ville est concerné par ces programmes.

Carte 6 : Zones d'intervention des programmes de rénovation urbaine.



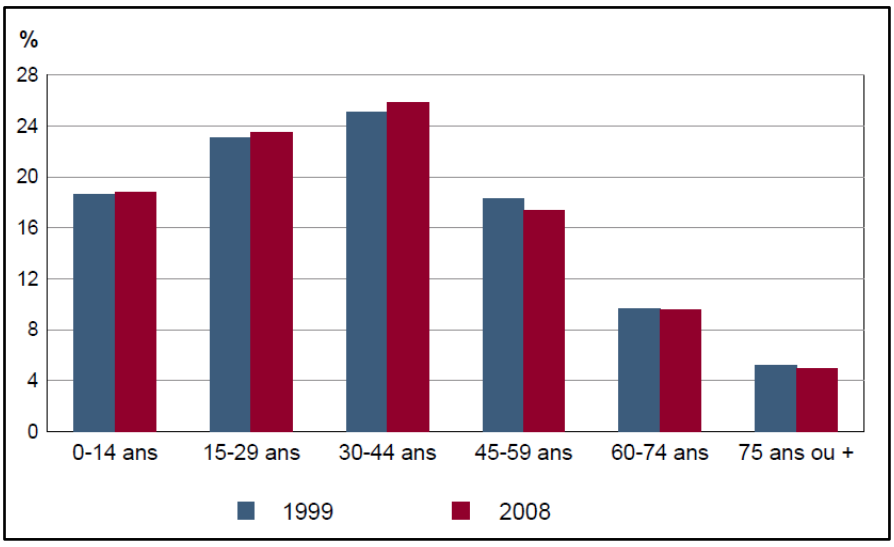
Sources : site internet de la ville de Clichy.

En centre-ville par exemple, les terrains des anciennes usines Renault sont en cours de réhabilitation (ils abriteront bientôt un jardin). Dans les quartiers Entrée-de-ville, les logements vétustes sont détruits, rénovés ou réhabilités et de nouveaux immeubles sont construits. Enfin, le secteur du Bac-d'Asnières et les terrains du Gaz de France font l'objet d'un programme complet de restructuration avant tout orienté vers la construction de nouveaux logements.

Portrait(s) socio-économiques et démographiques contemporain(s) des Clichois-e-s.

Selon l'Insee, la ville de Clichy comptait 58 388 habitants en 2008, contre 50 237 en 1999. Entre ces deux dates, la commune de Clichy a donc gagné près de 8 000 habitants soit une augmentation de 16 points de pourcentage. Particulièrement dense, la commune comptait en 2008 alors 18 896 habitants au kilomètre carré.

Figure 2 : Évolution de la population clichoise entre les deux derniers recensements.

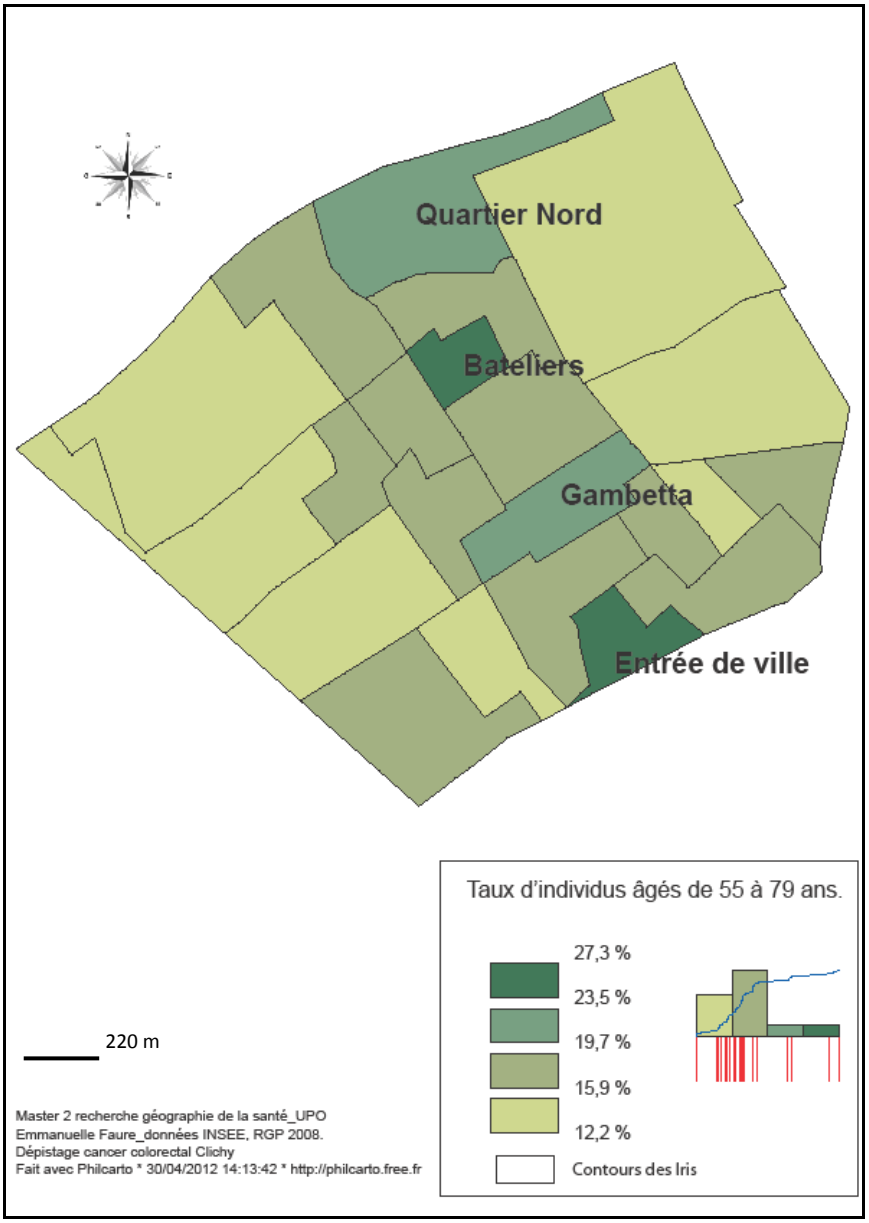


Sources : INSEE, RGP 1999 et 2008, fiche « chiffres clefs ».

La répartition par âge de la population communale n'a pas nettement évolué entre 1999-2008. Clichy reste une commune très jeune, dans laquelle les moins de 30 ans représente près de 35% de la population en 2008. La part de personnes âgées est plus faible à Clichy que dans les Hauts-de-Seine : 2,5 % des clichois ont 75 ans et plus, contre 3,5 % dans le département [Insee, RGP 2008].

D'après la représentation cartographique des données issus du dernier recensement de population de l'Insee présenté ci-dessous, les individus âgés de 55 à 79 ans, comprenant une partie de la population cible de cette étude (50-74 ans), se concentrent dans certains Iris de la ville.

Carte 7 : Les Clichois et Clichoises de 55 à 79 ans à Clichy-la-garenne, en 2008.

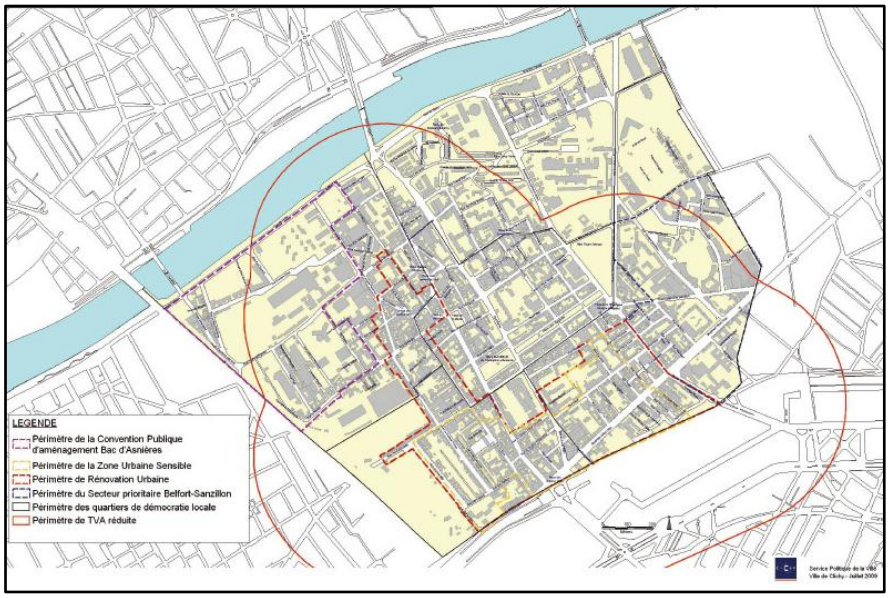


Sources : Données INSEE-RGP 2008. Réalisation : Faure E., avril 2012.

D'une part, l'importante proportion de personnes âgées de 55 à 79 ans dans l'Iris Bateliers peut en partie s'expliquer par la présence des appartements réservés aux personnes âgées situés au-dessus du foyer Maurice Vergne. D'autre part, un foyer Adoma est situé dans Iris Entrée-de-ville. Bien qu'initialement attribué à des travailleurs migrants celui-ci est aujourd'hui confronté au vieillissement de ses résidents. Les Iris Quartier Nord et Gambetta ne possèdent quant à eux aucun ensemble de logements spécifiquement réservés à des personnes âgées. Il s'agit donc de ménages résidant dans leurs propres habitations.

Bien qu'appartenant à l'un des départements les plus riches de France, Clichy est une ville populaire et ouvrière. D'après le recensement de la population de 2008, le taux de chômage clichois était de 14,4% pour les actifs de 15 à 64 ans, et de 22% pour ceux de 15 à 24 ans. Les familles non imposables représentaient 33% de la population communales alors que les familles monoparentales 21%. Bien qu'en baisse les ouvriers représentaient encore 10% de la population communale de 2008. Enfin, l'étendu les périmètres prioritaires de la politique de la ville témoigne de l'importance des difficultés socio-économiques de la majorité des habitants de la ville. D'une part, Clichy comprend une vaste Zone Urbaine Sensible (ZUS) qui correspond aux quartiers Sud de la ville, le long du boulevard périphérique. D'autre part, seuls deux quartiers ne sont pas classés prioritaires, à savoir le centre-ville et le quartier Berges de Seine Beaujon, bien que paradoxalement ce dernier est celui qui concentre le plus de logements sociaux.

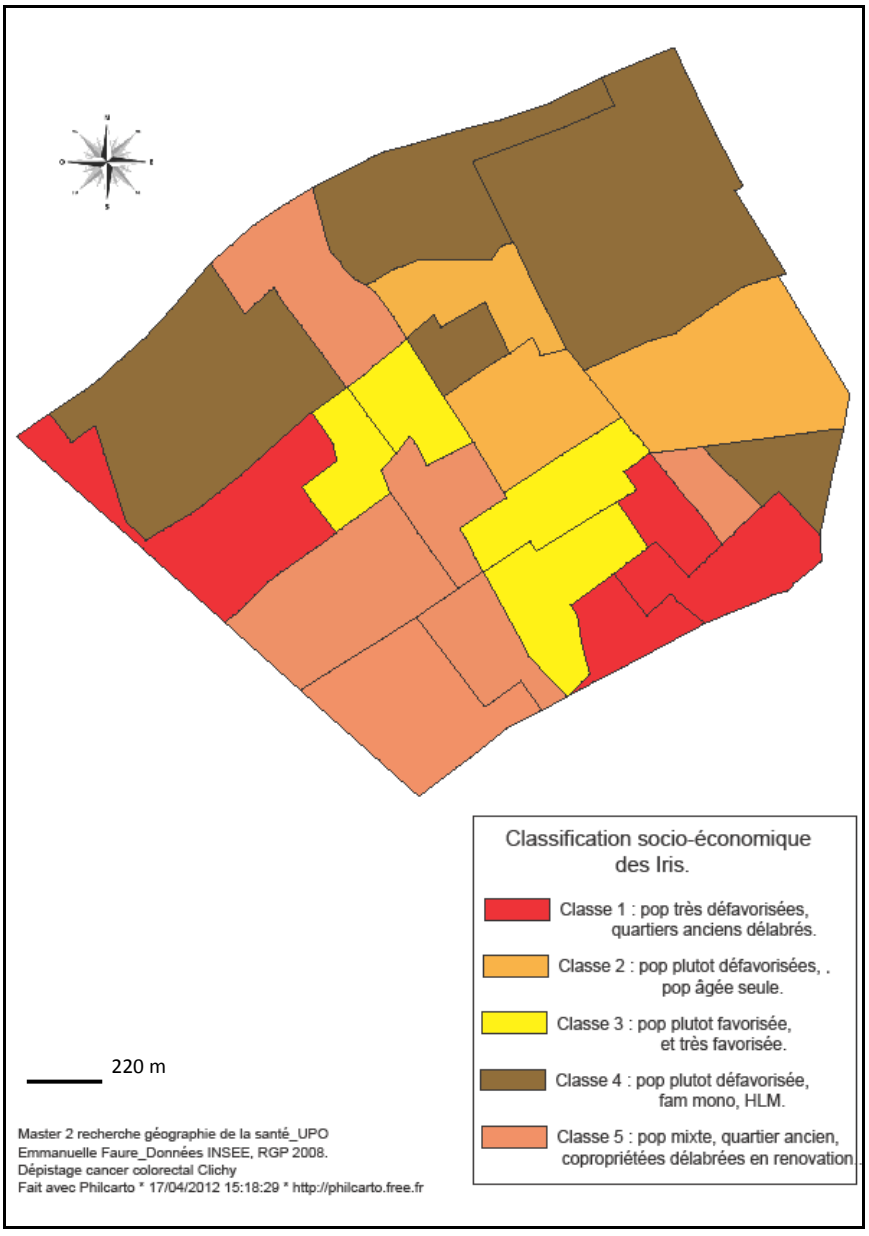
Carte 8 : Périmètres prioritaires de la politique de la ville à Clichy.



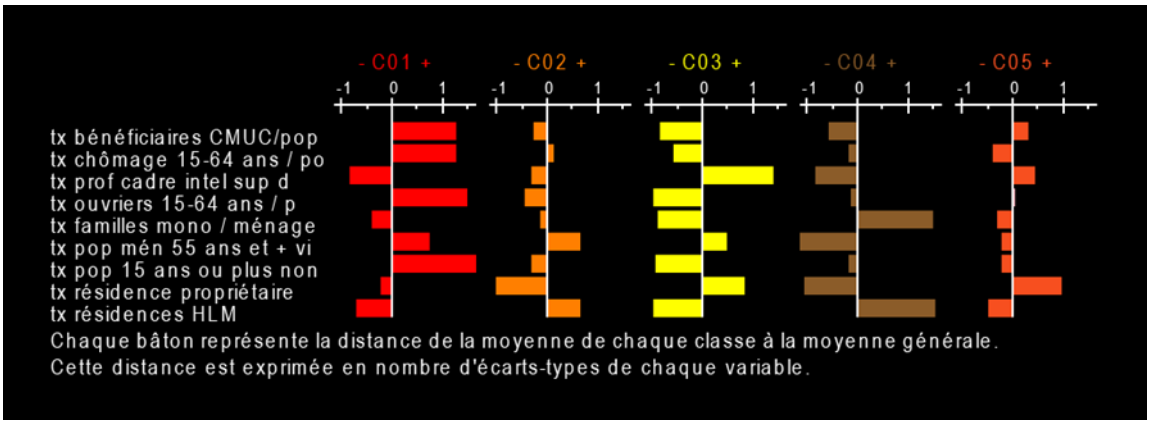
Sources : site internet de la ville de Clichy

Caractériser le contexte socio-économique d'une commune réclame une analyse détaillée de multiples indicateurs, or les moyennes communales masquent des inégalités socio-territoriales importantes. Une typologie à l'échelle des Iris s'avère donc utile à l'appréciation des fractures, ou au contraire, des continuités socio-économique définissants l'environnement de vie des habitants de cette commune.

Carte 9 : Représentation cartographique de la typologie socio-économique des Iris de la ville de Clichy.



Sources : INSEE-RGP 2008. Réalisation Faure E., Philcarto, mai 2012.



Sources : INSEE-RGP 2008. Réalisation Faure E., Philcarto, mai 2012.

La classe 1 (en rouge) regroupe les Iris les plus défavorisés de la commune. Ils sont caractérisés par des taux élevés de bénéficiaires de la CMUC, de chômage, d'ouvriers, d'individus sans diplôme, et de personnes âgées de plus de 55 ans vivant seuls. Cette classe comprend les Iris Entrée-de-ville, Morel, Maison-du-peuple et Bac-d'Asnières. Ces sont les quartiers qui depuis des siècles font partie des plus populaires de la ville de Clichy. Bien que d'importants projets de rénovation soient aujourd'hui engagés, ces quartiers sont encore marqués par un habitat très délabré, voire insalubre.

La classe 2 (en orange) comprend les Iris plutôt défavorisés se distinguant des autres de par leur plus grande proportion de personnes de plus de 55 ans vivants seules, de population résidant en HLM. Les autres indicateurs se situent légèrement en dessous de la moyenne communale. Cette situation concerne trois Iris de la commune : Palloy, Mozart et Gabriel-Péri.

La classe 3 (en jaune) comprend des Iris plutôt favorisés, avec un taux de cadres et professionnels supérieurs ou de propriétaires plus importants que la moyenne communale. Les Iris Gambetta, Calmette, Pasteur et Vendôme sont inclus dans cette catégorie. Nous ne parlerons pourtant pas de catégories « très favorisées» pour l'ensemble de ces Iris, car bien que cela soit le cas au regard des autres Iris de la ville, cette appellation est peu représentative des réalités observées sur le terrain. Seul l'Iris Gambetta se distingue des autres de par son bâti mais également, nous l'avons vu, par les représentations populaires qui lui sont associé. C'est sans doute le seul micro-quartier dans lequel se concentre une population réellement très favorisée (en témoigne, nous le verrons la concentration de cabinet de médecins généralistes, mais aussi de dentistes).

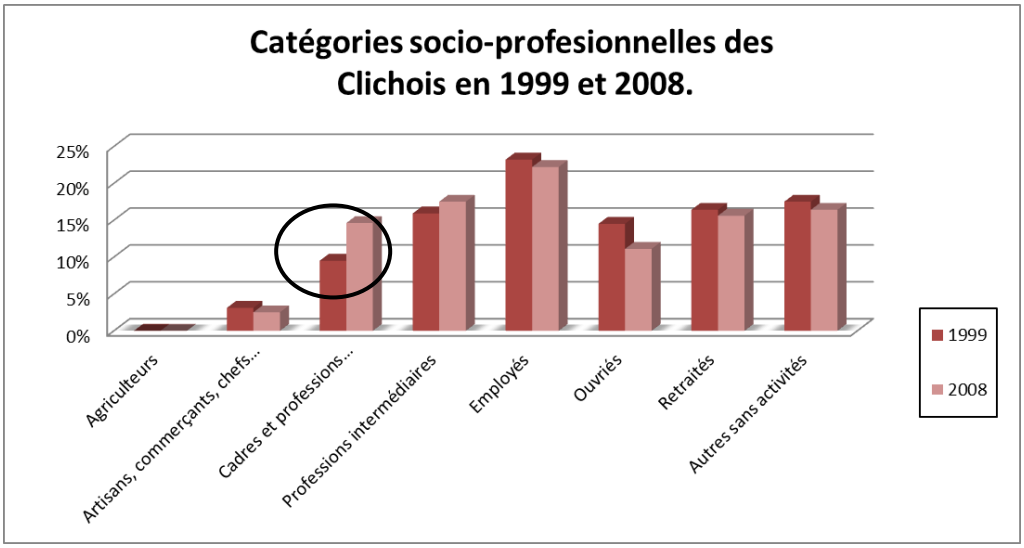
La classe 4 (en marron) regroupe les Iris dans lesquels la population est plutôt défavorisée comprenant beaucoup plus de familles monoparentales et de résidents en HLM que l'ensemble de la commune. L'Iris Nord regroupe une population relativement défavorisée et âgée. La majorité des logements de l'Iris Berges de Seine sont très récents. L'association d'HLM et de propriétés privées au sein d'un même groupe de bâtiment instaure peu à peu une certaine mixité économique. Enfin, ces Iris sont également ceux qui abritent de nombreuses entreprises du secteur tertiaire.

La classe 5 (en rose-orangé) comprend des Iris relativement mixtes. Ceux situés de part et d'autre de la rue de Paris (au Sud-ouest de la commune) sont de vieux quartiers populaires. Bien qu'en rénovation, ces espaces sont encore marqués par l'insalubrité et la précarité. Le taux de propriétaire est très élevé en comparaison à la moyenne communale, hors il n'est pas synonyme d'aisance. Au contraire, une grande partie des petits immeubles de ces quartiers est sous loués. La problématique des « vendeurs de sommeil » a souvent été évoquée par nos interlocuteurs. Le titre du dossier central du Clichy Mag de mars-avril 2012 démontre de l'importance et des enjeux de cette question : « *Lutte contre les marchands de sommeil et revitalisation de la ville* ». Les bâtiments sont dans des états de délabrement pour certains très problématiques. La municipalité, qui souhaite poursuivre ces programmes de rénovation, a beaucoup de mal à racheter ces lots souvent administrés par des individus peu soucieux des conditions de vie de leurs locataires. Cependant le caractère pittoresque des anciennes cours et des ateliers désaffecté de ces quartiers attirent aujourd'hui une population un peu plus aisée. La géographie socio-économique de ces iris est donc en train de se modifier peu à peu.

Bien que Clichy soit encore majoritairement habitée par des classes moyennes et populaires une nouvelle population s'y installe peu à peu. Celle-ci se caractérise par des individus aux statuts sociaux et économiques privilégiés (revenus important, métiers valorisants et valorisés, etc.) recherchant des quartiers « *populaires* », « *pittoresque*s » ou « *de type village* »[36]. Ce processus, initialement observé dans certaines grandes villes nord-américaines, est appelé la *gentrification*. A Clichy, l'augmentation de la part des cadres et professions intellectuelles supérieures entre 1999 et 2008 (9,5 % à 14,6 % des actifs occupés) illustre l'arrivée de jeunes couples de catégories socio-économiques supérieures représentative de ce processus.

[36] Expressions relevées sur les annonces immobilières de biens en vente rue de Neuilly, rue de Paris ou villa Emile.

Figure 3 : Répartition de la population clichoise de plus de 15 ans selon les catégories socio-professionnelles de l'INSEE.



Sources : INSEE, RGP 1999 et 2008. Réalisation : Faure E. Excel, mai 2012.

Ce phénomène se concentre dans certains quartiers de la ville. Le Nord du quartier République-Victor Hugo, grâce à la présence du parc Salengro et des Allées Gambetta, est aujourd'hui investi par cette population. Certaines cours de la rue de Paris ou de la rue de Neuilly, anciennement parmi les plus populaires de la ville, sont rénovées et mises en vente. En témoigne l'arrivée de nouveaux commerces. Alors que la rue de Paris est connue pour ses bars à chichas, ses boucheries halal et ses nombreuses alimentations générales bons marchés, un salon de thé restaurant proposant des tartes salées-sucrées a récemment ouvert. Sa devanture orange et violette dénote quelque peu des immeubles encore délabrés de cette rue populaire. Enfin, les nouveaux logements des quartiers proches de la Seine (Iris Teinturiers ou berges de Seine) semblent eux aussi investis par de jeunes familles.

La ville compte aujourd'hui sur sa proximité à Paris, le développement de nouveaux moyens de communication (prolongement de la ligne 14 du métro, trame,..), l'arrivée de la cité judiciaire aux Batignolles et ses prix immobiliers encore très attractifs, pour renforcer son tissu d'entreprises et attirer ces nouvelles catégories de population.

Synthèse :

L'objectif de cette recherche est double. Il s'agit d'une part d'appréhender le territoire clichois au travers du dépistage du cancer colorectal de ses habitants dans le but de contribuer à l'identification d'inégalités socio-territoriales de santé et leurs facteurs. D'autre part, nous cherchons à instruire un nouveau champ de recherche en géographie de la santé : l'approche genrée des constructions socio-territoriales de santé.

La première partie de ce mémoire s'est appliquée à présenter les concepts théoriques ainsi que les outils méthodologiques mobilisés dans le but de répondre à cet objectif. Il convient maintenant d'appréhender le territoire clichois par l'analyse des processus, qui localement, façonnent les comportements sanitaires de ses résidant et résidantes, leurs perceptions, ainsi que leurs représentations du cancer colorectal et de son dépistage.

Partie 2.

De l'utilité du genre dans l'appréciation des constructions socio-territoriales d'inégalités de recours au dépistage du cancer colorectal à Clichy.

L'objectif de cette seconde partie est d'interroger les processus de construction socio-territoriale de la santé préventive et leurs déclinaisons genrées à travers les inégalités de recours au dépistage du cancer colorectal à Clichy. Les résultats issus du traitement des données sanitaires fournies par l'ADK92 serviront de fils conducteur à la démonstration. Ils seront analysés de l'échelle communale à l'échelle micro-locale. Les matériaux recueillis lors de notre terrain permettront de compléter et d'approfondir cette analyse. L'association de méthodologies qualitatives et quantitatives démontre combien il est nécessaire de dépasser les approches écologiques trop souvent mobilisées dans les études interrogeant ces comportements sanitaires et leurs facteurs. Enfin, l'analyse des comportements préventifs des Clichois et Clichoises vise à démontrer qu'il ne suffit pas de comparer les indicateurs sanitaires des hommes et des femmes et de constater des différences. Les constructions socio-territoriales d'inégalités de santé s'accompagnent de processus multifactoriels complexes.

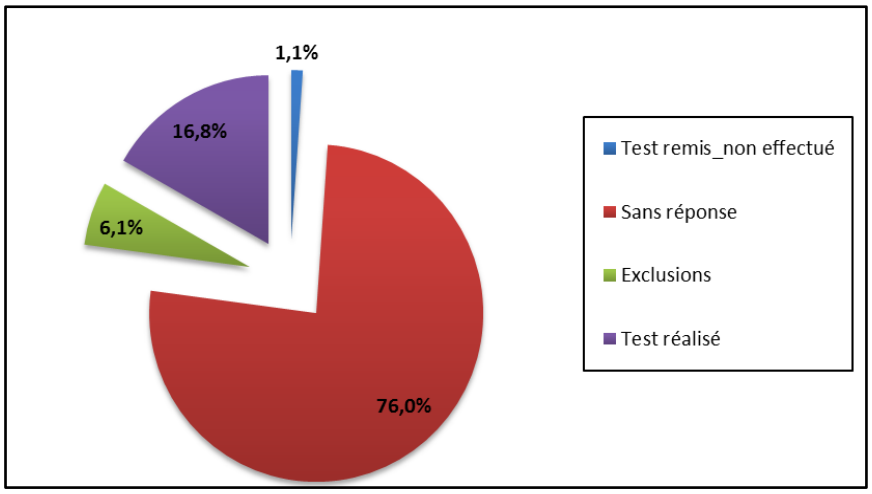
A. La participation au dépistage du cancer colorectal à l'échelle communale : quand les constructions sociales de la santé et du genre éclairent les inégalités.

1. Faible participation et « effet âge » : des hypothèses qui se confirment.

Le taux brut de participation au dépistage du cancer colorectal à Clichy est de **16,8 %** pour la campagne 2010-2011. Ce qui est relativement faible au regard de la participation de son départements et de sa région. Selon l'ADK 92 le taux de participation des Alto-séquanais est de 18,4% ; alors que les études de l'InVS[37] indiquent que 25,5% des habitants de la région Ile-de-France a réalisé le test Hémoccult au cours de la campagne 2010-2011.

Les données exploitées dans le cadre de ce travail permettent de calculer, en plus du taux brut de participation communal, le taux de non-réponse, d'exclusion et de test remis aux patients mais non-effectués. Ces résultats sont retranscrits dans le graphique suivant.

Figure 4 : Evaluation des différentes issues de la campagne de dépistage du cancer colorectal de 2010-2011 à Clichy.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, avril 2012.

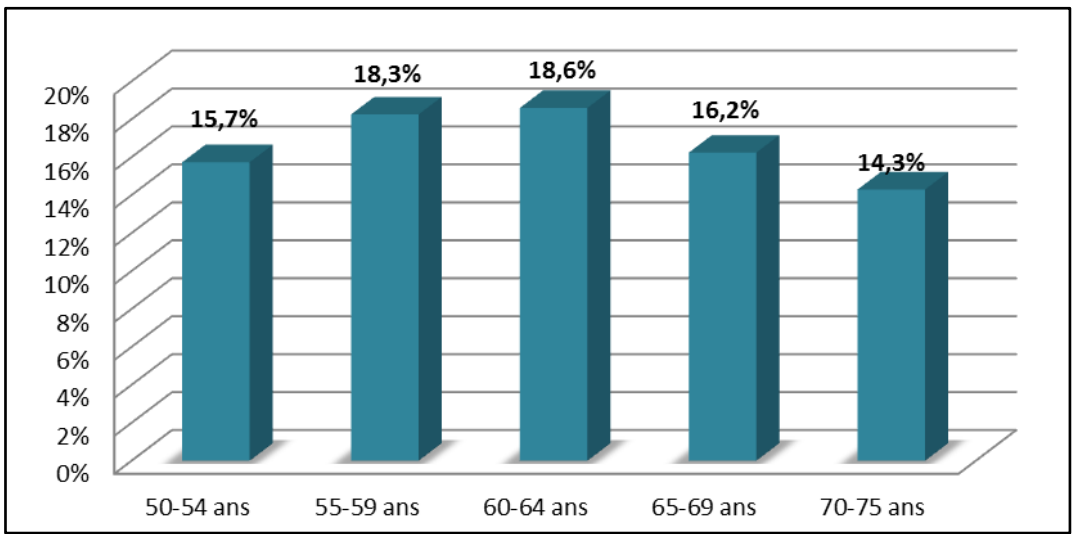
[37] Seul l'Institut national de veille sanitaire (INVS) dispose des données à l'échelle de l'Ile-de-France. Leurs taux de participation calculés par cet organisme le sont sur la base de la population de l'INSEE à laquelle est soustrait un taux supposé d'exclusion, et non sur les individus invités.

La majorité des Clichois n'a pas du tout répondu à la lettre d'invitation ni aux relances (76 %). Ces individus n'ont pas fait le Test Hémoccult. Ils seront réinvités lors de la prochaine campagne. Ces personnes refusent-elles de faire le test ? Ont-elles oublié ? N'ont-elles pas les moyens, l'envie ou l'habitude d'aller chez un médecin généraliste ? Choisissent-elles de ne pas savoir ? Ou bien ont-elles eu recours à un autre moyen de dépistage de ce cancer ? Aucune information ne nous permet à ce stade de répondre à ces questions, or elles seront renseignées au cours de ce travail.

Le taux d'exclusion est de 6,1%. Il s'agit des Clichois ayant indiqués[38] la raison de leur exclusion du programme, ou bien des individus ne résidant plus dans le département des Hauts-de-Seine ou n'habitant plus à l'adresse indiquée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Enfin, à l'issu de la campagne 1,1% des individus invités possède un test Hémoccult mais ne l'a pas (encore) réalisé. C'est-à-dire que très peu des Clichois ou Clichoises auxquels on a remis le test Hémoccult décident (ou oublient) de le faire.

Le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse aux individus âgés de 50 à 74 ans. Pour la campagne 2010-2011 l'âge moyen des Clichois ayant réalisés le test Hémoccult est de 59,9 ans. Or cette moyenne masque certainement des disparités. C'est pourquoi le taux de participation de 5 tranches d'âge a été calculé.

Figure 5 : Taux bruts de participation au dépistage du cancer colorectal par tranche d'âge



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, avril 2012.

[38] Un exemplaire du coupon réponse remplis par le médecin est reproduit en annexe. Chaque individu peut également signaler lui-même les raisons de sa non-participation par l'envoi d'un document joint à la seconde relance.

Il apparait que 15,7% des 50-54 ans et 14,3% des 70-75 ans ont participés à cette campagne de dépistage du cancer colorectal, alors que les individus des trois tranches d'âge intermédiaires ont participés à hauteur de 18,3%, 18,6% et 16,2%. Les individus les plus jeunes (50-54 ans) et les plus âgés (70-75 ans) sont donc ceux qui participent le moins à ce programme de dépistage. Ce constat confirme certaines de nos hypothèses. D'une part bien que légère, il existe une différence de recours au dépistage du cancer colorectal en fonction des âges. D'autre part ce sont les individus les plus jeunes et les plus âgés qui participent le moins à au dépistage du cancer colorectal. Ces résultats corroborent ceux de nombreux travaux sur ce programme de dépistage ou bien sur celui du cancer du sein.

Les représentations profanes de la santé ainsi que le degré de mobilité, le rapport au monde du travail ou à la sphère médicale sont certainement quelques-uns des facteurs explicatifs de cet « effet âge ». Il apparait par exemple de plusieurs de nos entretiens avec des personnes très âgées (appartenant à la dernière tranche d'âge) que l'accumulation des maux et pathologie ne favorise pas le recours à la santé préventive. Les propos de cette femme de 74 ans rencontré au foyer Maurice Vergne illustre ce phénomène : « *oui le dépistage du cancer colorectal, oui j'y pense, mais vous savez à mon âge […] j'ai tellement de problèmes de santé en ce moment […] avec mon œil* (elle vient d'être opéré) *et puis mon genou* (elle souffre de douleurs *quotidiennes). […] J'ai d'autres choses plus urgentes. Je le ferais plus tard* ». Plusieurs médecins généralistes Clichois nous ont confié qu'il était très difficile de mobiliser les personnes les plus âgées, d'autant plus lorsqu'elles sont déjà affectées par d'autres maladies que le cancer. L'échelle d'appréciation de ce qui est utile et urgent dépendrait en partie de l'âge et de l'état de santé de chacun.

2. Recours au dépistage du cancer colorectal : un révélateur de différenciation sexuée des pratiques et des représentations.

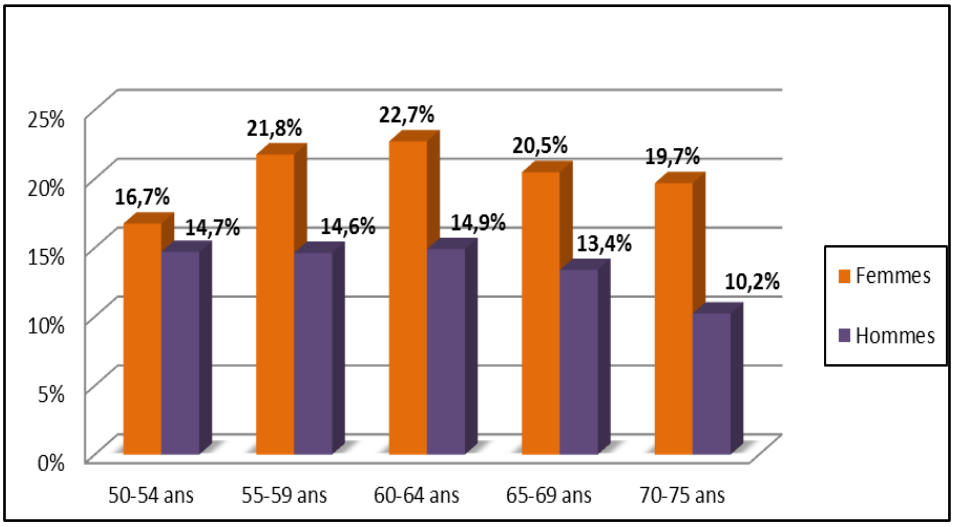
Des pratiques de dépistage qui distinguent hommes et femmes.

D'après les données fournies par l'ADK 92 pour la campagne 2010-2011, le taux brut de participation des Clichoises est de **19,9 %**, alors que celui des Clichois est de **13,9 %**.

Les hommes et les femmes n'adopteraient pas les mêmes comportements. Afin de nous assurer de la validité de ce constat, un test du Khi² a été réalisé. Celui-ci permet d'évaluer le degré de signification d'une relation entre deux phénomènes ou données, ici la relation entre le fait d'être un homme et une femme et de plus ou moins participer au dépistage du cancer colorectal. La valeur du Khi² obtenu est de 95,89 (avec un degré de confiance de 1). Les taux de participation entre hommes et femmes sont donc significativement différents[39].

Les Clichoises sont proportionnellement plus nombreuses à réaliser le test Hémoccult que leurs homologues masculins, mais ce constat se confirme-t-il quel que soit l'âge des individus ?

Figure 6 : Participation au dépistage du cancer colorectal selon le sexe et la tranche d'âge.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, avril 2012.

Il apparait que les femmes se sont davantage mobilisées que les hommes, et ce quel que soit leur âge. Comme pour la participation globale (hommes et femmes confondus), les plus jeunes et les plus âgées des femmes participent moins que celles appartenant aux tranches d'âge intermédiaires. Les hommes adoptent quant à eux des comportements quelque peu différents. En effet, si les plus âgés participent toujours nettement moins que les autres, les plus jeunes participent autant que les individus des tranches d'âge intermédiaires. Les Clichois les plus âgés sont donc ceux qui ont le moins participés à cette campagne de dépistage du cancer colorectal de 2010-2011 (10,2%).

[39] La table du Khi² est présentée en annexe. Elle permet de comprendre pourquoi le seuil de signification est 10,128. Les résultats détaillés de ce test y sont également présentés.

Alors que les femmes sont dans bien des domaines de la sphère sociale (salaire, emplois, tâches ménagères, etc.) en position défavorable par rapport aux hommes, il semble que cela soit ici le contraire. Comme le rappelle Didier Fassin, les facteurs d'une telle « inversion » de la tendance dominante sont certainement liés aux constructions genrées de la santé et du corps. D'après lui « *les Français meurent plus que leurs épouses de complications du tabac ou d'alcoolisme, d'accidents de la route ou d'homicides. Dans une certaine mesure, les hommes sont plus touchés par ce qui les distingue positivement des femmes, la prise de risque étant en soi une valeur et une réalité associées à la virilité. Probablement, faut-il alors s'interroger sur ce que sont des inégalités sociales qui s'inversent du point de vue de l'inscription dans les corps : étranges disparités en effet que celles qui ont pour effet de faire périr les dominants en quelque sorte par là où ils exercent leur domination, au moins symbolique.* » [Fassin, 1999, p.124-125]. Les représentations sociales du corps et de la santé, qui varient selon le sexe des individus, et constituent les constructions genrées de santé, permettraient d'expliquer certaines des inégalités entre hommes et femmes en termes de taux de mortalité par alcoolisme ou tabagisme[40]. Nous supposons que les inégalités entre hommes et femmes en matière de santé préventive, ici de recours au dépistage du cancer colorectal, dépendent en partie des mêmes phénomènes. Dès lors il convient de se demander si les représentations de la santé, du corps, du cancer colorectal et de son dépistage différent entre les sexes.

<u>Des discours et des normes qui confirment le rôle des représentations sociales.</u>

Des études menées sur différents indicateurs (réponses aux campagnes de santé publique concernant l'alimentation, la pratique du sport, mais aussi à des examens médicaux de prévention) démontrent que les femmes sont toujours davantage impliquées dans les actions de prévention que leurs homologues masculins [Aliaga, 2002 ; Cousteaux, 2011 ; Duport et al., 2007 ; Saurel-Cubizolles, 2005]. D'après Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles « *qu'il s'agisse des informations sur la santé, de l'accès aux soignants, de l'observance des prescriptions, ou de l'utilisation des campagnes de dépistage, les études soulignent la plus grande implication des femmes* » [Saurel-Cubizolles, 2005, p.127]. Plusieurs hypothèses sont évoquées par l'auteure, dont l'habitude féminine à s'occuper de son corps et sa santé dès l'adolescence.

[40] Le cas du tabagisme doit être nuancé car les femmes sont aujourd'hui de plus en plus nombreuses à fumer, (bientôt autant que les hommes, voir plus chez les adolescents et jeunes adultes). Le taux de mortalité féminin par cancer du poumon augmente très rapidement ces dernières années.

Le fait d'aller chez un gynécologue, et donc de consulter un médecin non pas uniquement lorsque l'on est malade mais également dans le cadre de contrôles réguliers, sensibiliserait les femmes à la santé préventive. Cette hypothèse ne suffit pourtant pas : comment expliquer que les femmes adhèrent davantage à la prévention alors que toutes n'ont pas eu l'occasion (les moyens ou la possibilité) de consulter un gynécologue dès leur entrée dans la vie sexuelle active, et que d'autres, une fois adulte ne consultent toujours pas ce spécialiste ?

Nous pouvons supposer, en continuité des travaux de certaines auteures de *Gender Studies*, que les manifestations du genre, qui dans notre société, attribuent aux femmes le rôle de « gestionnaire familiale de la santé » favorisent leur plus grande adhésion à la prévention. Les recherches de Geneviève Cresson dans le Nord de la France soulignent par exemple l'importance du rôle de la femme dans la gestion quotidienne des soins et du bien-être de la famille [Cresson, 1995]. Le démographe Jacques Vallin attribut les différences de mortalité entre hommes et femmes aux comportements spécifiques de chacun des sexes [Vallin, 2002]. Il rappelle combien les femmes entretiennent un rapport avec leur corps et leur santé, d'une manière générale très différent de celui qui caractérise les hommes, tout en précisant que la spécificité des rapports que les femmes entretiennent avec leur santé ne se limite pas aux conséquences de leur fonction reproductive. Les femmes ont été au cours de l'histoire de notre société, et le restent aujourd'hui, les principales actrices de ce que l'on nomme le *care*[41]. Patrick Pinell rappelle par exemple que les premiers centres d'assistance aux cancéreux, puis les hospices et maisons de soins ont été soutenus par l'engagement de femmes de la bourgeoisie ou de l'aristocratie [Pinell, 1995]. Aujourd'hui encore, les professions comme infirmière, aide-soignante, sage-femme, puéricultrice, etc. sont très largement exercées par des femmes.

Les comportements masculins font également l'objet de constructions sociales. Ainsi d'après Jacques Vallin « *la culture de la féminité est une contrainte très différente que celle qu'impose l'exaltation de la virilité. Au risque de caricaturer, on peut dire que la recherche de la beauté s'oppose ici à celle de la force et de la puissance. Dans le premier cas, le corps doit avant tout rester jeune et sain le plus longtemps possible ; dans le second il est au contraire très tôt soumis à l'épreuve et au risque.* » [Vallin, 2002, p 338]. L'injonction à la virilité entrainerait-elle l'adoption de comportements peu salutaires ? Les récents travaux de Daniel Welzer-Lang, sociologue spécialiste de la figure masculine, le laisse supposer.

[41] Le *care* recouvre l'ensemble des aides et soins apportés en réponse concrète aux besoins des autres, dans les sphères privées, publiques ou professionnelles (à la maison, au sein des institutions sociales ou à travers les mécanismes de marché : institutions, hôpitaux,…).

Ce chercheur estime que les hommes sont aujourd'hui confrontés à une confusion des modèles, ce qu'il appelle la «crise du masculin ». Des normes contradictoires bouleverseraient les comportements, et se répercuteraient sur la santé des individus. Le suicide est un exemple de ce phénomène. Lors d'enquêtes sur la santé perçue, les hommes déclarent beaucoup moins de sentiment de mal-être ou de dépression que les femmes, mais la majorité des suicides concernent des hommes [42] [Welzer-Lang, Zaouche-Gauchon, 2011 ; Cousteau, 2011 ; Emslie, Hunt, 2008]. Autre exemple de cette différenciation des rôles et des normes en matière de représentation du corps et de la santé : l'application de crème solaire. Elle est considérée comme féminine. En témoigne l'usage de la figure féminine dans les publicités pour les protecteurs solaire. Les hommes s'appliqueraient moins, et moins souvent de crème solaire que les femmes. Ce qui, d'après certains chercheurs américains, pourrait en partie expliquer que les taux de cancer de la peau sont deux fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes aux USA [Welzer-Lang, Zaouche-Gauchon, 2011]. Le rejet du soutien et de l'attention au corps, constaté dans certaines enquêtes qualitatives, pourrait-il chez les hommes correspondre à un refus de se conformer, d'être dépendant et de recevoir l'étiquette de «vulnérable» ? Le souci de soi serait sexué, et majoritairement associé au féminin.

« *La femme a un comportement préventif, l'homme curatif*.»[43]

Cette affirmation, certes très catégorique, transparait de nombreux de nos entretiens avec les médecins généralistes de Clichy. Un peu plus de la moitié des professionnels rencontrés (57%) constate une différence entre hommes et femmes en termes de connaissance et de recours au dépistage du cancer colorectal[44], et ce en faveur d'une plus importante attention féminine.

[42] D'après l'INSERM, tout âge confondus, 73% des suicides recensés en 2007 concerne des hommes, et 27% des femmes.

[43] Citation issus de l'ouvrage de Welzer-Lang et Zaouche-Gauchon publié en 2011 sous le titre de *Masculinités. Etats des lieux*. Editions Erès : Paris. Page 33.

[44] Les questions qui ont été posé sont les suivantes : « Avez-vous pu constater une différence entre les hommes et les femmes à ce sujet [connaissance du dépistage du cancer colorectal] ? » ; « Si oui lequel des deux sexes vous semble le plus informé et sensible à ce dépistage ? » ; « Alors qu'il leur ait recommandé de le faire, certain(e)s patient(e)s sont-ils/elles réticent(e)s à l'idée de faire ce test ? » et « Avez-vous constatez une différence entre hommes et femmes à ce sujet ? ».

Sont retranscrites ci-dessous quelques-unes de leurs réponses :

« *Les hommes sont plus réticents. Ils viennent davantage pour la prostate […] Les hommes se préoccupent de leur santé à partir de 50 ans, alors que les femmes plutôt vers 40 ans. Elles viennent pour faire de la prévention.*» (Médecin généraliste, homme, 47 ans).

« *Il me semble que les femmes sont plus sensibles à cette question. Comme très souvent en médecine vous savez. Les femmes se préoccupent davantage de leur santé, elles viennent plus tôt. Les hommes laissent trainer. En tout cas c'est ce que je constate dans mon cabinet* » (Médecin généraliste, homme, 33 ans).

« *Ici les femmes rapportent plus souvent la lettre que les hommes. Il arrive même assez souvent que l'une d'entre elles apporte le lettre de leur mari en même temps que la leur.* » (Médecin généraliste, femme, 44 ans).

Enfin, parmi les médecins n'ayant pas constaté de différence entre homme et femmes, plusieurs ont répondu « *non, pour une fois* ». Les observations de ces médecins semblent confirmer l'existence de représentations genrées de la santé parmi les Clichois et Clichoises. La santé préventive semble être un outil pertinent à l'observation des constructions genrées de santé sur ce territoire. Il convient maintenant d'interroger les représentations sociales, et locales, du cancer, du cancer colorectal puis de son dépistage.

<u>Cancer : un mot qui fait peur à toutes et à tous ?</u>

« *Le mot cancer fait peur. "C'est très grave docteur" me disent-ils souvent. Mais très peu prononcent le mot directement. […] Avant on en parlait pas c'était tabou dans les familles, plus aujourd'hui, les gens en parlent même s'ils n'utilisent pas toujours les mots exacts. […] ils ne font pas la différence entre les différents cancers. »* (Médecin du CMS, femme, 44 ans).

Cette médecin évoquent plusieurs phénomènes et représentations sociales de la maladie qu'il nous faut interroger : la peur, la gêne ou le tabou, et enfin la méconnaissance. Interroger les pratiques de dépistage du cancer colorectal nécessite préalablement de comprendre les représentations sociales que véhicule la pathologie au sein de la population cible. Il convient de se demander si le cancer colorectal fait peur, ou bien si les découvertes scientifiques et médicales de ces dernières décennies ont permises de dédramatiser ce fait de santé.

Les réponses à la question ouverte « *A quoi vous fait penser le mot cancer ?* » permettent d'initier une réflexion sur les représentations sociales de la maladie. Une analyse de contenue a été réalisé. Le tableau suivant résume les données obtenues. Précisons que 21 Clichoises et 10 Clichois ont répondu à cette question. Enfin, certains individus ont cité plusieurs mots, le nombre d'occurrences ne correspond donc pas au nombre d'enquêtés.

Tableau 1 : Représentations du cancer des Clichois et Clichoises rencontrés.

Classification des mots et expressions utilisés	Nombre d'occurrence parmi les hommes	Nombre d'occurrence parmi les femmes
Mort		8
Souffrance(s)		5
Peur	1	3
Destruction/ diminution de la personne		3
Maladie grave	7	5
Référence à un cas dans la famille	1	1
Progression rapide		3
Noms d'organe	2	2
Tumeur		2
Chimiothérapie		2
Fatigue		3
Crabe		1
Avancée de la science/espoir		2
Facteurs de risques/ environnement	2	

Sources : questionnaire population_ Dépistage du cancer colorectal à Clichy. Faure E., avril 2012.

Le cancer apparaît avant tout comme une maladie grave (12 occurrences) qui entraine la mort (8 occurrences) et la souffrance (5 occurrences). Or, hommes et femmes n'utilisent pas les mêmes termes pour définir cette pathologie et exprimer ce qu'ils ressentent. Les femmes emploient un vocabulaire plus diversifié que les hommes. Elles mobilisent ici 13 des 14 catégories alors que les hommes ne font référence qu'à 5 d'entre elles. Pour les Clichoises interrogées le cancer est avant tout synonyme de mort et de souffrance.

Trois femmes parlent de leur propre peur (associée à la mort ou la souffrance). Elles utilisent plus facilement que les hommes des termes précis laissant transparaître leurs émotions. Les hommes mobilisent pour la grande majorité d'entre eux (7 sur 10) le mot « grave ». Celui-ci est très général et n'indique pas ce qu'ils ressentent. Un seul homme a fait référence à la peur, or, comme pour s'en excuser, il dit que le cancer est « *une maladie qui fait quand même un peu peur* ». Enfin, aucun homme ne parle de la souffrance, de la fatigue ou bien des conséquences physiques (destruction/diminution) que peut entrainer cette maladie.

Disposer d'un panel plus important, et recruter des individus dans l'ensemble des quartiers de la commune permettrait d'interroger les rapports entre ces représentations sociales et les contextes territoriaux. Faute de temps, il n'a pas été possible de mener à bien ce projet cette année. Nous supposons qu'une approche territorialisée de ces représentations genrées de la maladie permettrait d'enrichir notre analyse des processus socio-territoriaux à l'origine d'inégalités de santé. Or, ces premiers éléments permettent d'ores et déjà de proposer de nouvelles pistes de travail :

-La variété des contextes socio-territoriaux locaux est-elle à l'origine de différenciations spatiales et/ou sexuées des représentations du cancer et son dépistage ?

-En quoi l'analyse des constructions sociales d'un fait de santé peut-elle contribuer à une meilleure compréhension des territoires ?

-Enfin existe-t-il une géographie des constructions sociales du cancer permettant d'enrichir nos réflexions sur le triptyque Genre-Territoires-Santé ?

Enquêtées et enquêtrice face à la peur du cancer et de la mort…

Bien que le cancer ne soit pas en soi l'objet de cette recherche, il a occupé une place centrale dans les entretiens. J'ai tout d'abord été surprise de la facilité avec laquelle mes interlocuteurs et interlocutrices abordaient le sujet. Beaucoup m'ont confié leurs sentiments face à cette maladie, qui souvent, avait déjà affectée un de leurs proches. Paradoxalement, ces personnes semblent *vivre avec le cancer*. J'ai été dans certaines situations bien plus gênée qu'elles ; m'excusant d'aborder cette thématique et proposant d'interrompre l'entretien (ce qui n'est jamais arrivé). Ces expériences m'ont permis de prendre du recul et de « m'habituer » au sujet. Cependant un des entretiens réalisés au foyer Maurice Vergne m'a brutalement rappelé ce qu'impliquait mon travail. Je suis une jeune femme de 24 ans, qui, dans le cadre d'une recherche, aborde des personnes âgées pour les interroger sur leurs représentations et vécus du dépistage d'une des maladies les plus graves de notre société : le cancer. Voici un extrait de mon carnet de terrain daté du 9 mars 2012 :

« Un atelier de travaux manuels proposé par le service personnes âgées de la ville a lieu chaque semaine au foyer Maurice Vergne. J'y ai rencontré plusieurs personnes acceptant de répondre à mon questionnaire sous forme d'entretien individuel. Alors que j'interrogeais l'une des participantes sur ce que le mot cancer signifie pour elle, une femme assise à une table un peu plus loin se rapproche et nous dit *« je suis désolé mais moi j'aimerais que vous alliez plus loin, car moi le cancer, la maladie (pause) je suis désolé (pause) mais je viens ici pour l'activité je n'ai pas envie d'entendre parler de cancer, de maladie, de mort ».* Nous nous installons beaucoup plus loin. La personne que j'interrogeais sourie puis se moque gentiment. Moi je suis mal à l'aise.»

Si je retranscris ici cette expérience ce n'est pas pour démontrer que mon terrain fut éprouvant, mais pour appuyer mes propos quant à l'intérêt pour le géographe de prendre en compte des constructions sociales d'un fait de santé. Pour comprendre leurs inscriptions territoriales, il faut préalablement aborder leurs significations sociales, leurs poids symboliques.

3. L'accès à l'information des Clichois et Clichoises : un enjeu majeur de la réduction des inégalités ?

D'après Geneviève Paicheler notre société « *exige de l'individu qu'il est un regard d'expert sur son corps, sa santé, la maladie : un regard décentré, distancié, objectivé et objectivant sur lui-même.* » [Paicheler, 2000, p 243]. L'enjeu de la réussite du programme de dépistage du cancer colorectal tiendrait donc à la diffusion de message de prévention au sein de la population cible. Supposant ainsi que les individus seront tous en mesure de s'approprier ces messages puis d'agir en conséquence. Ce postulat repose sur un modèle de société individualiste, au sein de la laquelle chacun devient le propre gestionnaire, garant et responsable de son corps, ses comportements sanitaires et son état de santé.

Des campagnes nationales…à leurs manifestations locales.

La campagne nationale de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal est concentrée sur le mois de mars. Le programme « Mars Bleu » se matérialise par des messages publicitaires à la télévision, dans les journaux ou à la radio.

Ce programme existe depuis cinq ans or il est encore très mal identifié. En témoigne les réponses des médecins généralistes et des Clichois et Clichoises rencontrés dans le cadre de cette étude. La question suivante a été posée à chacun de nos interlocuteurs : « *Avez-vous déjà entendu parler de la campagne « Mars Bleu » ?* ».

Seuls quatre médecins généralistes (25%) ont déclaré connaître cette campagne, dont un seul médecin libéral. Nous pouvons supposer que les médecins exerçant au centre municipal de santé ont été informé de son existence par leur collègue chargée de prévention. Aucuns des Clichois et Clichoises interviewés ne connaissait le nom de cette campagne, or 11 femmes et 6 hommes déclarent avoir vu une publicité à la télévision ou entendu un message à la radio concernant ce cancer et son dépistage. L'enquête de terrain s'est déroulée au cours du mois de mars. Il n'est donc pas étonnant que la majorité des personnes rencontrées se souvienne d'un de ces messages. Les résultats auraient probablement été différents si l'enquête n'avait pas eu lieu au même moment que la campagne nationale.

Ces dernières années l'ADK 92 a mis en place des actions de terrain afin de sensibiliser la population Clichoise aux dépistages des cancers, dont celui du colon. En octobre 2008, ainsi qu'en juillet 2009 un stand sur le marché du centre-ville (en face de la mairie) informait les passants sur le dépistage du cancer du sein et du colon. En septembre 2010 deux stands, exclusivement réservés au cancer colorectal ont été installés, l'un à l'hôpital Beaujon et l'autre sur le marché du centre-ville. Or cette année aucune campagne locale n'a été mise en place sur le territoire clichois. Ni l'ADK 92, ni le service de prévention de la ville de Clichy n'ont été en mesure d'organiser d'actions ciblées. Les cabinets des médecins généralistes, les devantures de pharmacies, les salles d'attente des cabinets médicaux ou centres d'analyses, ainsi que les locaux associatifs ou municipaux sont des lieux dans lesquels la campagne nationale pouvait tout de même être relayée.

Un relevé de terrain a permis de recenser les affiches et prospectus disponibles sur la ville de Clichy au moment de notre phase de terrain. Il apparait qu'une la large majorité des médecins interviewés estime que l'accumulation d'affiches et de prospectus n'est pas efficace. Plusieurs d'entre eux estiment que l'affichage ou la distribution de prospectus est assimilé à de la publicité et n'est donc pas pris en compte à sa juste valeur par leurs patients. Ils pensent qu'une discussion est bien plus efficace. Aucune pharmacie clichoise n'a affiché d'informations consternant ce dépistage. Nous n'avons pas non plus révélé d'affiche dans les cabinets ou centres d'analyse. Il s'avère que la salle d'attente du gastro-entérologue et le CMS sont les deux seuls lieux dans lesquels un panonceau de promotion du dépistage du cancer colorectal a pu être observé.

Ces observations pourraient laisser supposer que le faible taux de participation des Clichois et Clichois est imputable à cette invisibilité de la campagne à l'échelle locale. Cependant, comme le rappelle Jean-Pierre Brouat dans son article «Les constructions sociales de la transformation des comportements» il serait naïf de considérer qu'il existe une relation de quasi-causalité entre l'explication d'une nocivité et la transformation du comportement et/ou du mode de vie. Cette vision omet les conditions socio-territoriales de la transformation des comportements. D'après lui n'existe pas d'adéquation parfaite entre normes évaluatives et normes comportementales puisqu'un «*comportement est un acte socialisé, il a une signification sociale, il obéit à des régularités qui ne sont pas des caractéristiques individuelles*» [Brouat, 1995, p 146].

Les comportements sanitaires s'insèrent dans des contextes sociaux, territoriaux, culturelles, historiques, etc. qu'il nous faut alors appréhender.

La ville de Clichy : un territoire aux contextes socio-culturels particuliers ?

De notre enquête transparait la nécessité d'aborder la dimension socio-culturelle de l'accessibilité à la santé. L'un des obstacles à la pratique du test Hémoccult le plus souvent évoqué par la littérature est la non maîtrise de la langue française. Considérons cet élément au regard de notre terrain. Il est très difficile d'évaluer la proportion d'individus qui, à Clichy, ne parlent, ou ne lisent pas bien le français. L'Insee met à disposition le nombre de personnes d'origine étrangère, ou bien le nombre d'étrangers résidant à Clichy, or ces données n'indiquent en rien leur degré de maîtrise de la langue française. Seule une étude de terrain peut permettre d'évaluer l'ampleur de ce phénomène, sa répartition spatiale et ses répercussions sur l'accès à la santé.

Si la majorité des médecins libéraux distribuant le test Hémoccult déclare qu'il est simple d'expliquer à leurs patients comment procéder, cela n'est pas le cas de leurs consœurs exerçant au CMS. Les témoignages de médecins généralistes exerçant au centre municipal de santé indiquent qu'une partie non négligeable de la population communale a des difficultés pour comprendre la lettre envoyée par l'ADK 92. Certains de leurs patients ne parlent pas, ou pas bien le français. Bien que les modes d'emplois soit illustrés « *ici les papiers ça fait peur* » confie une médecin. Trois des quatre médecins rencontrés au CMS déclarent que l'explication du test leur prend environ 15 minutes. Elles doivent répéter plusieurs fois, ouvrir l'enveloppe, faire une démonstration. Une fois chez lui le patient doit à chaque prélèvement noter la date, et coller des étiquettes avant d'envoyer le tout au laboratoire. D'après ces professionnelles de santé, cela peut s'avérer compliquer pour certaine personnes, qui, de peur de mal faire paniquent et se trompent ou ne font pas le test. Ces médecins collent donc elles même les étiquettes de leurs patients. Enfin, une des médecins évoque les conditions de vie de certains de ses patients qui ne sont pas favorables au suivi des recommandations. A Clichy encore beaucoup de famille vivent dans les logements sans sanitaire privatif, ou bien dotés de toilettes « *à la turque* ». Les patients du CMS sont très majoritairement des personnes appartenant aux classes sociales les plus défavorisées. La majorité des patients du centre de santé de la rue Simonneau résident dans les quartiers Entrée-de-ville, Nord, Beaujon ou dans la rue de Paris. L'annexe du CMS, située dans le quartier Bac-d'Asnières, accueille une patientelle beaucoup plus micro-locale. La majorité réside dans le quartier Bac-d'Asnières ou celui des Teinturiers. Si les programmes de rénovation des logements insalubres sont en cours il reste encore des bâtiments sans salle de bain privée dans ces quartiers.

Enfin, Clichy accueille sur son territoire un foyer de travailleurs migrants. Cette structure est située dans le quartier Entrée-de-ville, sur le Boulevard Victor-Hugo. Le service prévention a déjà mené quelques actions de sensibilisation aux risques cardio-vasculaires et aux troubles auditifs auprès des résidents du foyer. Cependant, la médiatrice, anthropologue de formation et chargée par la mairie de faire le lien entre les résidents et les services municipaux, estime qu'il est très délicat d'aborder des questions de santé auprès de ce public. L'intime et la relation au corps n'est pas un sujet facile à verbaliser pour des hommes[45] aux parcours de vie, aux itinéraire migratoires, aux origines culturelles et aux rapports aux territoires des plus divers. Pourtant, confronter la problématique de ce projet de recherche à ce lieu pourrait certainement enrichir notre travail. Le foyer est-il le miroir de la société locale ou bien un cas à part des relations au corps, à la santé, au genre et aux territoires ? Cette vie « entre hommes » est-elle créatrice de nouveaux rapports à la santé préventive ? Comment s'y organise le recours aux soins, les liens avec la ville et le quartier ?

Nous retiendrons qu'à Clichy le taux de participation est relativement faible mais qu'il varie selon l'âge et le sexe des individus. D'une part, les personnes plus jeunes et les plus âgées participent moins que ceux appartenant aux classes d'âges intermédiaires. D'autre part, les femmes participent nettement plus que les hommes. Ces résultats corroborent ceux de la majorité des études interrogeant les modalités de recours au dépistage des cancers. Cependant il convient d'interroger le caractère systématique de la relation entre sexe, sexe/âge et comportements préventifs. Les constructions sociales, qui nous l'avons vu, pourraient participer aux inégalités de recours, ne résulteraient-elles pas à la fois d'un contexte sociétal global et de configurations locales ? Les résultats d'une étude menée en milieu rural, Haute-Garonne, portant sur les pratiques de santé dans une population âgée (60 ans et plus), indiquent que les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer « *faire quelque chose pour se maintenir en bonne santé* » [Grand et al., 1988]. Ils sont par exemple deux fois plus nombreux à pratiquer « *le maintien des activités* » et plus particulièrement «*l'exercice physique* » (qu'ils pratiquent, cependant, surtout pour le plaisir et à moindre degré pour la santé), ou bien « *à se ménager, éviter les excès* ». Les auteurs tentent d'expliquer ce phénomène par les spécificités de ce territoire rural. Cet exemple attire notre attention en ce qu'il confirme l'intérêt de la démarche géographique multi-scalaires.

[45] D'une part, bien que des femmes y résident de façon plus ou moins temporaire, ce foyer est initialement réservé à des travailleurs de sexe masculin. D'autre part, comme dans bien des foyers de ce type en France, beaucoup de ces hommes sont dans l'impossibilité de repartir. De plus en plus de personnes âgées vivent donc dans ces lieux initialement pensés et conçus pour des personnes jeunes et valides. Ce qui n'est pas sans poser de problèmes architecturaux ou organisationnels par exemple.

B. Le recours au médecin généraliste des Clichois et Clichoises : échelles et distance(s) en question.

1. Analyse des trajectoires de recours aux médecins généralistes pour l'obtention du test Hémoccult.

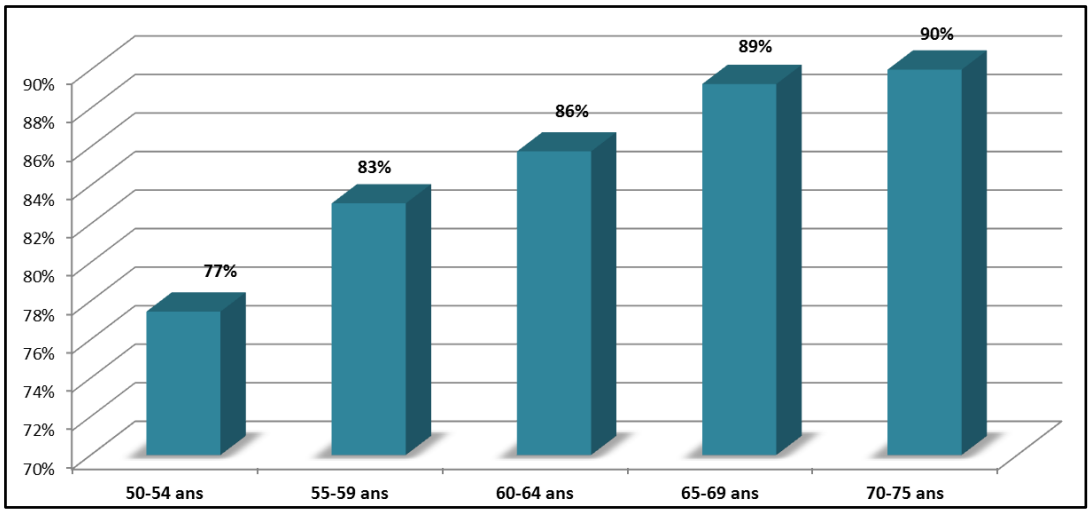
Le médecin généraliste est considéré comme le principal vecteur de l'adhésion de la population au dépistage du cancer colorectal [INCA, 2012 ; InVS, 2008]. L'accessibilité au médecin généraliste devrait constituer un élément majeur d'explication de la faible participation, ainsi que des inégalités de recours au dépistage du cancer colorectal à Clichy. Il convient d'une part de se demander en quoi les trajectoires de recours au médecin généraliste apportent un nouvel éclairage sur le rôle de ce professionnel dans les campagnes de dépistage ; et d'autre part en quoi ces trajectoires permettent d'appréhender la structuration des territoires, de l'échelle micro-locale à l'échelle départementale, voire régionale.

Nous supposons qu'à l'échelle communale les trajectoires des Clichois et Clichoises illustrent l'organisation sanitaire, mais aussi, le fonctionnement de l'ensemble du territoire urbain. Des territoires sont-ils systématiquement délaissés, contournés ? Ou au contraire, certains concentrent-ils l'ensemble des flux de patients ? Quelles en sont les conséquences sur l'organisation du territoire local ? Enfin, nous supposons que les trajectoires de recours au médecin généraliste mettent en valeur l'organisation et le fonctionnement de territoires plus vastes, tels que le département, ou la région. Les clichois consultent-ils majoritairement dans leur ville de résidence, ou bien des flux extra-communaux illustrent-ils les mobilités de la population cible de ce dépistage ? En quelle mesure ces flux sont-ils révélateurs de l'organisation des territoires de l'espace francilien ?

D'après les données fournies par l'ADK 92 le recours au médecin généraliste pour l'obtention du test Hémoccult se concentre sur la ville de Clichy. En effet, **83%** des individus ayant consulté un médecin dans le cadre de ce programme de dépistage[46] se sont rendu chez un praticien exerçant à Clichy.

[46] Il convient de rappeler que les individus ayant réalisés le test suite à la seconde relance ne se sont pas rendus chez un médecin, car ont reçu le test par courrier. La participation attribuable à chaque lettre sera analysée dans le paragraphe suivant.

Figure 7 : Proportion de médecins exerçant à Clichy en fonction de la tranche d'âge des patients.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, avril 2012.

Comme nous pouvions le supposer plus les personnes sont âgées plus elles ont tendance à consulter un médecin exerçant dans leur commune de résidence. Les personnes très âgées, certainement moins mobile, privilégient la proximité. Les individus les plus jeunes, encore en partie insérés dans la vie active et se déplaçant certainement davantage au sein de l'espace francilien, semblent quant à eux élargir ce « territoire de recours ».

Figure 8 : Le sexe comme facteur d'appréciation du recours au médecin généraliste.

	Femmes	Hommes
Consultation à Clichy	84,2%	81,1%
Consultation hors de Clichy	15,8%	18,9%

Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, mai 2012.

Les femmes sont légèrement plus nombreuses à consulter un médecin à Clichy que les hommes, mais la différence est peu importante, et statistiquement non significative[47].

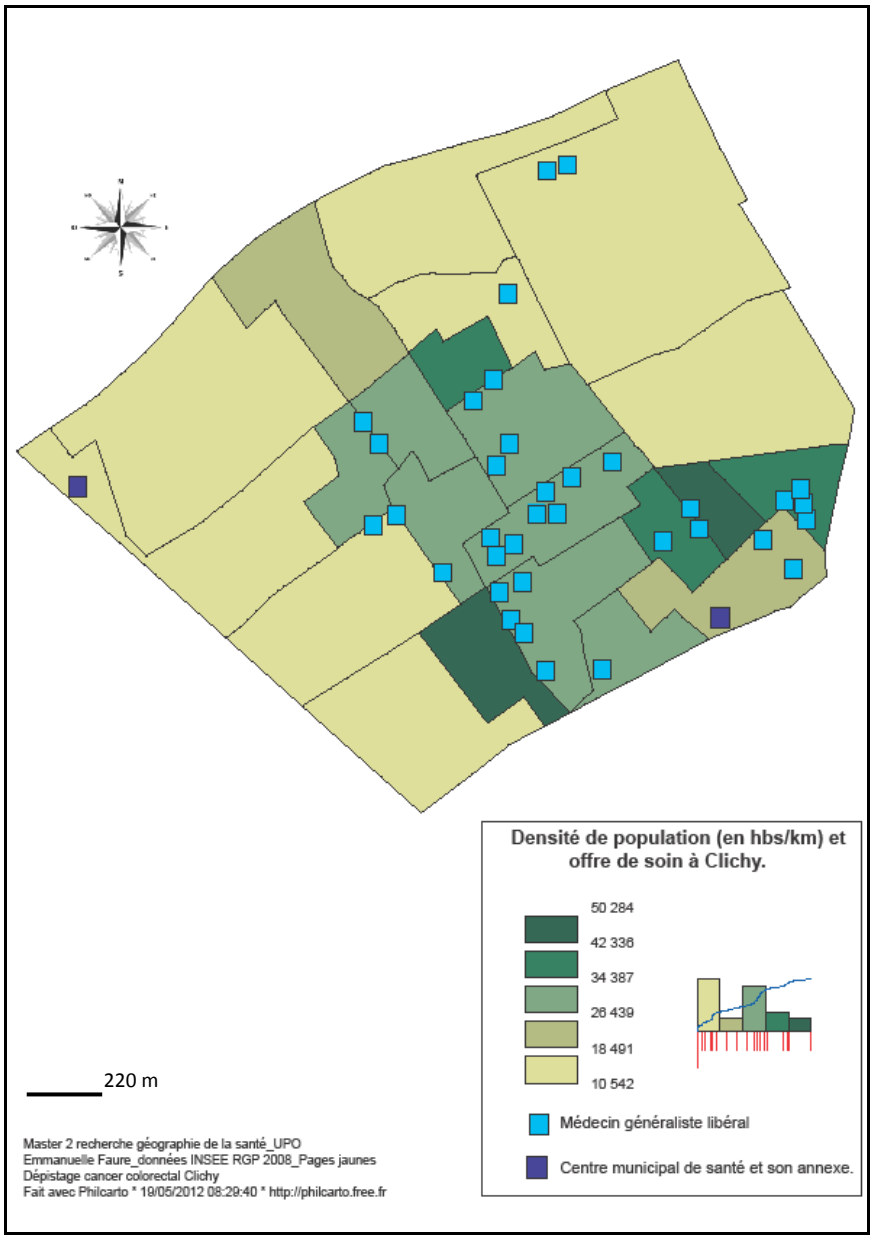
[47] La valeur du Ki2 obtenu est de 2,578, ce qui avec un degré de confiance de 1, n'est pas significatif car inférieur à 2,706.

Clichois et Clichoises adoptent donc des comportements relativement similaires. Ils privilégieraient avant tout la proximité. La population cible de ce dépistage est comprise entre 50 et 74 ans, il est donc probable que la majorité de celle-ci vive en couple. Les membres d'un couple consultent bien souvent le même médecin généraliste (ce professionnel n'est-il pas également appelé « médecin de famille»?). Ce qui pourrait en partie expliquer que les hommes et des femmes adoptent des trajectoires de recours similaires.

Les données fournies par l'ADK 92 permettent d'évaluer ces trajectoires de recours à l'échelle infra-communale. Parmi les Clichois qui consultent un médecin dans leur ville, seul 13,5% ne quitte pas leur Iris de résidence alors qu'ils sont 54% à résider dans un Iris doté d'un médecin généraliste. La répartition spatiale des médecins généralistes clichois est certainement à l'origine de ce constat.

Comme l'illustre la carte de la page suivante, à Clichy la majorité des médecins généralistes libéraux exerce dans le centre-ville, et, dans une moindre mesure, dans le Sud-est de la commune. Aucun médecin généraliste n'est installé au Nord-ouest de la ville, et deux seulement ont récemment ouvert un cabinet dans le nouveau quartier des Berges de Seine, au Nord-est. Le centre municipal de santé et son annexe semblent quelque peu rétablir un équilibre dans la répartition spatiale de ces professionnels. Cependant, l'antenne de la Maison du Bac situé dans le quartier Bac-d'Asnières (au Nord-ouest de la commune) ne possède qu'un seul cabinet.

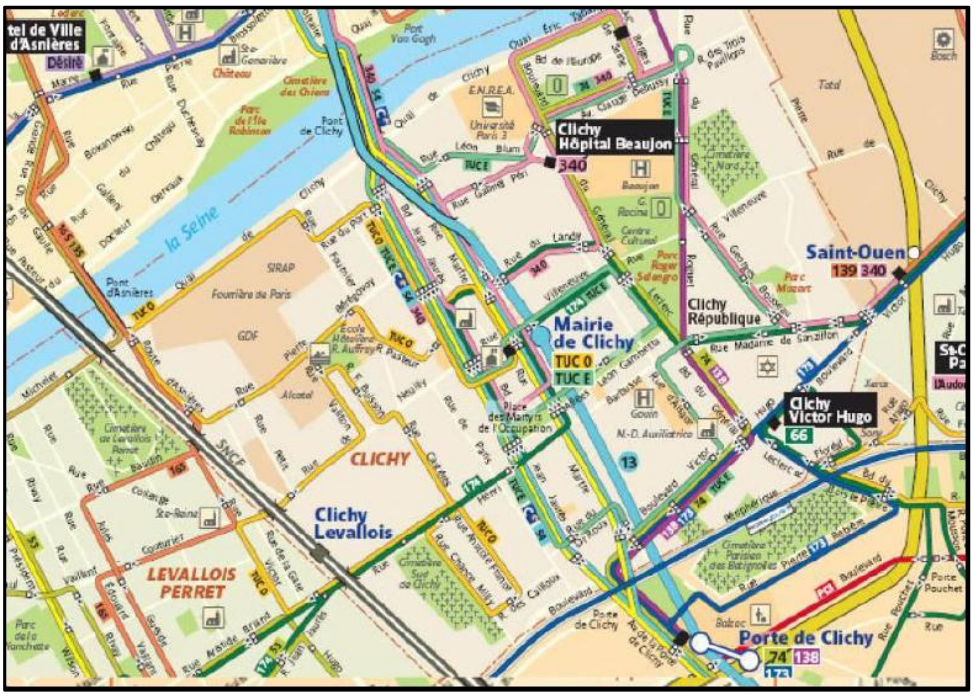
Carte 10 : L'offre de soins en médecine généraliste sur la commune de Clichy.



Sources : INSEE RGP 2008_Pages-jaunes et Amélie. Réalisation E. Faure, avril 2012.

Ce constat pourrait laisser supposer que la distance entre le centre-ville et les quartiers périphériques est un obstacle au recours au médecin généraliste, et donc au dépistage du cancer colorectal. Or, Clichy est une ville peu étendue (3 km2), et son réseau de transports en commun est dense et couvre la quasi-totalité des quartiers. Comme l'illustre le plan suivant si la majorité des axes de communication (larges avenues, lignes de bus et métro) sont orientés le long d'une ligne Nord-Sud, tous les quartiers possèdent au moins une ligne de bus vers le centre de la ville.

Carte 11 : Les transports en communs à Clichy (bus, métro et RER).

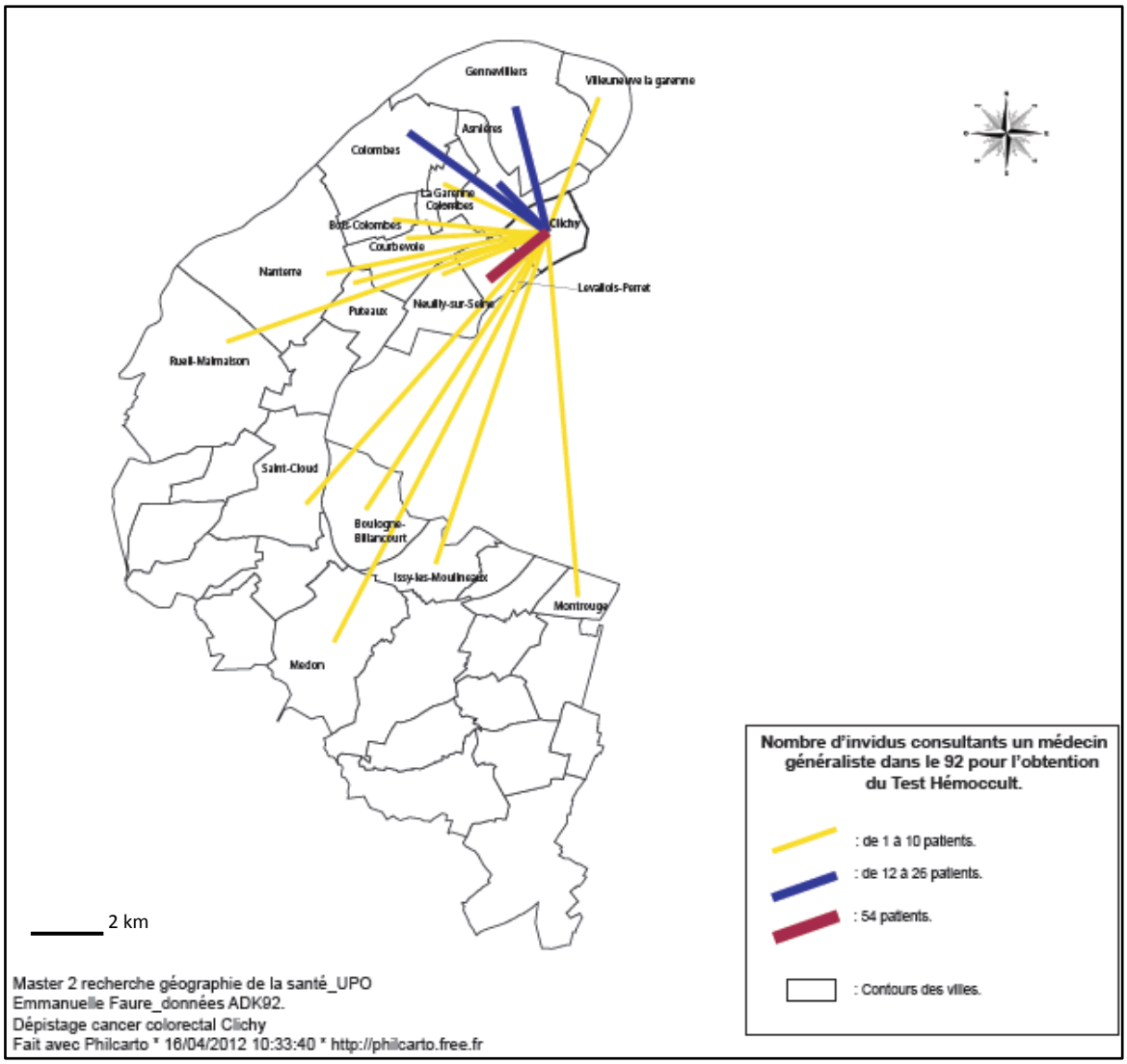


Sources : Chouaïeb, Painsecq, Pedrero, Uwizeye, 2012.

Si la distance physique peut jouer un rôle dans certains contextes régionaux peu densément peuplés [Steven, Coughlin et al, 2004], elle ne semble pas constituer un déterminant majeur des inégalités d'accès aux dépistages des cancers en zones urbaines. Enfin, nous le supposions, mais il convenait d'en être certain : l'Iris n'est pas l'échelle la plus adapté à l'observation des trajectoires de recours au médecin généraliste dans le cadre du dépistage du cancer colorectal. C'est pourquoi nous avons cherché à observer ces trajectoires à d'autres échelles.

La carte suivante retranscrit les itinéraires des Clichois consultant un médecin généraliste dans les Hauts-de-Seine.

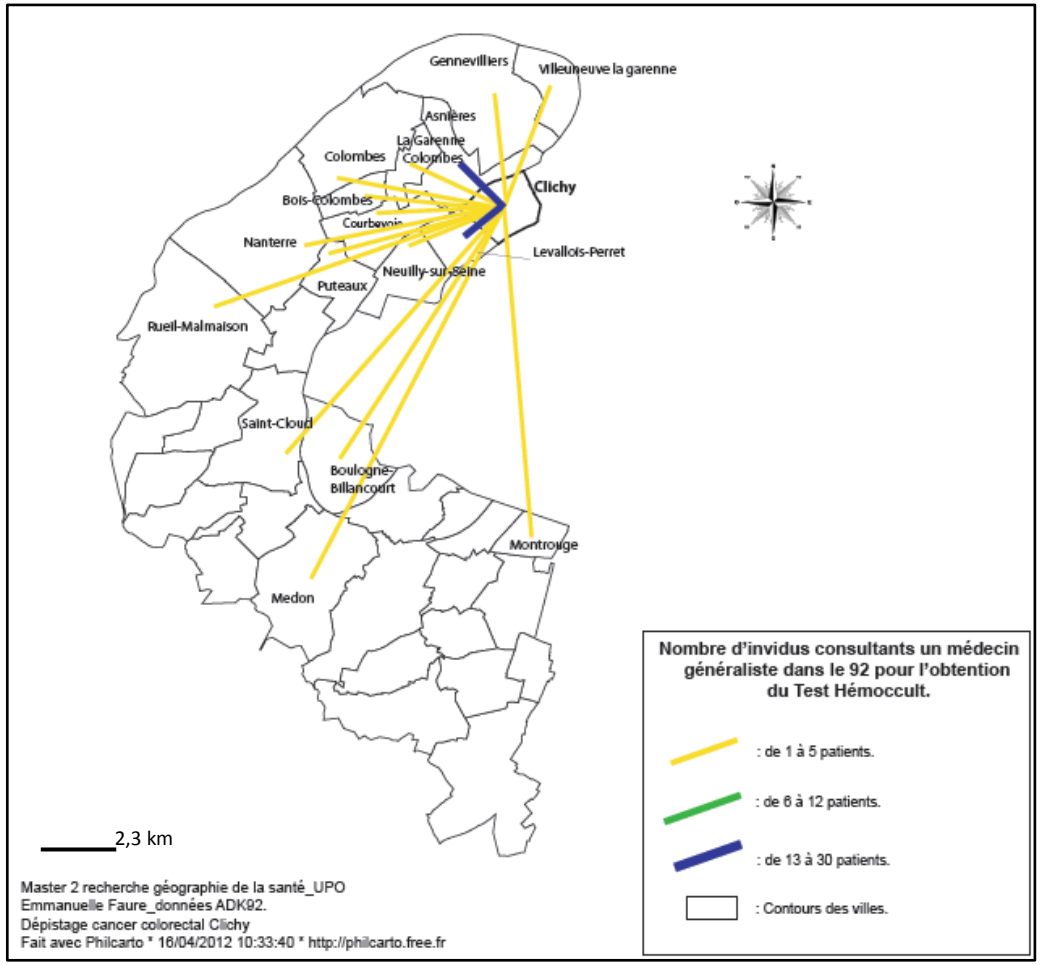
Cartes 12 : Trajectoires de recours aux médecins généralistes des Hauts-de-Seine (hors Clichy) pour l'obtention du test Hémoccult au cours de la campagne 2010-2011.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, avril 2012.

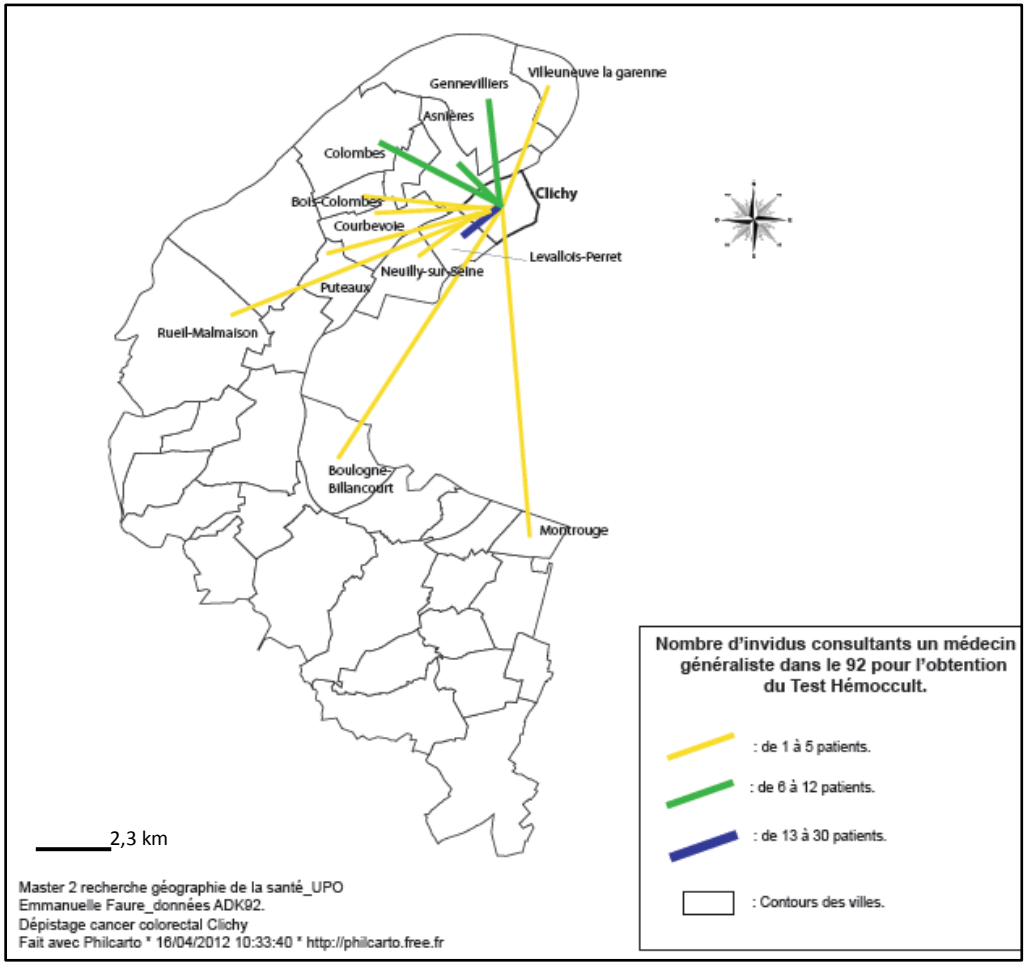
A l'échelle départementale, la majorité des médecins consultés par les Clichois exercent à Levallois-Perret, Asnières, Colombes ou Gennevilliers. Ces villes sont limitrophes à Clichy, ou bien proches et facilement accessibles en transports en commun. La ligne 13 du métro relie Clichy à Asnières et Gennevilliers, alors que les trains passant par la gare de Clichy-Levallois permettent de se rendre rapidement à Colombes. Les flux plus lointains sont très peu nombreux (chaque trait jaune représente 1 à 10 patients). Ces derniers illustrent certainement les liens privilégiés qu'entretiennent certains individus avec ces villes dans le cadre d'activités professionnelles, de réseaux amicaux ou familiaux. Il apparait donc que la proximité est privilégiée. Les deux cartes suivantes dissocient les trajectoires de recours des femmes et des hommes.

Carte 13 : Trajectoires de recours des femmes aux médecins généralistes des Hauts-de-Seine (hors Clichy) pour l'obtention du test Hémoccult au cours de la campagne 2010-2011.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, avril 2012.

Carte 14 : Trajectoires de recours des hommes aux médecins généralistes des Hauts-de-Seine (hors Clichy) pour l'obtention du test Hémoccult au cours de la campagne 2010-2011.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, avril 2012.

Ces flux représentent peu d'individus, car rappelons-le seul 17% des Clichois et Clichoises ayant consulté un médecin généraliste dans le cadre de ce programme de dépistage s'est adressé à un professionnel hors de sa commune de résidence. Cependant, ces deux dernières cartes inspirent quelques pistes de réflexions. La littérature associe bien souvent les femmes à des territoires de vie plus restreints que les hommes, et concentrés sur la sphère familiale ou le voisinage. Or, la mise en perspective de ces deux cartes nuance ces affirmations. En effet, les Clichoises se déplacent tout autant, voire plus, que les hommes. Ces premiers constats suggèrent qu'il conviendrait certainement d'interroger hommes et femmes sur leurs pratiques de l'espace et leur conception de la distance. Ces trajectoires de recours illustrent-elles les mêmes représentations de l'espace départemental, ou régional ? Ou bien les stratégies des hommes et des femmes sont-elles différentes ?

Seuls les flux intra-départementaux sont ici représentés, or certains Clichois ont consulté des médecins généralistes en dehors des Hauts-de-Seine. C'est le cas de 110 individus au cours de la campagne 2010-2011 (c'est-à-dire 4,5% des individus ayant consulté un médecin pour obtenir un test Hémoccult). Ces individus se sont majoritairement dirigés vers des médecins exerçant à Paris (89 individus) et en Seine-Saint-Denis (16 individus). Il convient de remarquer que seuls deux individus ont consulté un médecin exerçant dans la ville de Saint-Ouen (93), pourtant limitrophe de Clichy. Plusieurs hypothèses peuvent être énoncées. D'une part la ville de St Ouen possède peu de médecins généralistes[48] et ses trois centres municipaux de santé sont saturés [Belloni, 2011]. D'autre part les représentations que véhicule le territoire de la Seine-St-Denis doivent être interrogées. Alors que les villes de Levallois, d'Asnières ou de Paris ont souvent été citées par nos interlocuteurs sur le terrain, très peu ont fait référence à St Ouen et son département. Ces quelques habitants décrivent ce territoire comme « *peu fréquentable* », « *dangereux* ». Les représentations sociales associées aux territoires de Seine-Saint-Denis doivent être prises en compte. La frontière qui sépare des deux départements est à la fois administrative et politique, mais aussi économique et sociale, et surtout symbolique. Nous supposons que cette fracture territoriale influence, plus ou moins consciemment, les trajectoires de soins d'individus. Le cas de la ville de St-Ouen démontre que l'analyse de la proximité physique doit parfois être pondérée par celles des représentations sociales des territoires. Aux distances euclidiennes s'ajoutent des distances symboliques. Les trajectoires de recours aux médecins généralistes ne résultant pas uniquement de calculs de distances kilométriques relativisées par la présence de transports en commun.

[48] D'après les données de la CARMF-URPS Ile-de-France, la ville de St Ouen possède 5,3 médecin généraliste pour 10 000 habitants, ce qui est très peu au regard de la moyenne régionale (9,1/10 000), ou de la densité médicale de Clichy (6,2/10000 habitants).

2. Médecins généralistes : acteurs clefs du recours au dépistage du cancer colorectal?

Le médecin généraliste, un professionnel essentiel à la réussite du programme de dépistage.

L'implication du médecin généraliste est considéré comme primordiale dans la sensibilisation des individus et la promotion du dépistage des cancers. En témoigne le rapport de l'INCA dédié à l'évaluation du programme de sensibilisation mené en 2011 : « *la campagne d'information « Mars bleu 2011 » visait en premier lieu à favoriser le passage à l'acte en incitant au dialogue entre la personne concernée et son médecin traitant sur le dépistage organisé du cancer colorectal. Pour cela, quatre axes stratégiques principaux ont été définis : créer une parole réflexe sur le dépistage du cancer colorectal avec le médecin traitant autour d'un message simple : «Dès 50 ans, c'est le moment…de parler du dépistage du cancer colorectal avec son médecin traitant» et poursuivre la pédagogie sur le bénéfice et les modalités concrètes du dépistage ; renforcer le dispositif auprès des populations les plus difficiles à sensibiliser ; accompagner les acteurs locaux dans leur mission d'information ; impliquer davantage les médecins généralistes, dont le rôle est central dans l'organisation de ce dépistage.* » [INCA, 2012, p 2-3]. Deux des quatre axes s'appuient sur le rôle du médecin traitant. L'INCA a également édité en juin 2011 un rapport intitulé « Médecins généralistes et dépistages des cancers » dans lequel est rappelé l'importance de ce professionnel. Enfin, les résultats de l'enquête Fado-colorectal menée par une équipe de l'InVS en 2006/2007 démontrent que « *La promotion de ce dépistage auprès de la population passe principalement par le contact régulier et la qualité de la relation entretenue avec le médecin généraliste chargé de remettre le test aux personnes.* » [InVS, 2008].

La majorité des médecins généralistes rencontrés à Clichy estime en effet que ne pas prendre le temps d'aborder le sujet du dépistage avec leurs patients contribue à la mauvaise réussite du programme. Plusieurs d'entre eux déclarent que lorsque l'intérêt du test et ses modalités de réalisation sont correctement exposés aux patients, ceux-ci ne refusent jamais de le faire. Rappelons qu'à l'issus de la campagne 2010-2011, seul 1,1% des Clichois n'avait pas encore réalisé le Test alors qu'il leur avait été remis par leur médecin. La médecin chargée de la prévention, le médecin directeur du centre municipal de santé ou bien le gastro-entérologue de Clichy considèrent que l'un de leviers d'action pour améliorer le taux de participation à ce dépistage est de renforcer la mobilisation des médecins généralistes de la commune. Or, il apparait de nos entretiens que les médecins généralistes libéraux rencontrés tiennent des discours très différents les uns des autres.

Certains sont de fervents défenseurs du programme de dépistage du cancer colorectal, qui, aux vues de leurs lectures et pratiques, est un moyen efficace de lutter contre cette maladie. Ils déclarent prendre du temps pour expliquer le test aux patients leur apportant la lettre. Bien que les limites d'âge leur posent parfois problème[49], ils estiment que le test Hémoccult est fiable et efficace. D'autres, au contraire, y sont opposés. Ils accusent ce test de n'être ni fiable ni adapté à leur patientelle. Trois des 16 médecins rencontrés l'ont ouvertement critiqué. Ils préconisent à leurs patients de réaliser un test en laboratoire, ou bien une coloscopie.

Alors que le médecin généraliste aurait un rôle phare dans l'inclusion de ses patients dans le programme de dépistage, l'antagonisme de ces discours pose question. Comme le rappel Sylvie Faizang, les normes et les comportements de santé sont le résultat de la confrontation de logiques profanes et de logiques médicales. Le médecin de famille, qui au côté du prêtre et du curé occupait jusqu'à peu de temps une place dominante dans la hiérarchie sociale française, ne possède plus aujourd'hui le monopole de la connaissance en santé. Cependant, la diversité des ouvrages, des sites internet, des émissions de radio ou de télévision consacrés à des questions de santé ne remettent pas en cause le savoir et l'expérience de ces professionnels hautement qualifiés. Il est un professionnel respecté et écouté. Ainsi des femmes rencontrées au sein de l'association d'alphabétisation SFM estiment que « *si le médecin le dit alors il faut le faire* ». De même, la majorité des personnes avec qui nous nous sommes entretenus déclare qu'elle fait entièrement confiance à son médecin généraliste. En conséquence certaines questions s'imposent : Les manifestations locales du fait de santé observé (ici la participation au dépistage du cancer colorectal) résultent-elles des décisions des patients, ou bien illustrent-elles les opinions et pratiques des médecins généralistes ? Dans quelle mesure la relation médecin/patient est-elle un élément non négligeable de l'analyse des inégalités socio-territoriales de santé ?

<u>Des données qui nuancent la prépondérance de ce professionnel.</u>

L'évaluation des taux de participation attribuables à chaque lettre envoyée par l'ADK 92 permet d'interroger le rôle des médecins généralistes. Rappelons brièvement le protocole d'invitation mis en place par la structure de gestion.

[49] Plusieurs praticiens ont déclaré être en difficulté face aux individus qui, une fois mobilisé et convaincu de la nécessité de ce test, ne comprennent pas pourquoi à partir de 74 ans ce test ne leur est plus offert. Des questions telles que « *donc ça y est je suis trop vieux docteur, cela ne vaut plus le coup* » ont mis mal à l'aise certains des médecins généralistes rencontré au cours de cette enquête.

Les Alto-Séquanais de 50 à 74 ans sont invités par un premier courrier à se rendre chez leur médecin traitant pour que celui-ci leurs remette le test et leurs explique la procédure. Si le test n'est pas réalisé dans un délai de trois mois, une première relance les invitant de nouveau à se rendre chez leur médecin généraliste est envoyé, puis, trois mois plus tard, une seconde relance contenant directement le test Hémoccult et son mode d'emploi.

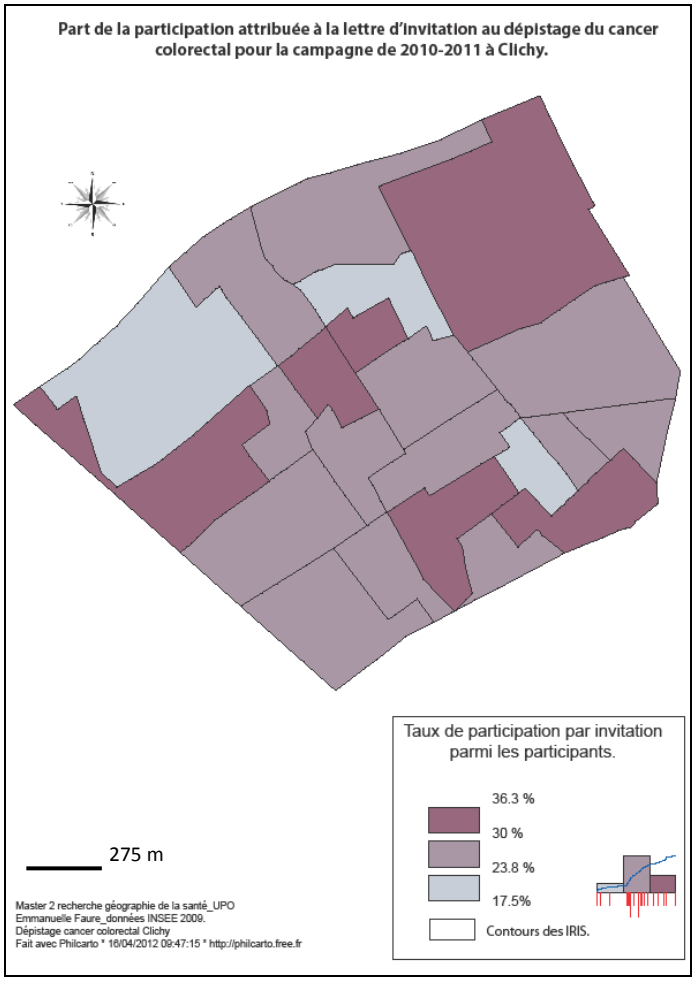
Selon les données fournies par l'ADK 92 pour la campagne 2010-2011 : **27,5%** de la participation des Clichois est attribuable à la seule lettre d'invitation, **15,4%** à la première relance et à **57,1%** à la seconde. Hommes et femmes adoptent ici des comportements quasi identiques, c'est pourquoi nous ne détaillerons pas ces résultats en fonction des sexes.

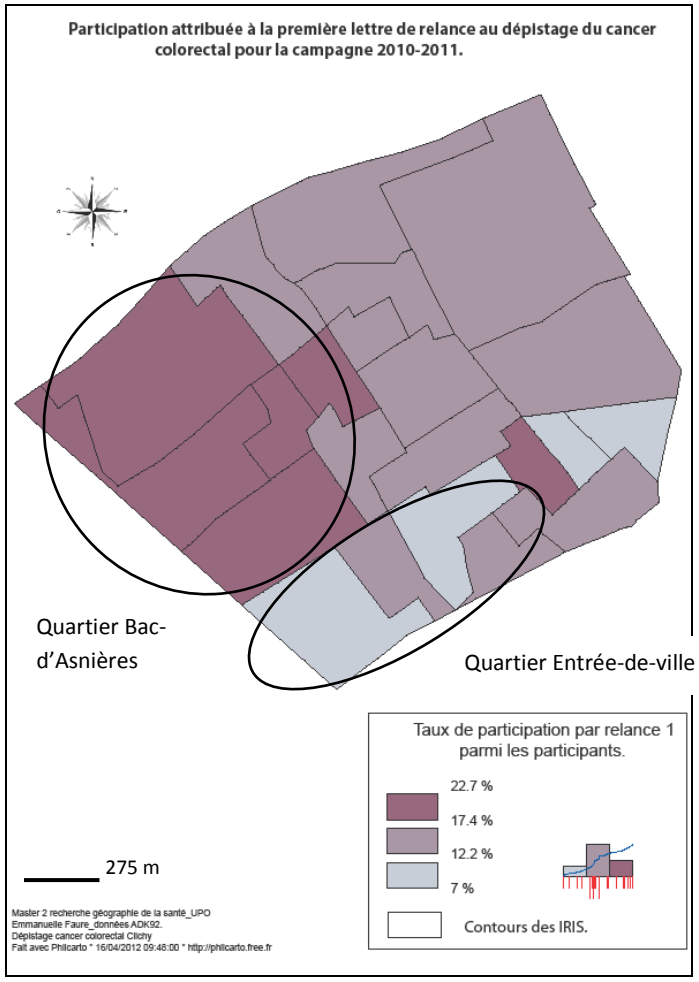
Dans la littérature spécialisée le médecin généraliste est considéré comme l'acteur central de la réussite du programme [INCA, 2012 ; InVS, 2008]. Cependant, ces résultats démontrent qu'à Clichy de telles conclusions masquent une partie de la réalité. En effet, plus de la moitié (57 %) des individus a participé au dépistage du cancer colorectal via la relance 2. C'est-à-dire que ces individus ont reçu le test chez eux et ont pris la décision de le faire sans avoir eu rendez-vous avec leur médecin traitant. Une partie d'entre eux en a certainement parlé avec leur médecin généraliste auparavant, mais ce n'est pas lui que leur a remis de test ni expliqué comment et pourquoi le faire. Une multitude de comportement pourrait expliquer qu'une majorité d'individu réalise le test après l'avoir reçu par courrier, et non pas avant. Citons ici la peur ou la gêne d'en parler au médecin, l'envie de prendre en charge son dépistage, le manque de temps ou de moyens pour aller consulter un médecin, etc.

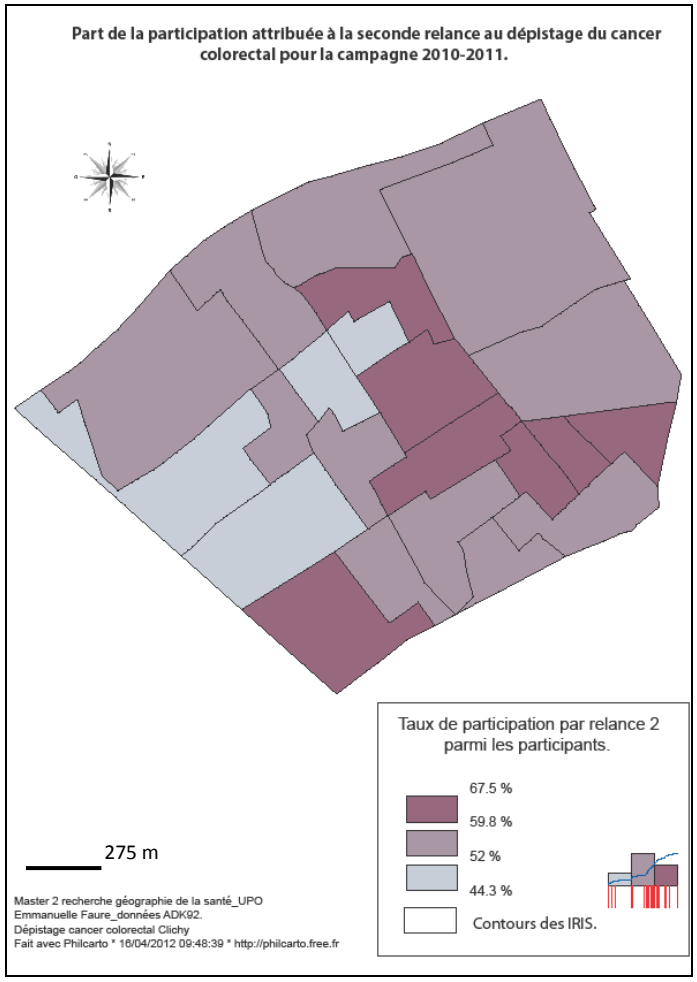
Genre et médecine générale à Clichy.

Nous avions initialement envisagé d'interroger l'existence d'un lien entre le sexe du patient et celui du médecin généraliste. Il s'agissait de se demander, à l'image des travaux qui démontrent qu'une majorité de femmes choisie le sexe de son gynécologue, si les rapports de genre pouvait contribuer à comprendre certaines trajectoires de soins des Clichois et Clichois en matière de dépistage du cancer colorectal. Cependant la « typologie » des médecins généraliste de la ville de Clichy nous empêche de répondre à cette question. En effet 33 des 35 médecins généraliste de Clichy sont des hommes et seulement 2 sont des femmes. Enfin, à Clichy la répartition des lieux d'exercice entre médecins généralistes apparait fortement sexuée : Tous des médecins exerçant au CMS sont des femmes (sauf son directeur), alors qu'en ville elles ne sont que 2 sur 35.

Cartes 15 : Approche cartographique des taux de participation attribuables à chacune des lettres de l'ADK 92 pour la campagne 2010-2011, hommes et femmes confondus.







Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation : E. Faure, avril 2012.

A chaque type d'invitation correspond une géographie différente. Seule la représentation cartographique de la relance 1 met en valeur une certaine structuration de l'espace communale. Cette première relance est particulièrement peu efficace dans le Sud de la ville, alors que les participants résidant dans le quart Nord-ouest de Clichy ont été bien plus réceptifs à cette première relance. En effet les habitants du quartier Entrée-de-ville (dont une majeure partie est affectée par de grandes difficultés socio-économiques), ont particulièrement peu répondu à la relance 1. Inversement plus de 17% de la participation des habitants du quartier Bac-d'Asnières est attribuable à cette première relance.

L'écart entre l'Iris dans lequel le taux de participation est le plus élevé et celui dans lequel il est le plus faible a été calculé pour les trois scénarii, et pour chaque sexe.

Tableau 2 : Évaluation des disparités infra-communale vis-à-vis des types d'invitation utilisées.

	Invitation	Relance 1	Relance 2
Ratio entre Iris	2,1	3,2	1,5
Ratio entre Iris pour les femmes	2,3	3,1	1,6
Ratio entre Iris pour les hommes	2,2	4,6	1,7

Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation : E. Faure, mai 2012.

La participation attribuable à l'invitation, et à la relance 1, accuse d'importantes inégalités infra-communales. Le recours au médecin généraliste est donc un facteur des inégalités infra-communales de santés observées dans le cadre du dépistage du cancer colorectal. Inversement, si la relance 2 est la plus mobilisatrice (57% de la participation globale lui est attribuable), elle est aussi la moins «discriminante ». En effet, l'écart entre Iris est moins important pour celle-ci (ratio de 1,5) que pour les deux autres types de convocation (2,1 et 3,2). C'est-à-dire que les Clichois et les Clichoises «privilégient » le fait de pouvoir faire le test sans consulter un médecin généraliste, et ce quel que soit leur Iris de résidence. Enfin, seule la relance 1 accuse d'inégalités infra-communales beaucoup importantes chez les hommes que chez les femmes. Aujourd'hui ces résultats bruts interrogent plus qu'ils n'apportent de réponses, mais ils orienteront nos futures réflexions quant aux modalités d'accès au dépistage.

C. Le recours au dépistage du cancer colorectal aux échelles infra-communales : un révélateur de constructions spatio-genrées de santé ?

A l'échelle communale les taux de participation au dépistage du cancer colorectal varient de façon non négligeable selon le sexe ou l'âge des Clichois. Cependant, cette approche globale du phénomène masque certainement des disparités. Identifier les processus à l'origine d'inégalités de santé nécessite d'en analyser les manifestations micro-locales. Existe-il à Clichy des inégalités infra-communales de recours au dépistage du cancer colorectal ? La structure socio-économique de la ville de Clichy permet-elle de les comprendre ? Ces inégalités se déclinent-elles de la même façon pour les hommes et les femmes, ou bien pour les personnes les plus âgées et les plus jeunes de la population cible ? Enfin, que révèle la géographie clichoise du dépistage du cancer colorectal des dynamiques territoriales, des enjeux sociaux et des constructions locales du genre ?

1. Disparités micro-locales de recours au dépistage du cancer colorectal et inégalités socio-économiques : une simple adéquation ?

Approche infra-communale de la participation au regard d'une typologie socio-économique des Iris de la ville.

De nombreux travaux suggèrent qu'il existe de fortes inégalités sociales dans la pratique du dépistage du cancer colorectal. La faible participation à ce dépistage est étroitement liée à un niveau socio-économique individuel défavorable [Frederiksen and al., 2010; Hay and al. 2003; Pornet and al., 2010]. Certaines de ces études utilisent des données déclaratives d'autres des recensements de population, or très peu allient approches quantitatives et qualitatives de phénomènes micro-locaux. Associer les données de dépistage à l'échelle des Iris aux informations socio-économiques fournies par l'Insee ainsi qu'aux résultats d'une approche de terrain doit permettre d'identifier les processus à l'origine d'inégalités de santé.

Le tableau suivant retranscrit les taux bruts[50] de participation au dépistage du cancer colorectal selon l'Iris de résidence des individus. Précisons qu'afin de nous assurer de la signification des écarts entre Iris un test du Khi² a été réalisé. La valeur obtenue est de 68,09 (avec un degré de confiance de 1). Il apparait que le lieu de résidence d'un individu et le fait qu'il participe, ou non, au dépistage du cancer colorectal ne sont pas indépendant. La forte participation de certains Iris et la faible participation d'autres n'est pas le fait du hasard. Les disparités de participation au dépistage du cancer colorectal résultent donc de facteurs se déclinant différemment selon les contextes de vie des individus.

Tableau 3 : Participation au dépistage du cancer colorectal par Iris, campagne 2010-2011[51].

Noms des IRIS	Taux bruts de participation		Noms des IRIS	Taux bruts de participation
Vendôme	18,3%		Mozart	19,4%
Pasteur-Gesnouin	15,5%		Maison du Peuple	14,9%
Centre-Ville	15,4%		Klock	16,4%
S.N.C.F.	14,0%		Sanzillon	17,3%
Teinturiers	20,9%		Morel	15,4%
Bac d'Asnières-Bérégovoy	13,4%		Entrée de Ville	9,7%
Rue du Port	16,9%		Calmette	15,9%
Quartier Nord	18,4%		Chance-Milly	16,2%
Gabriel Péri	17,1%		Cite Nouvelle	14,2%
Bateliers	20,4%		Palloy-Paymal	18,3%
Berges de Seine-Beaujon	17,5%		Gambetta	20,6%
			Moyenne de la ville	**16,6%**

Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, avril 2012.

Les comportements préventifs appréhendés ne sont pas uniformément répartis sur le territoire communal. Le ratio entre l'Iris dans lequel les habitants ont le moins participé au dépistage durant cette campagne et celui dans lequel ils ont le plus adhérés est de 2,15. C'est-à-dire, qu'en moyenne, les habitants de l'Iris Teinturiers ont participé un peu plus de deux fois plus que ceux résidant dans l'Iris Entrée-de-ville.

[50] Les taux standardisés sur l'âge ont été calculé, or ils différents très peu des taux bruts. Ceux-ci ont donc été conservés.

[51] Sur le tableau ci-dessus, et dans l'ensemble de ceux qui seront présentés dans ce travail, les cases en rouge foncé indiquent les données les plus hautes des catégories, alors que les plus claires indiquent les plus basses.

Les Iris Entrée-de-ville (9,7%) et Bac d'Asnières (13,4%) sont les espaces dans lesquels les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont les plus faibles, alors que les habitants des Iris Gambetta et Teinturiers participent davantage que le reste de la commune (leurs taux de participation sont respectivement de 20,6% et 20,9%).

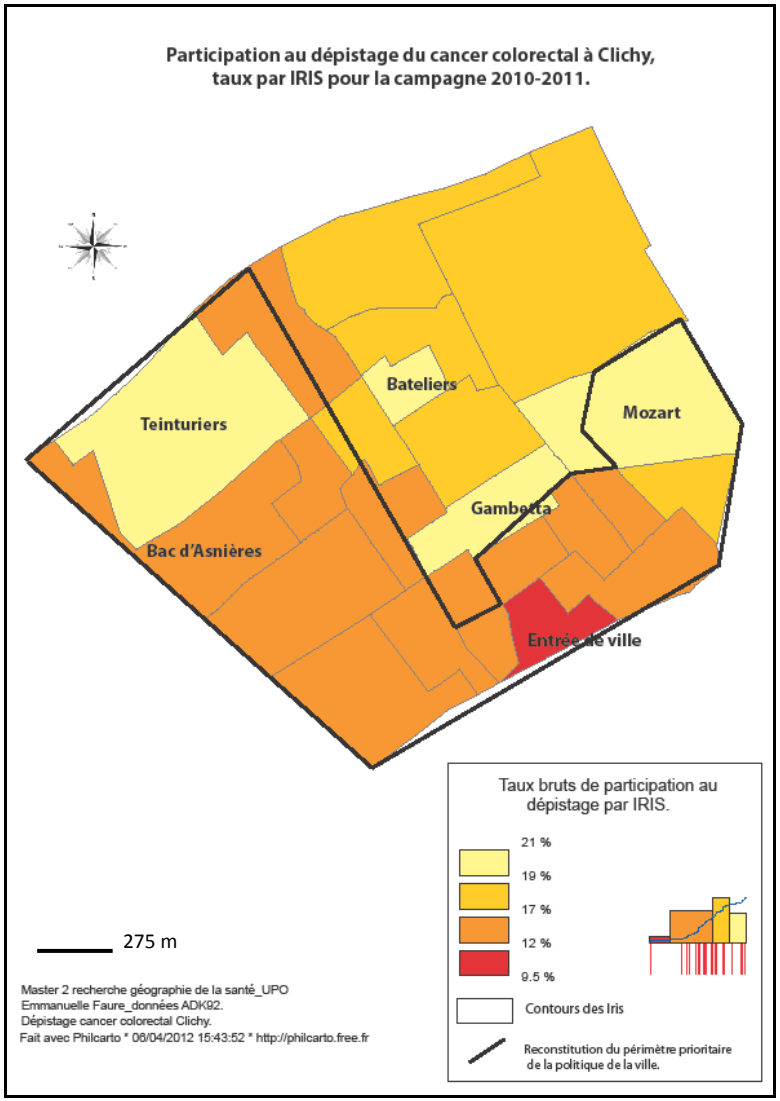
Au regard de la littérature, les Iris caractérisés par des indicateurs socio-économiques défavorables devraient enregistrer les taux de participation les plus faibles. Et inversement les Iris dans lesquels réside une population plutôt favorisée devraient se caractériser par des taux de participation élevés [Monnet et al., 1993 ; Corner et al., 2006 ; Pornet et al., 2010]. Comme le rappelle Jean-Paul Moatti, Chantal Casès et Lucile Olier dans leur ouvrage intitulé Inégalités face au cancer : un diagnostic nécessaire « *Les facteurs explicatifs de cette surmortalité des patients atteints de cancer, qui frappe les catégories socialement les plus vulnérables, interviennent pour partie en amont de la prise en charge proprement médicale de cette pathologie, et révèlent un échec relatif de sa prévention* » [Moatti and al., 2008, p 347]. D'après eux c'est en partie du « *moindre accès aux dépistages précoces, diagnostic plus tardif, d'où découle une plus grande proportion de cancers à un stade avancé et de plus mauvais pronostic dans ces catégories* » [Moatti and al., 2008, p 347]. Cette seconde affirmation suppose que ces catégories d'individus aient un moindre accès au dépistage. Cependant, les premières études menées au sein du laboratoire LEST portant sur le dépistage du cancer du sein ont démontré que l'adéquation entre niveau socio-économiques des espaces infra-communaux et implication dans un programme de dépistage n'est pas systématique[52].

Les cartes suivantes[53] permettent d'apprécier la répartition spatiale des taux de participation des Clichois au dépistage du cancer colorectal pour la campagne 2010-2011, ainsi que celle de la typologie socio-économique de la ville. La confrontation de celles-ci doit apporter des éléments de réponse à la question suivante : la structuration socio-économique de la ville de Clichy permet-elle de comprendre certaines inégalités micro-locales de recours au dépistage du cancer colorectal, inversement ces inégalités sont-elles illustratrices des fractures socio-économique de cette commune ?

[52] Depuis deux ans les étudiants du master géographie de la santé réalisent des diagnostics locaux visant à mieux comprendre les facteurs de recours, ou non recours, au dépistage du cancer du sein. Le projet aujourd'hui intitulé « Géographie et dépistage des cancers » est porté par le laboratoire LEST et l'association ESPT. Les résultats de ces travaux sont consultables à la bibliothèque du laboratoire à Nanterre.

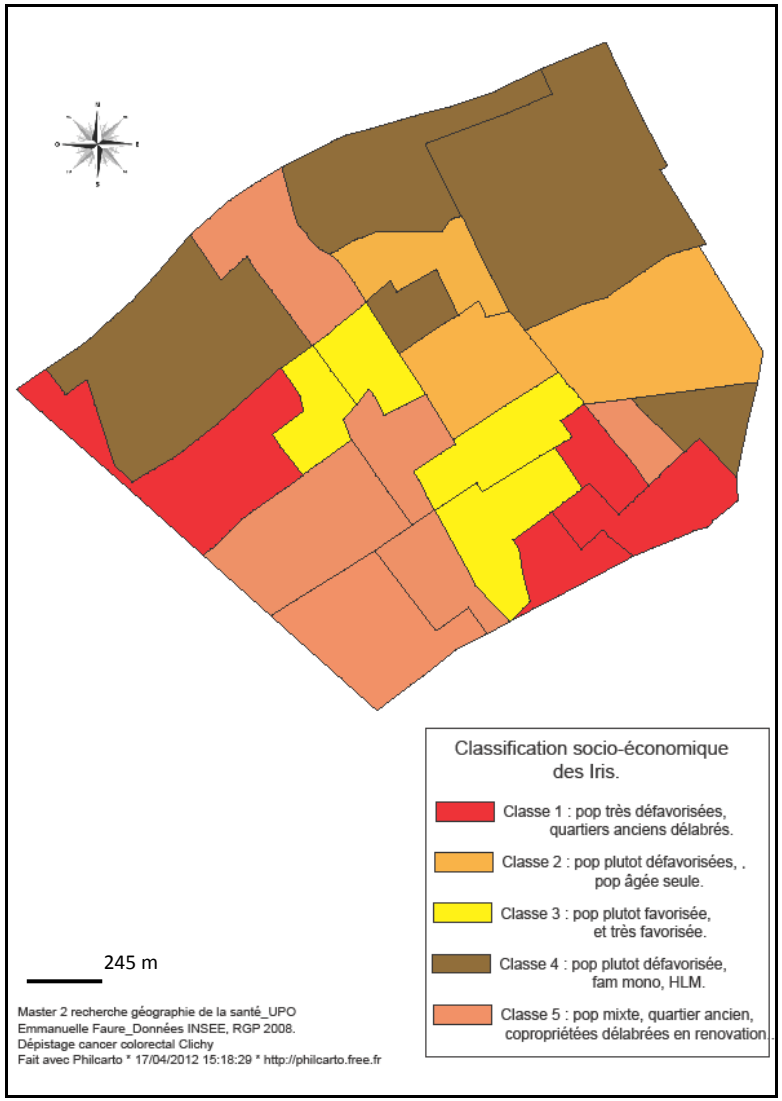
[53] Les Iris dans lesquels les taux de participation sont les plus faibles seront, tout au long de ce travail, représenté par les couleurs chaudes (rouge et orange foncé). Cette sémiologie graphique permet d'attirer l'attention sur les zones les plus « problématiques » au regard de notre thématique.

Carte 16 : Participation au dépistage du cancer colorectal des Clichois et Clichoises à l'échelle des Iris.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, mai 2012.

Carte 17 : Typologie socio-économique des Iris de la ville de Clichy, selon les données du recensement général de population de l'Insee de 2008.



Sources : Données INSEE_RGP 2008. Réalisation E. Faure, mai 2012.

A Clichy la géographie du recours au dépistage du cancer colorectal est relativement nette. A l'exception de l'Iris Teinturier, une ligne Nord/Sud-est coupe la ville en deux. Les Iris Sud et Nord-est sont caractérisés par des taux de participation inférieure à 17%, et donc inférieure à la moyenne communale. Un large quart Nord-est se caractérise quant à lui par des taux de participation supérieurs à cette moyenne. L'Iris Entrée-de-ville se démarque par son très faible taux de participation (9,5%). Inversement, les résidents des Iris Gambetta, Teinturiers, Bateliers et Mozart sont plus de 19% à avoir participés à cette campagne de dépistage. Comparons maintenant cette cartographie du recours au dépistage à celle de la typologie réalisée à partir d'une sélection d'indicateurs socio-économiques issus du dernier recensement de la population.

Les Iris Entrée-de-ville et Bac-d'Asnières sont à la fois les Iris dans lesquels les Clichois ont le moins participé et témoignent de situations socio-économiques les plus défavorables. Inversement, l'Iris Gambetta est à la fois celui où résident les populations les plus favorisées de la ville et celui qui enregistre un taux de participation au dépistage le plus élevé. Enfin, force est de constater qu'à l'exception des Iris Teinturiers et Mozart, le périmètre d'intervention prioritaire de la politique de la ville comprend l'ensemble des Iris dans lesquels les taux de participation sont les plus faibles. Cependant, les Iris qui enregistrent pour la campagne 2010-2011 les taux de participation les plus élevés ne possèdent pas tous des caractéristiques socio-économiques favorables. Les iris Gambetta et Teinturiers par exemple, sont ceux dans lesquels les taux de participation sont les plus élevés, or ils appartiennent à des classes socio-économiques différentes. Si l'Iris Gambetta est l'espace qui concentre la population la plus aisée de la ville, l'Iris Teinturiers est mixte. Enfin, les Iris dans lesquels les taux de participation sont les plus faibles ne possèdent pas tous des caractéristiques socio-économiques très défavorables. La répartition des taux de participation au dépistage du cancer colorectal ne correspond donc pas systématiquement à celle des profils socio-économiques de la ville. Ces constats posent au géographe de la santé de nouvelles questions :

- En quoi les espaces caractérisés par des indicateurs socio-économiques plutôt favorables constituent-ils un contexte socio-territorial davantage propice au recours au dépistage du cancer colorectal ? Quels sont les acteurs qui, concentrés dans ces espaces, peuvent être des relais d'information ou de sensibilisation des habitants ?

- Inversement, en quoi les espaces caractérisés par des indicateurs socio-économiques défavorables constituent-ils un contexte socio-territorial qui ne favorise pas le recours au dépistage du cancer colorectal ? Les populations résidant dans ces types de quartiers seraient-elles moins « réceptives » aux campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal ?

D'après Christine Détrez[54] la « *culture de la force* » des classes populaires s'opposerait à la « *culture de la forme* » des classes les plus aisées [Détrez, 2002, p 146]. Certaines constructions sociales du corps et de la santé seraient propres à chacune des classes sociales. Ainsi la « force » physique, la résistance au mal et la maladie seraient davantage valorisées dans les classes populaires ; alors que la « forme » et l'écoute du corps le seraient dans les catégories les plus favorisées. Cette conception essentialiste de la culture, selon laquelle ce sont les normes culturelles qui expliquent la marginalité des individus, doit être discutée et confrontée à chaque terrain de recherche. Harry Bauder estime par exemple que le quartier pauvre est ainsi enfermé dans une vision négative homogène, dont les effets ne sont envisagés que sous un seul angle : celui de l'anomie et de la déviance [Bauder, 2002]. De même, la dimension des réseaux internes au quartier en tant que ressource pour les habitants et la diversité des contextes territoriaux sont largement ignorés.

- Enfin le cas de l'Iris Teinturier attire notre attention. Son taux de participation au dépistage du cancer colorectal est le plus élevé de la commune (20,9%) alors que cet espace est compris dans le périmètre d'intervention de la politique de la ville, et que les autre Iris appartenant au même profil socio-économique enregistrent des taux de participation bien plus faibles. Quels sont les éléments qui permettent de comprendre la relative exception de cet Iris ? Quels sont les facteurs contextuels participant à ce phénomène ? De nos observations et rencontres de terrain nous retiendrons qu'il est considéré comme un « *quartier mixte* ». Classes moyennes et populaires y résident dans des immeubles plus ou moins anciens, à la fois gérés par des associations de copropriétaires privées et bailleurs sociaux HLM. La mixité socio-économique de ce quartier serait-elle constitutive d'un contexte dans lequel les processus sociaux concourent à une meilleure participation au dépistage du cancer que dans d'autres quartiers ? Mais alors, comment apprécier, ou « mesurer », le degré de mixité d'un quartier ? Le simple fait que différentes classes sociales co-habitent suffit-il à « faire mixité » ? Suffit-il à créer un contexte spécifique et promoteur de santé ?

Si l'approche écologique, qui consiste ici à associer des indicateurs sanitaires à des indicateurs socio-économiques, fait émerger de nouvelles questions, elle ne constitue pas en elle-même un outil d'explication. Aucun lien de cause à effet entre caractéristiques socio-économiques et recours au dépistage du cancer colorectal ne saurait être établi.

[54] Christine Détrez est maître de conférences en sociologie, ancienne élève de l'ENS Ulm, agrégée de lettres classiques. Elle est l'auteur de A leur corps défendant. Les femmes à l'épreuve du nouvel ordre moral (avec Anne Simon, Seuil, 2006), La construction sociale du corps (Seuil, 2002). Elle assure à l'ENS de Lyon le séminaire de recherche "Sociologie de la culture et de la réception", ainsi que la préparation au thème d'agrégation "Santé, maladie, société".

La multiplicité des situations décrites démontre que le recours à des indicateurs socio-économiques ne suffit pas, que la combinaison de facteurs est différente selon les lieux. Il convient donc d'analyser ces résultats au regard d'autre indicateurs.

Dynamiques de population et structures démographiques : de nouveaux marqueurs territoriaux d'inégalités de santé ?

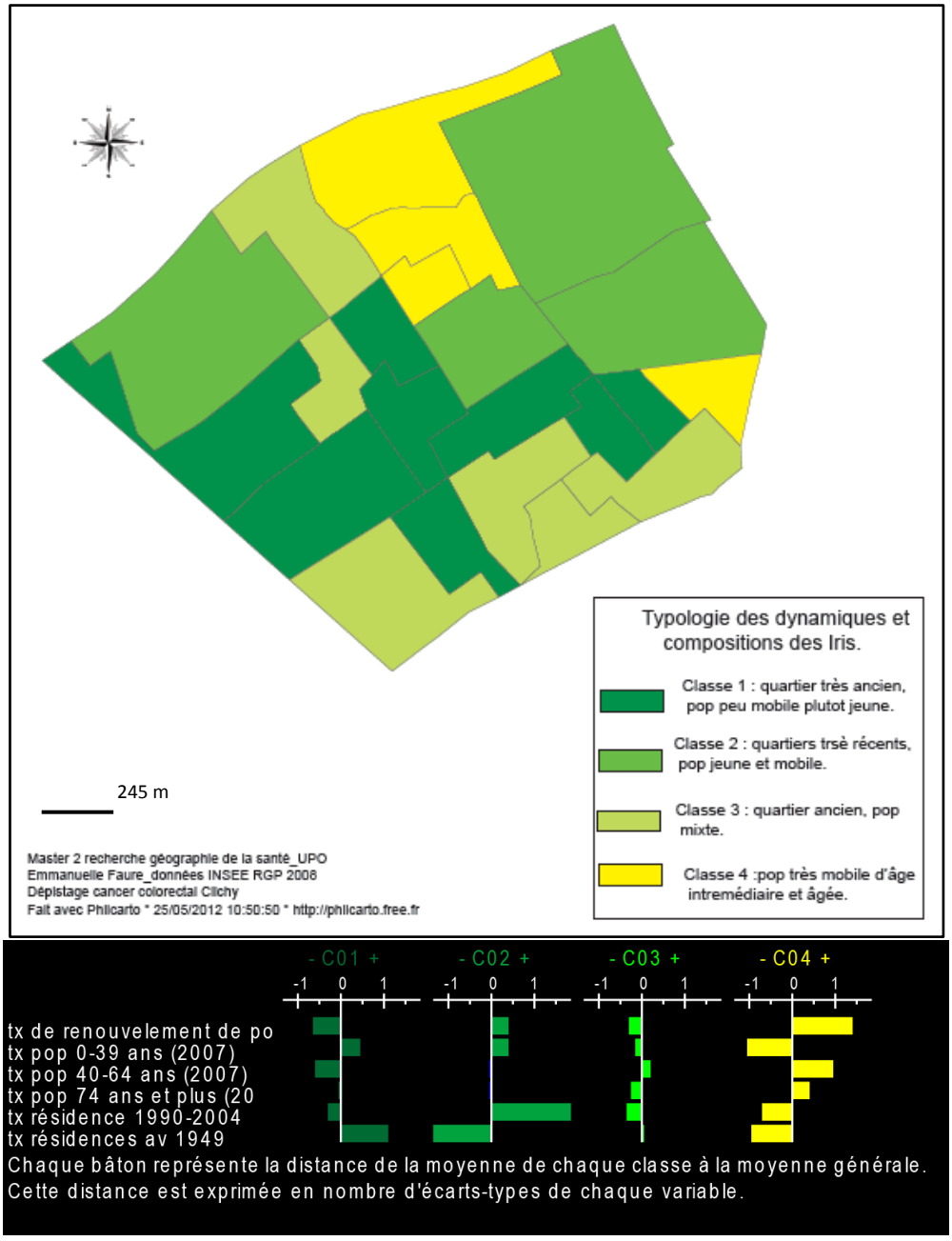
Nous supposons que la composition démographique et les dynamiques de population des territoires sont quelques-uns des autres indicateurs permettant d'appréhender la complexité d'un territoire. Peu de géographes de la santé prennent en compte ces facteurs. Pourtant les résultats d'une étude de l'IRDES publié en 2009 démontrent que « *la probabilité de se déclarer en mauvaise santé est augmentée lorsque l'on habite dans un quartier qui cumule les difficultés économiques et sociales, mais aussi là où la mobilité résidentielle est faible. Enfin les habitants des quartiers récemment construits et avec une forte présence de jeunes sont en meilleur santé que ceux qui vivent dans des quartiers anciens habités par des ménages âgés*.» [Allonier and al., 2009, p 1]. Il ne s'agit pas ici d'établir une relation directe entre les taux de participation au dépistage du cancer colorectal et ces indicateurs démographiques ; mais de comprendre en quoi ils prennent part aux processus socio-territoriaux susceptibles de participer à ces inégalités de santé.

Les données disponibles sont celles du recensement général de la population publié par l'Insee en 2008. Le taux d'individus de plus de 5 ans n'habitant pas le même logement 5 ans avant le recensement est disponible à l'échelle des Iris. Cet indicateur permet d'appréhender les dynamiques de population par la mesure des taux de déménagement/emménagement. Cette approche spatio-dynamique doit permettre de discuter de l'attractivité des territoires clichois. La part de population de différentes tranches d'âges permet quant à elle d'analyser la composition de la population des Iris au moment du recensement. Trois classes d'âges ont été retenues. La première (0-39 ans) a pour vocation de sonder l'importance des familles au sein d'un espace. Elle doit permettre d'évaluer un des éléments souvent évoqués par nos interlocuteurs sur le terrain : l'arrivée massive de jeunes couples relativement aisés (avec ou sans enfants) modifierait « *l'ambiance* »[55] de certains quartiers.

[55] Le terme « ambiance » a très souvent été utilisé par nos interlocuteurs. La complexité de notre travail de géographe est d'en comprendre le sens, les composants et les mécanismes. Le mot « ambiance » ne reflèterait-il pas ce que le géographe nomme « contexte socio-territorial » ?

La seconde (40-65 ans) représente la population active d'âge intermédiaire. La troisième (74 ans et plus) évalue la part de personnes âgées, voire très âgées, résidant dans chacun des Iris de la ville. Enfin, l'année de construction des logements ont été classées en deux catégories : avant 1949 et 1990-2004. Afin d'appréhender la répartition spatiale de ces indicateurs, ils ont été associés dans une typologie réalisé à partir d'une CAH sous le logiciel *Philcarto*. Cette typologie a été cartographiée. La part de l'inertie prise en compte par cette répartition en 4 classes est de 82,1%.

Carte 18 : Composition démographique et dynamiques populationnelles des Iris de Clichy.



Sources : Données INSEE-RGP 2008. Réalisation : Philcarto, E. Faure, mai 2012.

Aucune structuration nette du territoire clichois n'est ici mis en valeur. Cependant, nous supposons que c'est au regard de résultats issus d'un travail de terrain bien plus long que ce qui nous a été possible de réaliser cette année, que ces indicateurs permettront d'étayer notre connaissance de constructions socio-territoriales et spatio-génrées de santé. Les interrogations sous-jacentes à ce traitement sont peu abordées dans la littérature alors qu'elles permettent à notre sens d'aborder différemment les rapports entre dynamiques territoriales et dynamiques sanitaires.

-En quoi et comment les dynamiques de populations et la composition démographique de chaque territoire participent-elles aux processus de construction locale du genre ? En quoi et comment participent-elles également aux mécanismes à l'origine de relations intergénérationnelles constitutives des comportements sanitaires spécifiques ?

-Si la mobilité résidentielle illustre les dynamiques et l'attractivité des territoires, n'est-elle pas aussi un élément d'explication de la faiblesse de certains réseaux de socialisation, qui à l'échelle micro locale peuvent être vecteur d'information ? Comment appréhender la notion de « territoire », qui suppose appropriation et sentiment d'appartenance, dans des espaces urbains où les habitants n'y résident que très peu de temps? Enfin, en quoi ces phénomènes démographiques permettent-ils au géographe de redéfinir et d'adapter sa conception du territoire urbain ?

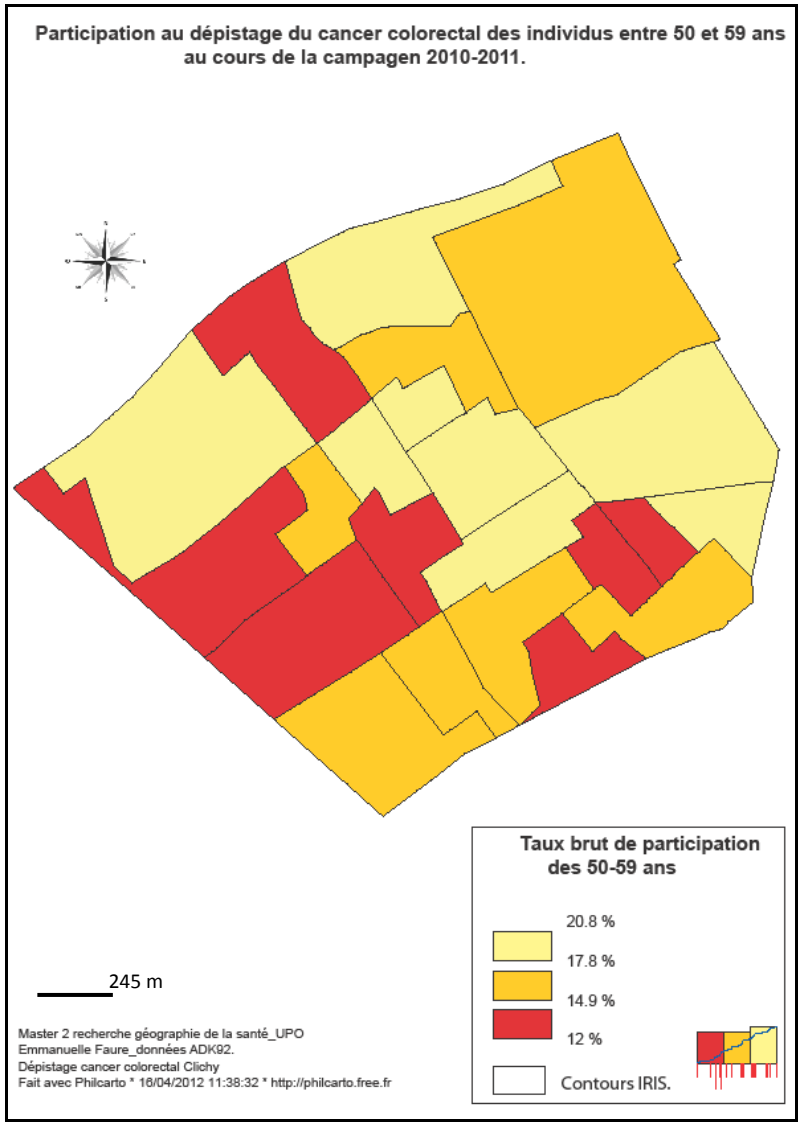
L'effet âge : un facteur « aggravant » de ces inégalités ?

Etre plus ou moins âgé dans le quartier Berges-de-Seine, en centre-ville ou bien dans celui d'Entrée-de-ville implique un accès aux transports et aux services différenciés. Or, ces différences se traduisent-elles par des inégalités en termes de recours au dépistage du cancer colorectal ? Existe-t-il à Clichy des inégalités spatiales de recours au dépistage du cancer colorectal selon l'âge des individus? La population cible des campagnes de dépistage du cancer colorectal comprend les hommes et les femmes de 50 à 75 ans. Cette tranche d'âge est vaste. Les rythmes et modes de vie d'individus de 50 ans ne sont pas similaires à ceux d'une personne de 70 ou 75 ans. Une analyse de la géographie du recours au dépistage du cancer colorectal à l'échelle infra-urbaine selon différentes tranches d'âge s'avère donc nécessaire. Elle doit permettre d'apporter des éléments de réflexion quant à l'association de l'effet âge à celui du contexte. Il s'agit de répondre à la question suivante : En quoi les contextes territoriaux se superposent-ils à « l'effet âge » et instaurent-ils un nouveau paradigme de compréhension des disparités socio-territoriales de recours au dépistage du cancer colorectal ?

Afin de faciliter la lisibilité des résultats et d'identifier de grandes tendances, deux tranches d'âge ont été créés. La première comprend les hommes et les femmes de moins de 60 ans, et la second ceux âgés de 60 à 75 ans. Le facteur retenu pour cette scission est celui du rapport au monde du travail. Le départ en retraite constitue un bouleversement des modes de vie qui semble intéressant à prendre en compte dans l'appréhension des comportements préventifs et de la pratique de l'espace. Nous considérons qu'en France le seuil des 60 ans est un indicateur pertinent de la position de chacun par rapport à l'emploi[56].

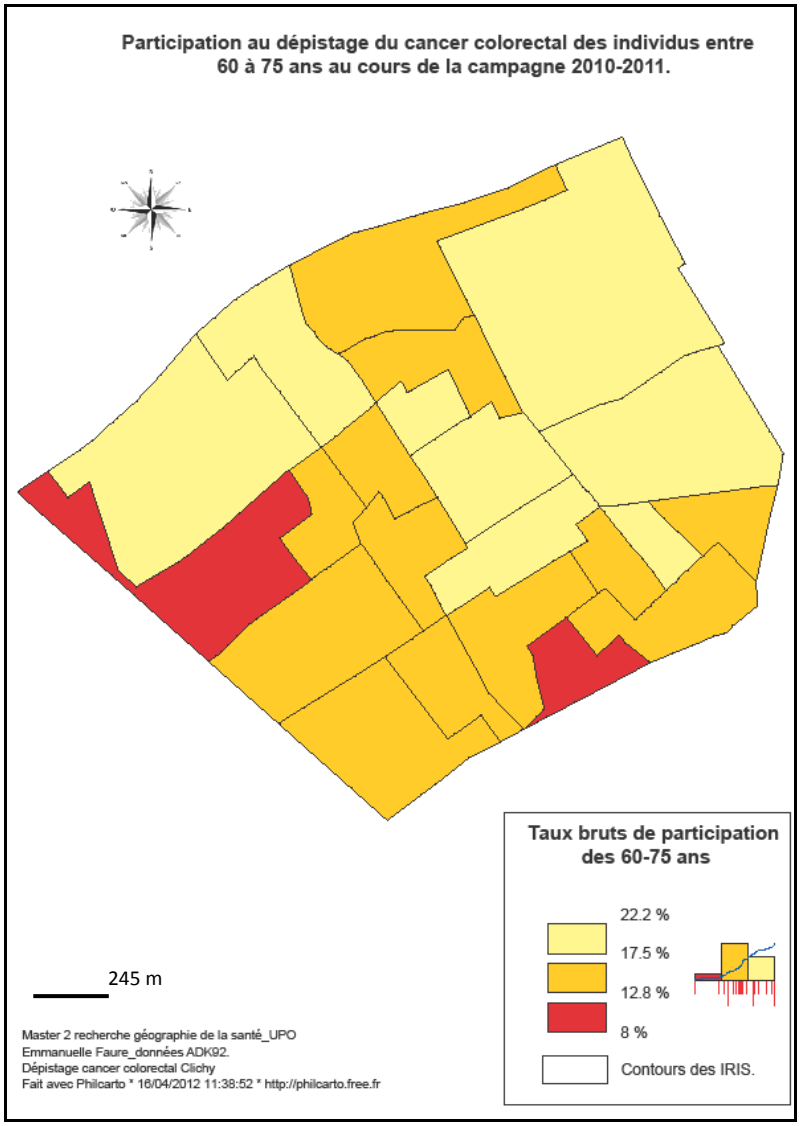
[56] Bien que depuis peu 60 ans ne soit plus l'âge de départ en retrait automatique, il nous semble qu'en 2010-2011 ce seuil est encore pertinent.

Carte 19 : Participation au dépistage du cancer colorectal des individus de 50 à 59 ans.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, mai 2012.

Carte 20 : Participation au dépistage du cancer colorectal des individus de 60 à 75 ans.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, mai 2012

D'une part, les individus les plus âgés résidant dans les quartiers où se concentrent les populations les plus défavorisées sont ceux qui ont le moins participé à cette campagne de dépistage. C'est le cas des Iris Entrée-de-ville et Bac-d'Asnières (en rouge sur la seconde carte).

D'autre part, un écart plus important existe entre les taux de participation des individus âgés de 60 à 75 ans et ceux âgés de 50 à 59 ans. En effet, à l'échelle des Iris les taux de participation des 50-59 ans s'échelonnent entre 12% et 20,8% ; alors que ceux des individus les plus âgés sont compris entre 8% et 22%. Afin de mieux appréhender ces écarts peuvent être traduits en ratios. Le ratio entre l'Iris dans lequel la population de 50-59 ans a le plus participé et celui dans lequel elle a le moins participé est de 1,7. Alors que celui de l'autre tranche d'âge est de 2,8.

Enfin, les Iris dans lesquels les individus de 60-75 ans participent le moins sont également ceux dans lesquels les plus jeunes participent le moins. Ainsi les Iris Entrée-de-ville et Bac-d'Asnières (en rouge sur les deux cartes) enregistrent les taux de participation les plus bas, et ce pour les deux tranches d'âge. Inversement, à quelques exceptions près, les Iris dans lesquels les individus participent le plus le sont pour les deux tranches d'âge.

Ces résultats semblent indiquer que l'âge peut être un facteur aggravant les inégalités infra-communales, mais n'induit pas une nouvelle géographie du recours au dépistage du cancer colorectal à Clichy.

Isolement et réseau social : facteurs d'inégalités socio-territoriales de recours au dépistage ?

Certaines études démontrent que l'isolement intervient dans la compréhension des inégalités d'accès aux dépistages des cancers, et ce d'autant plus pour les personnes les plus âgées [Zorzi and al, 2007 ; Segnan, 2005 ; Duport and al, 2007]. Le réseau social ou le statut matrimonial sont des indicateurs couramment utilisés par les chercheurs de sciences sociales. Plusieurs études visant à évaluer le programme de dépistage du cancer du sein ont par exemple montré que les femmes en couple avaient davantage tendance à réaliser une mammographie que les femmes seules [Duport et al., 2007]. Si l'isolement est ici appréhendé à l'échelle individuelle, elle peut également l'être à l'échelle territoriale. Ainsi les associations, les relais locaux des pouvoirs centraux ou bien les lieux de socialisation (des groupes de paroles et ateliers collectifs aux simples réunions informelles) sont des éléments permettant au géographe de mieux comprendre les dynamiques territoriales.

A Clichy, certains quartiers possèdent un réseau associatif dense au sein duquel les personnes âgées s'investissent. C'est le cas du centre-ville par exemple. Bien qu'aucun atelier spécifiquement dédié à la santé ne soit proposé au foyer Maurice Vergne, ce lieu constitue un espace d'échanges et de rencontres. Le parc Salengro, les Allées Gambetta, les marchés et l'esplanade de la mairie sont également des lieux de socialisation quotidiennement occupés par les Clichois et Clichoises de la tranche d'âge ciblée par cette étude. Les quartiers Bac-d'Asnières ou Entrée-de-ville possèdent quant à eux moins de lieux permettant rencontres, échanges et diffusion d'information. Les commerces et association sont par exemple complètement absents du quartier Bac-d'Asnières. Le quartier Entrée-de-ville offre à ses habitants un large panel de commerces et de services, mais très peu d'associations y sont encore implantées. L'association de quartier « *Chance RAI* », anciennement situé au Sud de la Rue de Paris, a fermé ses portes il y a près d'un an, il en est de même de l'antenne de quartier Victor-Hugo.

Cette concentration des lieux de socialisation dans certains quartiers signifie-t-elle que le reste de la ville n'est qu'anomie et solitude ? Certainement pas. Des réseaux sociaux d'autres natures se développent dans ces quartiers. Ils y sont davantage informels et ponctuels. Par exemple un groupe de femmes âgées qui fréquentait l'association « *Chance RAI » avant sa fermeture*, se donne régulièrement rendez-vous non loin du local pour aller prendre un café ou échanger des nouvelles sur la ville et les politiques municipales. L'ancienne animatrice de l'antenne de quartier Victor-Hugo continue quant à elle à aider des habitants dans leurs démarches administratives ou juridiques. Elle « *tient une permanence* » comme elle aime à le dire, tous les jours de 14h à 18h à l'arrêt de bus «Dispensaire» sur le boulevard Victor-Hugo.

Le recensement de ces lieux de socialisations ne prétend pas refléter l'intensité de la communication interpersonnelle au sujet du cancer colorectal. Les résultats de notre enquête démontrent que ce cancer et son dépistage sont des sujets très rarement abordés entre amis, collègues ou connaissances : un tiers des Clichois et Clichoises rencontrés (32%) déclare n'avoir jamais parlé du dépistage du cancer colorectal et 47% en ont déjà parlé avec leur médecin. Cependant ils constituent un des multiples éléments qui contribue à l'appréciation du contexte clichois.

2. Des *constructions spatio-genrées* de santé préventive révélatrices de nouvelles inégalités territoriales.

Le taux de dépistage d'un Iris est-il différent selon que l'on analyse les comportements féminins ou masculins ?

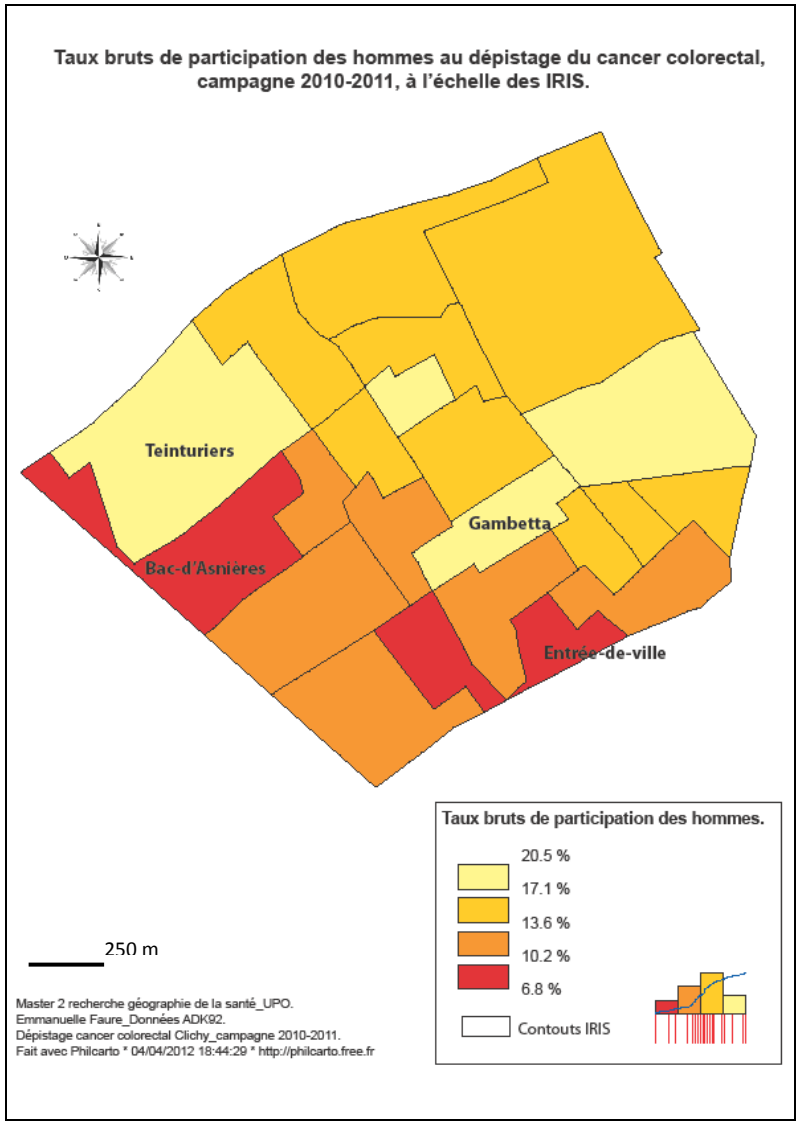
Interroger l'existence d'inégalités infra-communales de participation au dépistage du cancer colorectal selon les sexes vise à confirmer, ou infirmer, l'une de nos principales hypothèses de recherche : le fait d'être un homme ou une femme ici, plutôt qu'ailleurs, a une influence sur le recours au dépistage du cancer colorectal.

Des géographies sexuées du recours au dépistage du cancer colorectal à Clichy ?

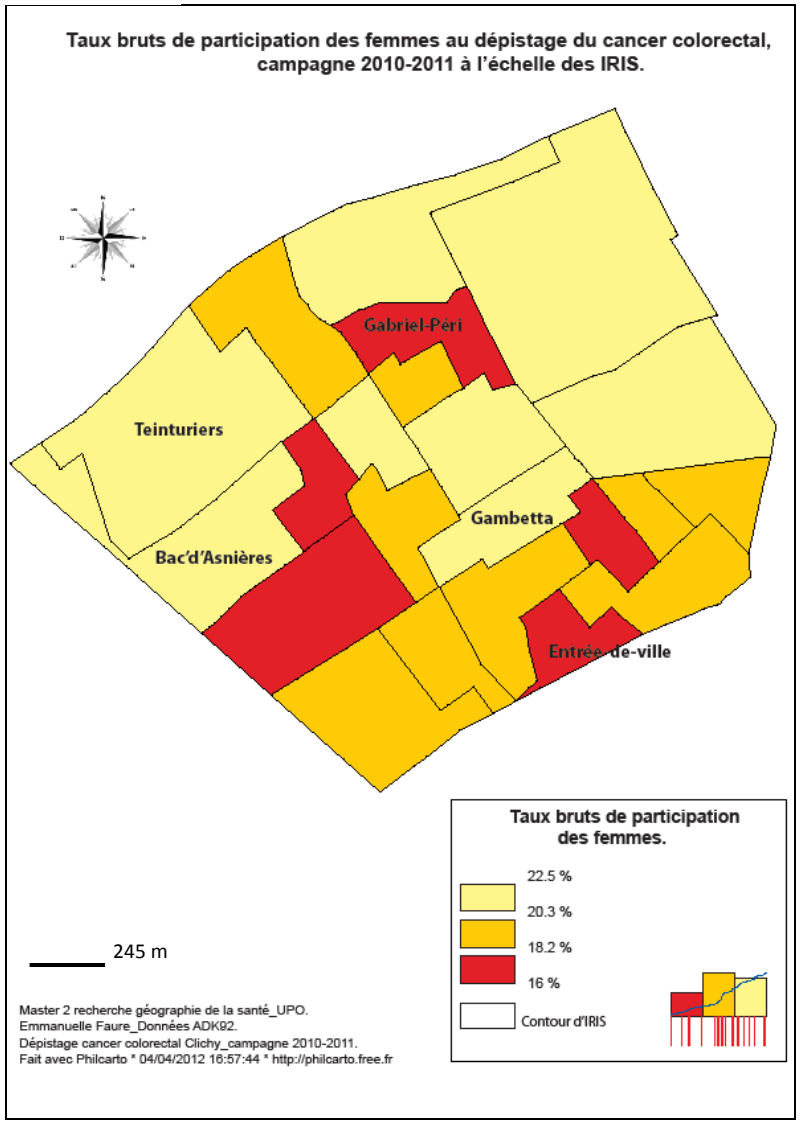
Une première étape consiste à comparer la cartographie du recours au dépistage du cancer colorectal des hommes et des femmes à l'échelle des Iris de la ville de Clichy. Il s'agit de déterminer si chaque sexe possède une géographie originale, ou bien si hommes et femmes adoptent les mêmes comportements dans les mêmes espaces.

Rappelons que 14% des Clichois et 20% des Clichoises ont participé au programme de dépistage du cancer colorectal au cours de la campagne 2010-2011. Enfin, il convient de préciser que les bornes des classes de cartes de la page suivante ne sont pas identiques. La couleur rouge est par exemple attribuée aux Iris enregistrant des taux de participation compris entre 6,8% et 10,2% pour les hommes et entre 16% et 18,2% pour les femmes.

Cartes 21 : Cartographies de la participation au dépistage de cancer colorectal des Clichois et Clichoises pour la campagne 2010-2011.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation : E. Faure, avril 2012.



Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation : E. Faure, avril 2012.

Sur la carte du recours au dépistage des hommes une ligne Nord-ouest/Sud-est sépare la ville en deux. Les Iris situés au Sud de celle-ci sont ceux dans lesquels les Clichois participent le moins (en rouge et orange sur la carte ci-dessus). Ce sont des espaces, qui pour la majorité, abritent une population modeste, voire très modeste[57]. Mise à part l'Iris Teinturier, la géographie du recours au dépistage des hommes correspond à celle de notre typologie socio-économique de la ville. Bien que les femmes résidant dans les quartiers Sud soient elles aussi celles qui participent le moins, la répartition spatiale leurs taux de participation est moins nette que pour les hommes. Enfin, la géographie du recours des femmes ne semble pas autant en adéquation avec celle des caractéristiques socio-économiques que ne l'est celle des leurs homologues masculins.

Les Iris du Sud et le Sud-est de la ville sont ceux dans lesquels hommes et femmes ont peu participé au dépistage du cancer colorectal en 2010-2011, alors que ceux situés dans le quart Nord-ouest enregistrent des taux de participation plus élevés (sauf l'Iris Gabriel-Péri pour les femmes). La cartographie de la participation masculine révèle une structuration spatiale nette : les quartiers les plus défavorisés situés le long du boulevard périphérique et ceux à l'Ouest, bordés par les voies de chemin de fer et la gare de triage, s'opposent à ceux situés le long de La Seine et en centre-ville.

L'Iris Entrée-de-ville enregistre les taux de participation les plus faibles des Clichois et des Clichoises au cours de la campagne 2010-2011. Inversement, les Iris Teinturiers et Gambetta enregistrent des taux de participation élevés chez les hommes comme chez les femmes. Cependant, force est de constater que la cartographie féminine du recours à ce dépistage ne se superpose pas exactement à celle des hommes. Les femmes de l'Iris Bac-d'Asnières par exemple ont massivement participé au dépistage du cancer colorectal (21,8% ; en jaune clair sur la carte), alors que les hommes de cet Iris sont très peu à avoir réalisé le test Hémoccult (8,9% ; en rouge sur la carte).

Le tableau ci-dessous présente les valeurs exactes des taux de participation au dépistage du cancer colorectal par sexe et par Iris pour la campagne 2010-2011. Il permet d'analyser en détail les résultats et de comparer deux à deux les taux de participation des hommes et des femmes pour chaque Iris.

[57] Le lecteur pourra se reporter à la cartographie de la typologie socio-économique des Iris de la ville de Clichy reportée au verso du marque-page qui accompagne ce mémoire.

Tableau 4 : Taux de participation au dépistage du cancer colorectal des Clichois et Clichoises.

	tx de participation des femmes	tx de participation des hommes
Vendôme	22,5%	14,2%
Pasteur-Gesnouin	18,1%	13,2%
Centre-Ville	19,5%	12,5%
S.n.c.f	17,2%	11,7%
Teinturiers	21,7%	20,0%
Bac d'Asnières-Bérégovoy	21,8%	8,9%
Rue du Port	19,2%	14,7%
Quartier Nord	20,7%	15,7%
Gabriel Péri	17,3%	16,9%
Bateliers	20,2%	20,5%
Berges de Seine-Beaujon	20,6%	14,2%
Mozart	21,4%	17,3%
Maison du Peuple	16,0%	14,1%
Klock	19,5%	13,7%
Sanzillon	19,5%	15,0%
Morel	19,3%	12,4%
Entree de Ville	16,8%	6,8%
Calmette	19,8%	12,8%
Chance-Milly	20,2%	12,9%
Cite Nouvelle	19,0%	9,9%
Palloy-Paymal	21,0%	15,4%
Gambetta	22,4%	18,4%

Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation : E. Faure, mai 2012.

Les écarts entre les taux de participation féminins les plus faibles et les plus élevés sont tenus, nous avons donc cherché à valider la signification de ces différences par un Test statistique, le Khi². La première partie de l'analyse porte sur les taux de participation des femmes à l'échelle de la ville[58]. La valeur du Khi² final est de 11,79. D'après la table de référence notre Khi² devrait être supérieur à 29,615 pour que la relation entre le sexe féminin et le lieu de résidence soit non indépendante, or cela n'est pas le cas. La participation des femmes n'est donc pas significativement différente selon les Iris, or une analyse plus fine (comparaison des Iris deux à deux) nuance ce constat. Chacun des Iris a été comparé à celui de Gambetta (Iris dans lequel la participation est la plus élevée)[59].

[58] L'intégralité des résultats de ce test du Khi² est présentée en annexe.

[59] Le détail de cette seconde analyse est également consultable en annexe.

Cette seconde série de tests statistiques prouve la sur-participation significative de l'Iris Gambetta par rapport à ceux de Pasteur, Maison du Peuple et Sncf. Nous pouvons en conclure qu'il existe bien des différences, bien que peu importantes, entre l'Iris qui enregistre le plus fort taux de participation féminine (Gambetta) et les Iris aux faibles taux de participation. Les taux de participation des hommes ont également été soumis à ce Test. Les différences entre Iris étant très importantes seul le premier calcul (comparaison de tous les Iris entre eux à l'échelle de la ville) a été réalisé[60]. La valeur du Khi² obtenu est de 67,79. Il existe donc une différence significative entre les hommes en termes de participation au dépistage du cancer colorectal selon leur Iris de résidence.

Examinons dans un premier temps l'étendue des séries. C'est-à-dire la différence entre les taux de participation les plus élevés et les plus faibles pour chaque sexe. Il apparait que les femmes adoptent des comportements bien plus homogènes que les hommes en fonction de leurs Iris de résidence. En effet l'étendue de la série « femmes » est de 4,5 (22,5-16) alors que celle de la série « hommes » est de 13,7 (20,5-6,8).

Considérons dans un second temps les différences entre maximums et minimums des deux sexes. Les taux de participation maximums des hommes et des femmes ne sont pas très différents les uns des autres. En effet, seuls deux points de pourcentage séparent le taux de participation féminin de l'Iris Vendôme (22,5%) de celui, masculin, de l'Iris Bateliers (20,5%). Or, la situation est tout autre concernant les taux de participation les plus faibles : Les femmes de l'Iris Maison-du-peuple ont été 16% à participé au dépistage alors que seul 6,8% des hommes de l'Iris Entrée-de-ville ont réalisé le test Hémoccult au cours de la campagne 2010-2011.

Apprécions dans un troisième temps les similarités et différences entre hommes et femmes d'un même Iris. Les Iris Bateliers et Gabriel-Péri sont les deux seuls au sein desquels Clichois et Clichoises ont adopté des comportements relativement similaires. Inversement, les taux de participation des Clichois et Clichoises des Iris Entrée-de-ville et Cité-nouvelle sont très différents.

[60] Les résultats du test Khi² de la participation des hommes sont présentés en annexe.

Deux éléments majeurs transparaissent de l'ensemble de ces résultats. D'une part, les femmes ont davantage participé à cette campagne de dépistage que les hommes, et ce dans l'ensemble des Iris de la ville de Clichy. D'autre part, les femmes adoptent, quel que soit leur Iris de résidence, des comportements relativement homogènes. Les hommes quant à eux se différencient davantage les uns des autres en fonction de leur lieu de résidence. Ainsi les femmes résidant dans l'Iris le plus impliqué (Vendôme) participent 1,4 fois plus que celles de l'Iris enregistrant le taux de participation le plus faible (Maison-du-peuple) ; alors que les hommes résidant dans l'Iris le plus mobilisé (Bateliers) le sont 3 fois plus que ceux de l'Iris au plus faible taux de participation (Entrée-de-ville). Ce dernier constat laisse supposer que le contexte territorial «influence»[61] différemment les comportements masculins que féminins. Se posent deux principales séries de questions :

-Comment expliquer que les femmes participent significativement beaucoup plus que les hommes, et ce dans toute la ville ? Pourquoi par exemple 8,9% des hommes résidant au sein de l'Iris Bac-d'Asnières a participé au dépistage du cancer colorectal alors que les Clichoises de ce même Iris ont été 21,8% à réaliser le test Hémoccult ? Les Clichoises développeraient-elles, contrairement à leurs homologues masculins, des modes de vie, des comportements et des réseaux favorables au recours au dépistage du cancer colorectal ?

-Pourquoi les inégalités de recours au dépistage du cancer colorectal sont-elles plus marquées entre hommes qu'entre femmes ? Quels sont les processus socio-territoriaux, qui de l'échelle micro-locale à l'échelle départementale, régionale voire nationale, influencent différemment les comportements masculins et féminins ? Quels sont les facteurs à prendre en compte ?

L'enjeu de ce travail est maintenant de comprendre en quoi le(s) contexte(s) territorial(aux) «influence(nt) » ces comportements de prévention en fonction du sexe des individus. C'est-à-dire d'identifier d'éventuels processus de constructions spatio-genrées de santé. Il s'agira dans le prochain paragraphe, non pas de répondre à l'ensemble de ces questions, mais d'identifier les pistes de réflexion et de nouvelles hypothèses.

[61] L'usage des guillemets vise à spécifier au lecteur que nous ne supposons pas qu'il existe un lien de cause à effet direct entre un facteur et ce phénomène de santé. Au contraire cette « influence » est indirecte et multiple.

De la nécessité de penser les inégalités spatio-genrées de santé comme des processus et non des une superposition de facteurs.

Il convient dans un premier temps de se demander si tenter d'appréhender les facteurs de telles inégalités ne consiste pas à se demander pourquoi les hommes ou des femmes résidant dans des quartiers relativement proches socio économiquement ont des comportements divergents. Certain chercheurs rappellent qu'avant de conclure que l'effet de la position sociale est genré, il faut s'assurer que la position sociale, telle qu'elle est définie et mesurée, n'est pas elle-même genrée [Cousteaux, 2011 ; Vallin, 2002]. Notre conception des catégories socio-économiques tient-elle réellement compte des spécificités de la population féminine, et notamment de la façon genrée dont se cumulent les avantages et désavantages ? D'après Anne-Sophie Cousteaux la profession ne saurait être un critère suffisant pour définir la position sociale des femmes [Cousteaux, 2011]. Elle insiste par exemple sur la nécessité de prendre en compte le temps de travail, qui chez les femmes révèle l'imbrication de leur rôle et statut au sein des sphères professionnelles et familiales. Il conviendrait d'interroger la pertinence de l'utilisation systématique de la nomenclature professions et catégories socioprofessionnelles, qui, établie par l'Insee, s'accordent parfois difficilement avec les rôles et positions qu'occupent hommes et femmes dans notre société. Cependant, l'éventuel biais introduit par l'utilisation indifférenciée de cette catégorisation n'explique pas l'ensemble du phénomène. Il n'explique pas que ces variations d'ordre socio-économique se déclinent différemment selon les territoires.

Le contexte territorial en tant que produit d'enjeux sociaux et de rapports de genre doit être interrogé. Pour ce faire nous appuierons notre réflexion sur le concept *d'incorporation.* Héritée des travaux des psychanalystes Maria Torok et Nicolas Abraham, ce concept traduit le fait que dans toute société, les relations de pouvoir et de domination ainsi que les conditions de vie s'inscrivent dans les corps des individus. Elles marquent à la fois leur exposition aux risques et leur expérience de la santé. Ce concept fournit une interface entre les rapports différents qu'entretiennent les hommes et les femmes avec leur environnement (ou leur territoire au sens large du terme) et leur expériences différentes en matière de santé. Il permet de penser les différences de comportements des femmes d'une part et des hommes d'autres part, et ce selon leur territoire. Se pose alors la question suivante : Les inégalités socio-territoriales de santé observées entre les femmes d'une part, et entre les hommes d'autres part, sont-elles le reflet de degrés différents d'*incorporation* d'une norme dominante ; ou bien l'illustration de la multiplicité des normes et donc de la spécificité socio-territoriales des constructions de genre en matière de santé ?

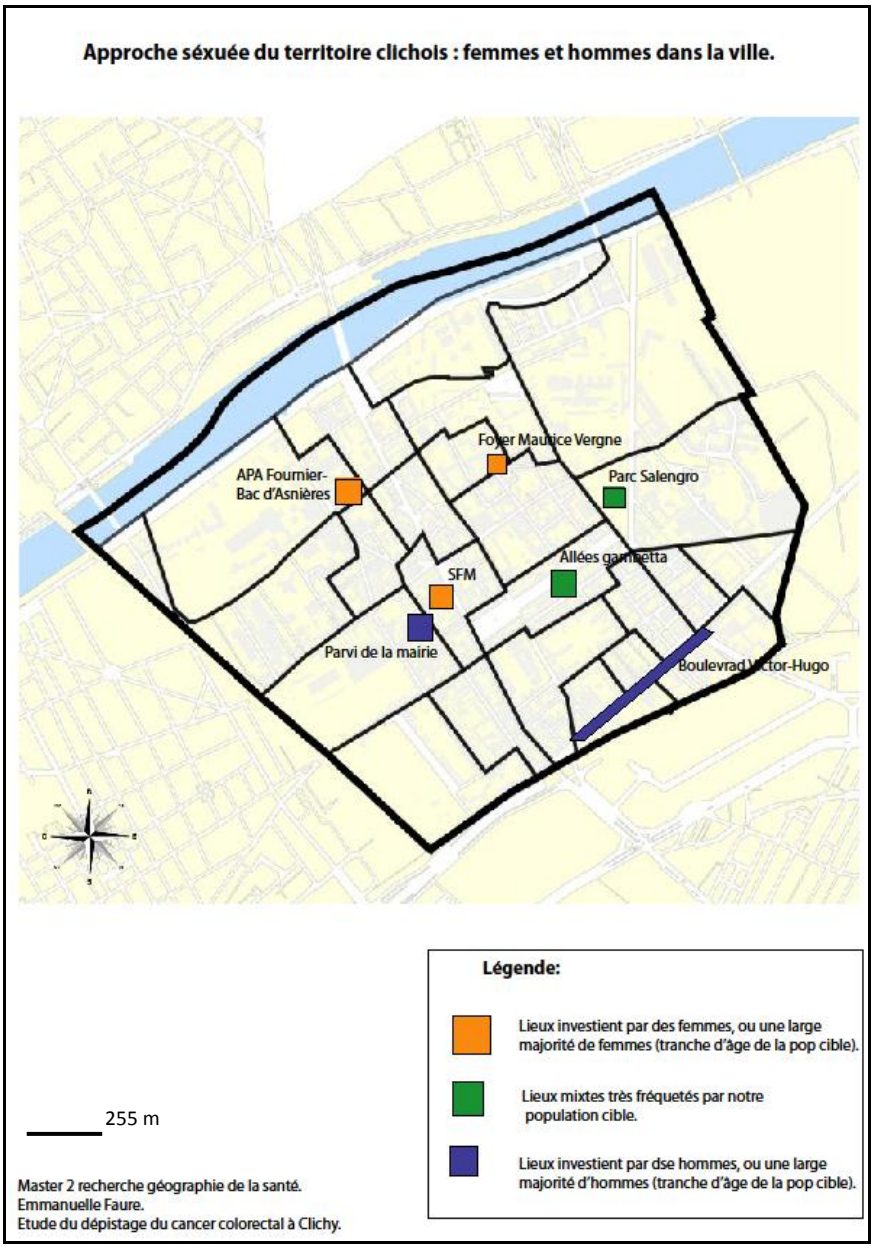
Choisir une réponse plutôt qu'une autre revient à déterminer le sens des rapports entre genre et territoires. Une construction de genre universelle s'impose-t-elle à tous et à toutes avec plus ou moins de « succès » selon les territoires ; ou bien chaque territoire est-il à l'origine de son propre système de norme ?

Les deux mécanismes sont certainement interdépendants. Comme nous l'avons vu les normes sociales dominantes en matière de représentation du corps, de la santé et de la prévention sont fortement genrées. Celles-ci contribuent certainement à expliquer les inégalités entre Clichois et Clichoises en matière de recours au dépistage du cancer colorectal. Or, le fonctionnement et l'organisation de rapports de genre locaux doit également être interrogé.

Comme l'on souvent mit en valeur les géographes s'intéressant aux rapports de genre, la ville est marquée par des pratiques sexuées de l'espace [Coutras, 2004 ; Denèfles, 2004 ; Guy Di méo, 2011]. L'opposition entre une sphère intérieure féminine et une sphère extérieure masculine se traduit dans les pratiques spatiales citadines. Les dernières recherches du géographe Guy Di Méo portant sur les territoires urbains de femmes bordelaises, démontrent combien le genre s'avère un facteur explicatif important des représentations et pratiques spatiales des individus [Di Méo, 2012]. Les résultats de son projet de recherche attestent de la survalorisation féminine de ce qui est beau, propre, aéré, calme, clair,… en opposition à ce quelle perçoivent comme laid, sombre, sale,... Ces représentations de l'espace urbain se traduisent dans leurs pratiques de la ville. C'est-à-dire que cette opposition contribue à modeler les territoires qu'elles pratiquent, et donc aussi à déterminer ceux qu'elles ne fréquentent pas. Appréhender la ville des femmes (mais il en serait de même pour les hommes) par leurs représentations et leurs discours réclame une très longue phase d'enquête. Nous nous sommes donc concentrés sur l'observation des pratiques spatiales des hommes et de femmes.

Il s'avère qu'à Clichy certains espaces sont avant tout, voire exclusivement, fréquentés par des hommes, alors que d'autres le sont par les femmes.

Carte 22 : La spatialisation des rapports sexués à la ville.



Sources : Fond de carte ville de Clichy. Réalisation Faure E., Adobe Illustrator, mai 2012.

Le boulevard Victor-Hugo est un territoire d'hommes. Ils y discutent et boivent des thés ou cafés de 10-11 heure du matin jusqu'à tard le soir. Les femmes passent, vont et reviennent du marché, mais ne s'assoient pas aux terrasses, ne discutent pas devant les boucheries ou les alimentations générales. Le trottoir devant la mairie (boulevard Jean Jaurès) est également un lieu de rencontre des hommes, majoritairement âgés quant à eux. Enfin, archétype de la séparation des rôles : les femmes se retrouvent dans les parcs ou les aires de jeux à proximité des écoles ; mais très rarement dans les bars.

A Clichy, ces phénomènes de séparation sexuée de l'espace public se concentrent dans certains quartiers (Entrée de ville et République-Victor Hugo principalement), et sont beaucoup moins visibles dans d'autres. Nous pouvons supposer qu'ils illustrent des constructions micro-locales des rapports de genre.

Si l'occupation de l'espace public est un exemple frappant de la séparation sexuée de la ville, il convient aussi de s'intéresser aux formes d'investissement des individus dans leurs territoires. A cet égard il semble que les Clichoises s'engagent davantage dans la vie de quartier que les hommes. Elles sont plus nombreuses aux conseils de quartier nous ont confié les chargés municipaux de la démocratie locale. Elles sont également beaucoup plus actives dans les associations de quartier et sont majoritaires dans les groupes de parole et activités proposées par des associations ou services de la ville (SFM, Foyer Maurice Vergne, APA Fournier-Bac d'Asnières). Aucun lien de cause à effet ne saurait être établi entre occupation de l'espace, appropriation des réseaux locaux et comportement de santé, or nous supposons qu'ils constituent des (et non pas : les) éléments à prendre en compte dans l'étude des comportements de santé des hommes et des femmes en matière de santé préventive.

Enfin, les facteurs socio-culturels ne peuvent être dissociés de notre analyse genrée des constructions socio-territoriales de santé. Le test Hémoccult suppose que la personne prélève des échantillons de selles, les étalent sur un petit bout de carton, et ce à trois reprises avant de les envoyer au laboratoire par courrier. Dans la société occidentale la défécation, l'anus ou les selles sont tabous. Ils symbolisent la saleté et la mauvaise odeur, autant d'éléments dévalorisés et dévalorisant. Cependant, rien n'est universellement considéré comme tabou, sale ou répugnant. Le corps est un construit social, culturel et historique. Appréhender les pratiques de dépistage suppose donc d'interroger une multitude de systèmes de représentations de la santé, du corps et de l'intimité. Clichy est une ville au sein de laquelle cohabitent des individus nés, ou élevés, dans différents pays et/ou cultures. Les comportements sanitaires ici observés à travers le recours au dépistage du cancer colorectal ne reflètent pas un seul système culturel.

Les constructions sociales et culturelles du corps et de l'intimité, les rapports de genre ou bien les relations patients/médecins sont autant d'éléments qui doivent être analysés comme des constructions sociales, territoriales, genrées et culturelles.

3. Participation et inégalités sexuées de recours au dépistage : une association qui reste mystérieuse.

Un dernier résultat attire notre attention: il existerait une corrélation entre taux de participation et écarts entre sexes. Les Iris clichois dans lesquels les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont les plus faibles sont également ceux dans lesquels les écarts entre les hommes et les femmes sont les plus importants.

Tableau 5 : Différenciation sexuée de la participation au dépistage du cancer colorectal à Clichy.

Noms des IRIS	Taux bruts de participation (H et F)	Ratio F/H
Vendome	18,3%	1,59
Pasteur-Gesnouin	15,5%	1,37
Centre-Ville	15,4%	1,57
S.n.c.f	14,0%	1,47
Teinturiers	20,9%	1,09
Bac d'Asnieres-Beregovoy	13,4%	2,46
Rue du Port	16,9%	1,30
Quartier Nord	18,4%	1,32
Gabriel Peri	17,1%	1,02
Bateliers	20,4%	0,99
Berges de Seine-Beaujon	17,5%	1,45
Mozart	19,4%	1,24
Maison du Peuple	14,9%	1,13
Klock	16,4%	1,42
Sanzillon	17,3%	1,30
Morel	15,4%	1,55
Entree de Ville	9,7%	2,48
Calmette	15,9%	1,54
Chance-Milly	16,2%	1,57
Cite Nouvelle	14,2%	1,91
Palloy-Paymal	18,3%	1,36
Gambetta	20,6%	1,22
Moyenne de la ville	16,6%	**1,44**

Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, avril 2012.

Les Iris dans lesquels les taux de participation sont les plus faibles sont ceux dans lesquels les ratios femmes/hommes sont les plus importants. Dans l'Iris Entrée-de-ville par exemple (qui enregistre le taux de participation global le plus faible), les femmes sont proportionnellement près de 2 fois et demie plus nombreuses que les hommes à avoir participé au dépistage du cancer colorectal au cours de la campagne 2010-2011. Inversement, dans l'Iris Teinturiers, qui possède le taux de participation le plus élève de la ville, les femmes ne sont seulement qu'un peu plus d'une fois plus nombreuses que les hommes à s'être impliquées dans ce programme.

Des travaux de géographes de la santé ont démontré que de mauvais états de santé, ou des taux de mortalité élevés, sont souvent corrélés à des inégalités hommes/femmes importantes [Salem, Rican, Jougla, 2000(a) ; Vallin, 2002]. De mêmes, les territoires qui enregistrent des taux de mortalité par cancer très élevés sont souvent ceux dans lesquels les écarts entre hommes et femmes sont les plus importants [INCA-Atlas de la mortalité par Cancer, 2008]. C'est le cas de la mortalité par tumeur de la trachée, des bronches et des poumons en Ile-de-France ou dans la région Nord [Salem, Rican, Jougla, 2000 (a)]. Les inégalités socio-territoriales de santé semblent coïncider (et interagir) avec les inégalités spatio-genrées de santé. Se posent alors plusieurs questions, auxquels de futurs travaux devront répondre :

-Pourquoi se creusent les inégalités hommes/femmes là où les taux de participation sont très faibles ? Quels sont les processus qui localement expliqueraient que les espaces qui, d'un point de vue sanitaire, sont les plus défavorisés sont également porteurs des plus importantes inégalités entre les sexes ? Enfin, que nous révèlent ces phénomènes sur la nature des constructions spatio-genrées de santé ?

Synthèse :

La ville de Clichy enregistre pour la campagne 2010-2011 un taux de participation global relativement faible : 16,8%. Or nous avons vu que cette moyenne masque bien des disparités. D'une part, les Clichoise se sont bien plus mobilisées que les hommes lors de cette campagne. En effet près de 20% d'entre elles contre 14% des hommes ont réalisé le Test Hémoccult. D'autre part, comme cela a pu être constaté par des travaux portant sur le cancer du sein, ce sont les individus les plus jeunes, et surtout les plus âgés, qui participent le moins à ce programme de dépistage. Enfin, le territoire clichois est marqué par d'importantes inégalités infra-communales. Alors que plus de 20% des résidents du micro-quartier Gambetta ont participé au dépistage du cancer colorectal, seul 9,7% des habitants de l'Iris Entrée-de-ville ont réalisé le test Hémoccult. L'âge, le sexe, les territoires de vie des Clichois, ainsi que l'association de ces trois facteurs révèlent des géographies de recours au dépistage différenciées, inégalitaires.

Nous avons pu constater que les caractéristiques socio-économiques des quartiers de résidence des individus, leurs modes d'appropriation du territoire et leurs représentations de la santé, de la maladie cancéreuse et de son dépistage peuvent constituer des déterminants de ces inégalités. Or, ils ne suffisent pas à expliquer pourquoi les inégalités d'accès au dépistage se déclinent différemment selon le sexe et le territoire de vie des individus. Nous avons donc cherché à analyser ces phénomènes au regard des normes sociales susceptibles de différencier hommes et femmes. La pratique de l'espace public, l'appropriation des réseaux de socialisation, ou bien les représentations de la santé sont quelques-uns des éléments qui permettraient d'appréhender des constructions spatio-genrées de santé. Il apparait que les constructions sociales du genre (se déclinant de l'échelle globale à l'échelle locale) sont des processus qui doivent être pris en compte dans l'appréciation de ces inégalités.

Ces premiers résultats confirment l'intérêt d'approfondir nos réflexions et recherches sur les constructions spatio-genrées de santé. Nous avons démontré que ces comportements de santé en matière de prévention sont le fait de multiples facteurs, au sein desquels les constructions locales du genre doivent certainement être prises en compte. Cependant, ces processus sont complexes et réclament un travail de terrain bien plus conséquent que ce qui a été possible de réaliser en un peu plus d'un mois. L'objectif de ce travail n'était pas d'identifier les constructions spatio-genrées de santé clichoises, mais de suggérer des pistes de recherche, la partie suivante en précisera les enjeux et modalités.

Partie 3.

Retombée opérationnels, analyse critique des outils méthodologiques et nouvelles perspectives.

La géographie de la santé, telle que nous la concevons, a pour vocation de s'inscrire dans la société civile. La recherche pour la recherche n'a pas de sens. L'un des objectifs de cette étude est donc d'apporter à nos partenaires de nouvelles pistes de réflexion, et, dans la mesure du possible, des outils d'aide à la décision. De ce fait il importe que ce travail identifie certaines de ses applications opérationnelles. Nous exposerons ici quelques-uns des éléments susceptibles d'être directement mobilisés par la direction de la santé de Clichy, ainsi que par l'ADK 92.

Cette dernière partie se réclame à la fois prologue et postface. Elle a pour vocation de clore un projet de master 2 et préfigurer d'un travail de thèse. C'est pourquoi une analyse critique des outils méthodologiques qui ont été mobilisés s'avère nécessaire. L'identification de leurs atouts et limites doit aboutir à la sélection des méthodes les plus adaptées. Enfin, nous discuterons de l'intérêt d'inscrire ce projet de recherche dans une démarche comparative.

A. Retombées opérationnelles de l'étude.

Associer à ce projet la direction de la santé de la ville de Clichy et l'organisme de gestion des dépistages des cancers des Hauts-de-Seine (l'ADK 92) est un choix scientifique, méthodologique et éthique. Il s'agit d'associer la recherche à l'action de santé publique.

1. Entre recherche exploratoire et diagnostic local de santé.

Ce travail apporte aux services de la municipalité de Clichy un éclairage précis de son territoire à travers une thématique de santé encore peu étudiée. En effet, si le dépistage du cancer du sein a déjà fait l'objet d'actions locales (éclairage de la mairie en rose, campagnes d'information, stands sur les marchés, etc.), celui du cancer colorectal ne l'a quasiment jamais été. Or à Clichy, d'importantes inégalités socio-territoriales et spatio-genrées de recours au dépistage du cancer colorectal ont été identifiées. Comme le rappelle les auteurs de l'article «Inégalités face au cancer : un diagnostic nécessaire » : *« La réduction des inégalités est […] concernée par la façon dont la société est susceptible de « traiter différemment des individus différents », et en particulier par le degré de redistribution ou d'actions ciblées vers les plus défavorisés qui est souhaitable afin de réduire l'écart entre les moins bien lotis et le reste de la population. »* [Moatti, Casès, Olier, 2008, p 349]. Concevoir ainsi les moyens d'action pour réduire les inégalités de santé suppose de se référer au principe d'équité, c'est-à-dire : tendre à l'égalité en donnant plus à ceux qui ont moins. L'objectif de ce mémoire n'est pas d'établir la liste des actions concrètes permettant de lutter contre les inégalités de recours au dépistage du cancer colorectal à Clichy. Cette mission sera celle de la collectivité locale, qui, via son service de prévention et son ASV, pourra se réapproprier les résultats. Cependant, certaines pistes peuvent dès à présent être évoquées.

-Le taux de participation global de la ville est relativement faible (17%) au vue de son département ou de sa région. Une campagne de sensibilisation des populations et des médecins généralistes, mais aussi des cabinets infirmiers ou des lieux d'accueil de personnes âgées, pourrait aider à une meilleure adhésion au programme. Evaluer l'efficacité de différents types d'outils de communication serait certainement nécessaire : Est-il utile et efficace de distribuer des prospectus à l'ensemble de la population ? Si oui, quand et dans quels lieux ? Doivent-ils être distribués de façon ponctuel (au moment de la campagne « Mars Bleu » par exemple), ou bien au contraire, tout au long de l'année ? Quels autres outils pourraient être mobilisés ?

Les entretiens menés auprès de la population cible et des médecins généralistes démontrent que les prospectus sont très peu utilisés. La majorité des professionnels de santé ne désire pas coller d'affiches dans leur cabinet, ni proposer trop de dépliants. Ils préfèrent en discuter directement avec leurs patients. Les Clichois et Clichoises rencontrés estiment quant à eux que toute information est utile. Cependant, si beaucoup déclarent avoir vu des publicités à la télévision ou entendu des messages à la radio concernant le dépistage de ce cancer, très peu se souviennent de leurs contenus. A l'image de ce qui a été fait dans le XIXème arrondissement de Paris pour le cancer du sein, il pourrait être intéressant de développer un réseau de « femmes-relais » [Carroll, 2011]. Bien que plus couteuse et longue à organiser, ce type d'initiative semble davantage concluante [Carroll, 2011 ; Linda Cambon et al., 2007]. Différentes actions locales mobilisent déjà cette méthodologie (dont l'association SFM à travers les exposés que les femmes du groupe « santé » présentent aux autres femmes de l'association).

-L'analyse des représentations et comportements de santé au prisme du genre permet aujourd'hui d'affirmer qu'une réflexion sur les spécificités masculines et féminines s'avère utile à la réussite du programme de dépistage. A Clichy, hommes et femmes ne possèdent pas les mêmes réseaux de socialisation ni la même forme d'appropriation de l'espace (public ou non). Ils ne perçoivent et ne définissent pas le cancer colorectal et son dépistage de la même façon. Nous supposons que les campagnes de sensibilisation aux dépistages du cancer colorectal, aujourd'hui « unisexe », gagneraient à prendre en compte ces différences. Outils de communication, lieux de passation de l'information et partenariats locaux pourraient être adapté à la multiplicité du public ciblé par ce dépistage.

-Les individus les plus jeunes et les plus âgés de la tranche d'âge ciblée par le programme de dépistage du cancer colorectal participent moins que ceux appartenant aux tranches d'âge intermédiaires. Les études de l'InVS ou de l'INCA rappellent régulièrement combien les risques augmentent avec l'âge. Orienter des actions de sensibilisation auprès du public le plus âgé permettrait donc de maximiser leur efficacité et leur efficience. Une collaboration des services « Santé » et « Personnes âgées », mais aussi des institutions et associations en contact avec cette population apparait nécessaire. Des actions ponctuelles pourraient être menées au foyer Maurice Vergne, à la fondation Roguet, ou bien au cours de la « Semaine bleu »[62] par exemple.

[62] A Clichy une semaine du mois d'octobre est consacrée aux personnes âgées. Cette « semaine bleu » s'organise autour d'ateliers, de sorties et de formations. Chaque année une thématique de santé fait l'objet de rencontres avec des professionnels et/ou d'activités.

-Enfin, d'importantes inégalités socio-territoriales de recours au dépistage du cancer colorectal ont été identifiées. Cette étude a permis de démontrer que les quartiers dans lesquels les taux de participation au dépistage du cancer sont les plus faibles appartiennent tous aux espaces d'intervention prioritaire de la politique de la ville de Clichy. Ce constat met en valeur la spécificité de ces espaces infra-communaux au sein desquels les difficultés d'accès à la santé s'associent à la précarité socio-économique. Ces quartiers pourraient ainsi faire l'objet d'actions ciblées. Des lieux, tel que le foyer de travailleurs migrants et la résidence sociale, pourraient également faire l'objet d'action de santé publique. Le taux de dépistage des hommes de l'Iris Entrée-de-ville (6,8 %) dans lequel est situé le foyer, démontre la nécessité de mobiliser tous les individus sur cette thématique et rappelle que le foyer n'est ni hors la ville, ni hors politiques publiques.

2. Quelles retombées opérationnelles pour l'ADK 92 ?

Le dépistage du cancer colorectal s'adresse autant aux hommes qu'aux femmes, or à Clichy elles participent davantage que leurs homologues masculins. Aux inégalités socio-territoriales de santé se superposent des inégalités en fonction du sexe des individus. Ces différences de comportements ne résultent pas de la nature de l'homme ou de la femme, mais bien de constructions sociales et territoriales du genre. Or l'approche genrée des comportements préventifs n'est jamais prise en compte par les organismes habituellement en charge de l'évaluation de ces programmes. Cette étude fournit donc à l'ADK 92 une nouvelle perspective d'analyse de la participation au dépistage du cancer colorectal, et peut être des pistes de réflexion quant à l'adaptation des campagnes d'information aux sexes des individus. L'analyse micro-locale des comportements préventifs est également novatrices. L'InVS et les organismes de gestion des dépistages évaluent régulièrement ces programmes, or les taux de participation sont analysés aux échelles régionales, départementales, voire communales, mais jamais infra-communales.

Ce travail a également mis en valeur l'importance de la participation attribuable à la relance 2. Rappelons-le 57% de la participation des Clichois et Clichoises est dû à cette lettre. Ce constat confirme l'intérêt de l'envoie du dernier courrier contenant le test Hémoccult. Toutes les structures de gestion n'adressent pas de troisième courrier contenant un test. C'est donc pour l'ADK 92, la confirmation de la pertinence de ce choix stratégique. Sans remettre en cause l'importance de l'implication des médecins généralistes, ce résultat devrait sans doute permettre de réorienter certaines campagnes ou messages de promotion du dépistage.

Enfin, la promotion du dépistage du cancer colorectal auprès des populations les plus défavorisées est l'une des missions de l'ADK 92. L'organisme a bénéficié d'un financement de l'INCA pour mener des actions ciblées auprès des populations les moins impliquées dans le programme. Une dizaine de ville ont été retenue, dont Clichy-la-Garenne. En identifiant les territoires et les populations clichoises les plus vulnérables, cette étude pourrait être un soutien à ce programme ainsi qu'aux autres actions de sensibilisation mises en place par la chargée de santé publique de l'ADK 92.

B. Outils méthodologiques : Analyse critique et nouvelles propositions.

L'objectif de cette recherche est de définir une méthodologie permettant d'analyser les rapports entre genre, territoires et santé. Plus spécifiquement il s'agit de confirmer, ou d'infirmer, l'intérêt d'une approche genrée des liens entre dynamiques sanitaires et dynamiques territoriales en termes de dépistage des cancers.

Si le territoire et la santé sont des objets familiers à notre discipline, comment apprécier, ou «mesurer » le genre ? Peut-on interroger les individus sur les rapports de genre ? En quelle mesure demander à des individus si, par exemple, ils estiment qu'hommes et femmes adoptent les mêmes comportements face à la santé ; ou bien les convier à citer ce qu'ils considèrent comme des attributs masculins ou féminins, apportent-il des informations utiles à la démonstration ? Les idées reçues et normes sociales globales véhiculées par la société française contemporaine ne seront-elles pas les seules réponses obtenues ? Certainement. Le genre est un construit socio-culturel, qui, nous tentons de le démontrer, se décline différemment selon les territoires. Il relève de l'analyse du chercheur, mais n'est pas directement perceptible par chaque individu. Il ne pourra être appréhendé qu'à travers une longue et minutieuse enquête de terrain, mobilisant différents outils méthodologiques.

1. Du questionnaire à l'entretiens : des méthodes à interroger.

Identifier et comprendre la nature et les modes d'expression des inégalités socio-territoriales et spatio-genrées de santé réclament une approche multidimensionnelle. Approches qualitatives et quantitatives sont complémentaires.

Le questionnaire élaboré pour cette enquête devait permettre de recueillir un ensemble de données qualitatives. Des informations quant à la connaissance, le ressenti et les pratiques des individus concernant le cancer colorectal et son dépistage ont été récoltées. Tel qu'il a été pensé, ce questionnaire devait à la fois pouvoir être distribué à des individus acceptant de le remplir eux-mêmes, et aussi servir de trame d'entretien lors de rencontres en face à face. Les deux modes de passation ont été utilisés. Il est donc aujourd'hui possible de les comparer et d'en évaluer les atouts et les limites.

A priori l'auto-administration apparaissait intéressante compte tenu du sujet quelque peu « délicat » de notre enquête. Nous supposions qu'il ne serait pas évident pour nos interlocuteurs de parler du cancer (et donc, nous l'avons vu, de souffrance et de mort), ni de leurs propres pratiques de dépistage (impliquant bien souvent un dialogue sur l'intimité de la personne, le corps, les selles, etc.). De plus, nous savons que le rapport enquêteur/enquêté implique des biais. L'enquêté peut, plus ou moins consciemment, omettre ou modifier certaines informations dans le but de faire « plaisir » à son interlocuteur. Chacun aurait tendance à répondre ce qui est attendu, et donc ce qui est socialement valorisé [Gumuchian, Marois, 2000]. Enfin, la population cible de cette étude est celle concernée par le dépistage du cancer colorectal, c'est-à-dire les Clichois et Clichoises entre 50 et 74 ans. Aux modes et rythmes de vie très divers, cette population s'avère difficile à mobiliser. Nous supposions que l'auto-passation faciliterait l'inclusion des individus actifs (via la médecine du travail par exemple), de ceux ou celles estimant ne pas avoir assez de temps pour un entretien approfondi, mais aussi des personnes se déplaçant peu dans l'espace public (principal lieux de recrutement envisagé). Cette méthode possède également des limites. Les réponses obtenues sont majoritairement brèves et nous informent peu sur le ressenti ou l'état d'esprit des individus. Absent, le chercheur ne peut pas réagir aux réponses de l'enquêté, ni le réorienter ou l'inciter à approfondir ou préciser sa pensée. Or, dans le cadre d'une recherche sur les perceptions et représentations de la santé ces informations sont essentielles.

L'entretien en face à face répond quant à lui à ces besoins. Le chercheur peut ainsi obtenir des informations plus nombreuses, mais surtout, plus précises. Dès lors il convient d'établir une trame d'entretien permettant de guider les échanges, tout en laissant la liberté à l'enquêté d'aborder des sujet connexes. Les entretiens menés dans le cadre de cette recherche exploratoire illustrent l'intérêt de cette méthode. En effet, les résultats obtenus lors des entretiens menés dans le parc Roger Salengro ou bien au foyer Maurice Vergne sont riches d'enseignements. Or, si cette méthodologie devait être retenue et approfondie il conviendrait de rencontrer les individus sur de plus longue plages horaires.

Des rendez-vous à domicile pourraient être envisagés dans le but d'aborder les personnes âgées isolées et/ou peu mobiles. Un travail partenarial a déjà été engagé auprès de certaines associations de la ville (SFM, APA Fournier). Celles-ci pourraient tout à fait servir de point de départ au recrutement de nos interlocuteurs et interlocutrices. Enfin, la barrière de la langue, et plus particulièrement de la langue écrite, est un facteur non négligeable à l'appréciation des conditions de recueil de données qualitatives à Clichy (et dans beaucoup de ville d'Ile-de-France sans doute).

Donner la possibilité à certaines personnes de s'exprimer sans avoir à écrire permet de toucher un panel d'individus bien plus large et divers. A ce jour l'entretien en face à face apparait davantage adapté à notre problématique et nos objectifs. Un questionnaire pourrait tout à fait précéder, ou accompagner la tenue d'entretiens, mais il ne nous permettra sans doute pas d'obtenir l'ensemble des informations nécessaires.

2. Focus group, un nouvel outil à l'analyse des représentations sociales.

Les *focus groups* sont des discussions de groupe organisées dans le but d'appréhender un sujet ou une série de questions pertinentes pour une recherche. Le chercheur utilise l'interaction entre les participants, à la fois comme un moyen de recueil de données et comme un point de focalisation dans l'analyse [Kitzinger et al., 2004]. Des focus groups peuvent être mis en place dans le cadre d'une étude scientifique. Cependant une discussion organisée dans un autre but peut également faire l'objet d'observation (comme, par exemple, lorsque l'on analyse des sessions du groupe de parole sur la santé organisé par l'association SFM ou l'APA Fournier à Clichy). D'après Touré El Hadj[63], les focus group *« sont particulièrement pertinents dans le cadre de la perspective centrée sur les représentations sociales, car ils sont fondés sur la notion de communication.»* [Touré, 2010, p 9]. Cet outil méthodologique permet au chercheur d'étudier les processus de construction, de transmission et de transformation des représentations sociales de la santé. Enfin les focus group re-constituent des contextes spécifiques d'interactions sociales, dont les rapports de domination (de genre ou de classe par exemple). Ils peuvent donc être analyser *en action*.

Ces groupes de discussion sont de nos jours très sollicités dans le cadre de recherches exploratoires, et notamment pour comprendre des perceptions, sentiments, attitudes et motivations des individus. Il s'agit d'explorer un phénomène peu étudié, et de générer de nouvelles hypothèses. Ici, les focus groups s'ancrent dans le modèle inductif. Sans théorie *a priori*, le chercheur organise des groupes de discussion à l'issue desquels les informations obtenues en tant que produits d'interactions sociales sont analysées dans le but de théoriser un phénomène [Touré, 2010].

[63] El Hadj Touré est professionnel de recherche au Département d'information et de communication de l'Université Laval. Il est titulaire d'un doctorat de sociologie (Laval) et d'un diplôme d'études approfondies en sociologie (Saint-Louis, Sénégal). Ses domaines d'intérêt concernent l'épistémologie, la méthodologie de la recherche, la sociologie du développement et la communication pour le développement.

Les focus groups peuvent aussi permettre au chercheur de saisir les réactions des interviewés face à une situation concrète particulière. Ces deux approches semblent pouvoir apporter des éléments de réflexions utiles à notre travail. Il s'agirait à la fois d'identifier de nouvelles hypothèses quant aux rapports qu'entretiennent les individus avec leur corps, leur santé ou leur environnement ; mais aussi de valider certaines de nos hypothèses quant à structuration du territoire local ou les rapports de genre en confrontant les individus à certaines thématiques. Cette méthodologie possède pourtant certaines limites, qui trop souvent ignorées par les chercheurs, tendent à remettre en cause la validité des résultats, mais surtout, leur capacité à la généralisation et la comparaison [Touré, 2010]. Parmi celles-ci il existe des biais liés à l'échantillonnage, et les mensonges ou omissions de certains individus du fait des rapports de pouvoirs internes aux groupes qui n'ont pas été anticipés par le chercheur.

Si nous devions appliquer cette méthodologie au terrain clichois il pourrait être envisagé de mener certains focus group en partenariat avec l'association SFM, l'APA fournier ou le foyer Maurice Vergne. Il serait sans doute intéressant de former des groupes en fonction des quartiers de résidence des individus. Cela permettrait de tester certaines des hypothèses portant sur le caractère micro-local des constructions socio-territoriales et spatio-genrée de santé.

3. La photographie : un outil ludique et fédérateur ?

Il convient, lorsque l'on élabore un protocole de recherche, de ne pas négliger les éventuelles réticences de la population cible. Ces réticences peuvent être dues, non seulement au fait d'être étudié et à la nature du sujet abordé, mais également aux méthodes envisagées. En effet, la méthodologie choisie doit être un compromis entre la prise en compte des objectifs scientifiques de la recherche et les difficultés liées à l'objet d'étude. Dans le cadre de ce projet la thématique et la population cible posent question. Comment adapter nos questions et discours au degré de pudeur de chacun ? Comment parler du cancer colorectal, et donc indirectement, nous l'avons vu, de mort et de souffrance avec des personnes âgées ?

Recourir à des méthodologies ludiques et diversifiées peut sans doute permettre de dépasser certaines difficultés. Nous envisageons par exemple de présenter aux individus des photographies et de solliciter commentaires et réactions.

Les clichés devront mettre en scène des lieux ou situations permettant d'interroger des phénomènes comme l'existence de barrières physiques ou mentales au sein de la commune, l'attachement ou bien au contraire le rejet de certains lieux, les a priori quant au dépistage, etc. Une série de 3 à 6 photographies pourrait être présentée à l'issue de chaque entretien individuel ou bien dans le cadre de focus group. Il s'agirait d'observer les réponses et réactions des individus, en différenciant hommes et femmes.

4. De l'intérêt d'avoir du temps pour observer et « rencontrer » un territoire.

Observer et analyser l'organisation et le fonctionnement d'un territoire réclame beaucoup de temps. Les phases d'observations (participantes ou non), les entretiens et les focus group nécessitent un travail partenarial en amont. Le chercheur doit également pouvoir aller à la rencontre des habitants et habitantes de ce(s) territoire(s). Il ne s'agit pas uniquement de mener un entretien avec chacun des acteurs clefs identifiés. L'échange prolongé, la répétition d'observations et le partage de lieux et de moments sont nécessaires. Bien que nous soyons parvenus rencontrer un large panel d'acteurs locaux, il n'a pas été possible d'approfondir les entretiens auprès de la population telle que nous l'aurions souhaité. Nous disposions dans le cadre de ce projet, de données quantitatives riches et inédites, mais de peu de temps à consacrer au travail de terrain.

Nous envisageons, dans le cas où cette étude se prolongeait, de nous investir dans certaines associations locales afin de pouvoir rencontrer des individus susceptibles d'être suivis en entretien. Plusieurs quartiers et type de public devront être ciblés. Un travail bénévole au sein de l'association SFM nous apporterai par exemple une expérience riche en échanges, or comme nous l'avons vu, celle-ci ne s'adresse qu'aux femmes (d'origine étrangère). Un partenariat avec l'APA Fournier ou l'espace Mozart pourrait le compléter. L'association de quartier « APA Fourniers », située en bas des tours du quartier Fournier et proche du quartier Bac-d'Asnières, propose elle aussi des groupe de paroles sur les questions de santé. Si ce groupe est une fois encore investi par des femmes, d'autres activités mobilisent des hommes du quartier.

C. De l'utilité de la comparaison en géographie de la santé.

Cette recherche exploratoire s'est focalisée sur la ville de Clichy. Cependant notre objectif n'est pas de décrire un lieu particulier, ni de devenir une spécialiste du dépistage du cancer colorectal à Clichy-la-Garenne ; mais d'identifier des processus socio-territoriaux contribuant à expliquer les rapports qu'entretiennent hommes et femmes avec leurs territoires à travers leurs comportements préventifs. Nous supposons que l'approche comparatiste permettra d'identifier des processus communs, des systèmes de construction socio-territoriaux et spacio-genrés non spécifiques à la ville de Clichy.

L'approche comparative est relativement récente au vu de l'histoire de la discipline géographique française [Gervais-Lambony, Landy, Olfield, 2003]. Elle soulève encore aujourd'hui de nombreuses questions méthodologiques et théoriques. Nous proposons donc d'interroger l'intérêt de ce type d'approche en géographie de la santé, et plus particulièrement, dans le cadre d'une réflexion sur les rapports entre genre, territoires(s) et santé. Nous en exposerons ici les enjeux, les atouts et les limites.

1. C*omparer l'incomparable*[64] : enjeux, méthodes et pratiques de la comparaison en géographie.

Une des premières questions qui se pose au géographe s'interrogeant sur la pertinence d'intégrer l'approche comparative à ses travaux est sans doute la suivante [Gervais-Lambony, Landy, Olfield, 2003 ; Detienne, 2000] : l'existence de différences entre les territoires que l'on souhaite comparer rend-t-elle vaine toute tentative comparatiste ? Doit-on se limiter au précepte selon lequel ne serait comparable que ce qui est similaire ?

Afin de répondre à cette question il convient tout d'abord de définir les termes de comparaison et de comparatisme. D'après le nouveau Petit Robert de la langue française de 2010, la comparaison est «*le fait d'envisager ensemble (deux ou plusieurs objets de pensée) pour en chercher les différences ou les ressemblances.*» [Petit Robert, 2010, p 482].

[64] Référence au titre de l'ouvrage de Marcel Detienne intitulé Comparer l'incomparable, publié en 2000 aux éditions Seuil.

Le dictionnaire de la géographie dirigé par Jacques Lévy et Michel Lussault désigne sous le terme de comparatisme la « *méthode consistant à partir de la comparaison d'objets singuliers l'élaboration des constructions théoriques à visée universelle.* » [Levy, Lussault, 2003, p 187]. Ces définitions mettent en valeur deux des enjeux de cette démarche. D'une part, la définition donnée par le nouveau Petit Robert rappelle que la comparaison permet d'identifier des similitudes et des différences entre plusieurs objets. D'autre part, le dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés énonce l'objectif de la démarche scientifique en géographie : établir, par l'observation de cas particuliers, l'existence de processus socio-territoriaux communs. C'est ainsi que l'approche comparative permet au géographe de mesurer le poids de différents éléments constitutifs des lieux, et d'identifier ce qui relève du particulier et ce qui relève du général. Selon le géographe Philippe Gervais-Lambony, la démarche comparative repose sur le postulat suivant : tout est singulier, mais tout est aussi universel. De ce fait il apparait que « *notre* [en tant que géographe] *difficulté face à la démarche comparative vient précisément de la tension permanente entre la singularité et l'universalité de tout objet* » [Gervais-Lambony, Landy, Olfield, 2003, p 33]. Chaque territoire possède ses particularités, mais tous peuvent être analysés à travers des modèles universels. Cette tension entre description du singulier et recherche de lois générales est ancrée dans l'histoire de la discipline géographique française. Des décennies durant, études régionales (qui vise à identifier l'originalité de chaque territoire, bien souvent grâce à la monographie) et géographie générale (qui implique quant à elle d'identifier et de classer des types de territoires) se sont opposées [Bailly, Ferras, 2004]. Pourtant comme le rappelle Philippe Gervais-Lambony il n'y a pas là de contradiction. Le géographe n'analyse pas des espaces, ni des sociétés dans leurs globalité et particularisme; mais des processus socio-territoriaux, dans notre cas, des constructions socio-territoriales et spatio-genrées de santé. La question n'est donc pas quelles différences, ou quelles similitudes entre ici ou là ; mais quels processus ont conduit à telle ou telle situation, ou bien, à quoi conduit tel processus ? Or, le même processus peut conduire à des situations similaires, comme des processus similaires à des situations différentes. D'où, selon nous, l'intérêt de la comparaison.

Affirmer que la démarche comparative permet d'identifier des processus socio-territoriaux ne signifie pas que la monographie en soit incapable. L'analyse ciblée et précise d'un territoire permet au géographe de comprendre la complexité de certains processus. Il faut néanmoins se méfier des limites qu'implique le travail sur un espace et un groupe social restreint et délimité. Dans leur ouvrage méthodologique Stéphane Beaud et Florence Weber mettent en garde les jeunes chercheurs. Il s'agit selon eux d'éviter le rêve d'exhaustivité et l'absence d'interrogation sur les frontières [Beaud S., Weber F., 2003].

A Clichy, hommes et femmes n'adoptent pas les mêmes comportements en termes de santé préventive (en témoigne la différence entre le taux de participation masculin et féminin au dépistage du cancer colorectal). De plus, hommes et femmes pratiquent et ne s'approprient pas la ville de la même manière (les lieux, les horaires ou les usages sont différents). De nouvelles hypothèses ont pu être identifiées quant aux modalités d'expression des constructions spatio-genrées de santé (rôle de l'insertion dans un réseau associatif local, de l'entourage (à différentes échelles), de l'appartenance socio-culturelle, etc. L'étude ciblée de la ville de Clichy a permis de mettre en valeur de nouvelles questions et pistes de recherche. Or, analyser les relations entre le genre et la santé dans un seul contexte, au sein d'un seul territoire ou d'une seule population pose la question suivante : ces processus ne sont-ils pas propre au contexte clichois ?

Les comparer à des contextes socio-territoriaux quelque peu différents permettrait sans doute d'identifier des processus socio-territoriaux et spatio-genrés de santé appréhendables, non seulement à Clichy, mais dans tout autre territoire. La comparaison permet de vérifier la reproductibilité d'une démarche et d'une méthodologie. Enfin, l'observation d'autres lieux facilite un regard différent sur le territoire étudié. Il s'agit donc également de regarder *ailleurs* pour mieux voir *ici*.

Bien que les caractéristiques socio-économiques du quartier des Allées Gambetta s'opposent à celles des quartiers tels qu'Entrée-de-ville ou du Bac-d'Asnières ; Clichy est une commune relativement homogène. En effet, si le renouvellement urbain et la tendance globale d'embourgeoisement de la petite couronne parisienne « risque » de modifier sa structure démographique, elle est en 2012 une ville avant tout populaire et multiculturelle. Son territoire ne reflète pas d'importantes fractures socio-économiques comme cela peut être le cas d'autres communes de la région francilienne. Envisager une comparaison permettrait donc de répondre à la question suivante : En quelle mesure les constructions socio-territoriales et spatio-genrée de santé varient-elles selon que le territoire est caractérisé par de très importantes inégalités socio-économiques ou pas ?

2. De l'intérêt de confronter les processus observés à Clichy à d'autres objets et contextes territoriaux Alto-séquanais.

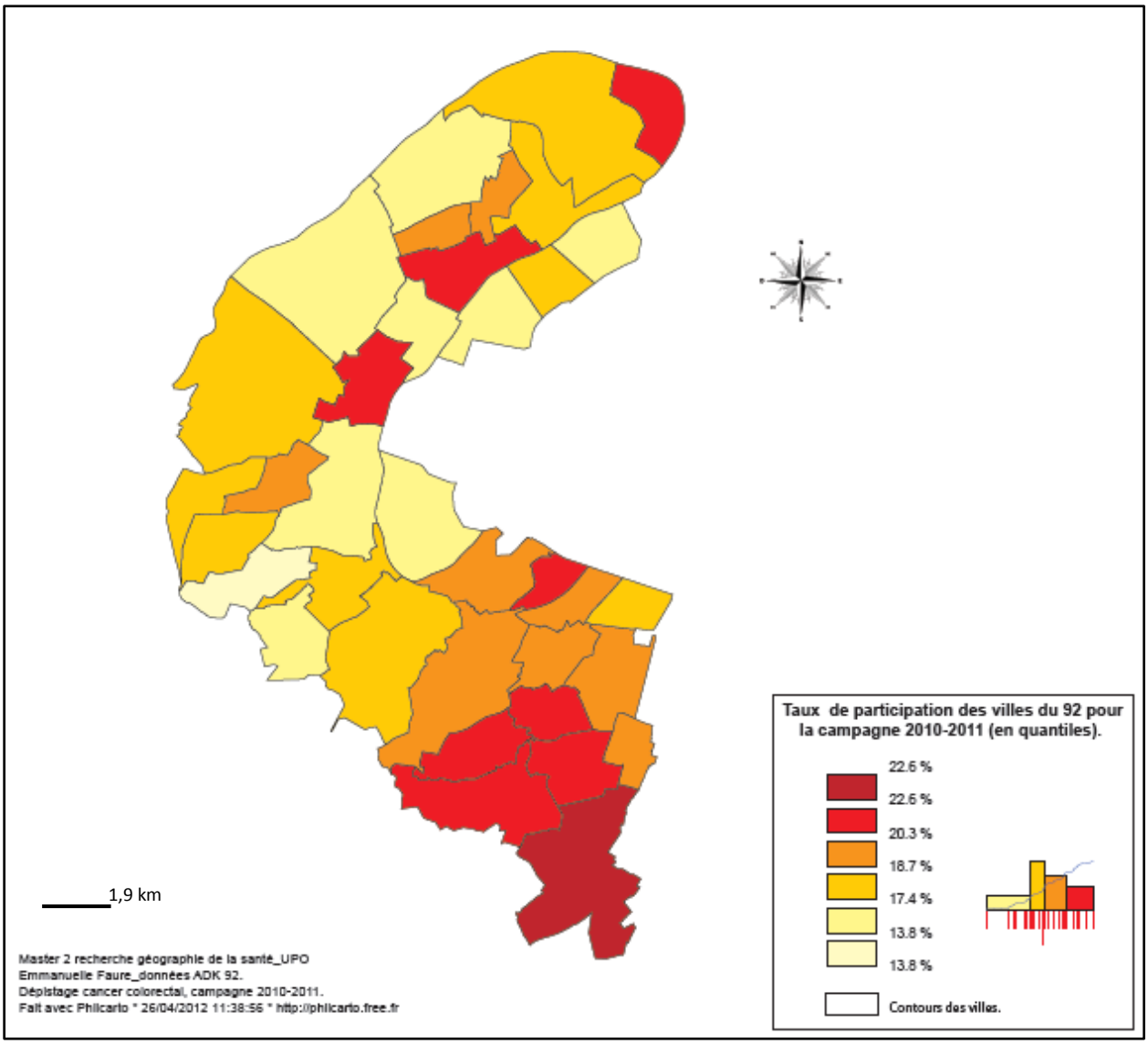
Il s'agit dans ce dernier paragraphe de discuter des modalités concrètes d'une approche comparative dans le cadre d'un futur travail de thèse sur les rapports entre genre, territoire (s) et santé. La comparaison n'est pas une fin en soi, c'est une approche, un outil, permettant au géographe de répondre à sa problématique de recherche. Il convient donc de se demander quel type de comparaison et quels territoires nous permettront de répondre au mieux à cet objectif.

Il existe plusieurs modes de comparaison. En géographie il est possible de comparer des objets entre eux (des territoires par exemple), de comparer des objets à un modèle théorique (par exemple le degré de corrélation être le modèle centre-périphérie et l'organisation territoriale observés). Une comparaison peut également s'opérer entre des objets et leurs représentations (il s'agit de comparer le territoire observé par le géographe à celui qui transparait des discours individuels et collectifs), ou bien entre différentes représentations d'un même objet (les représentations d'une partie de la population sont comparées à celles d'un autre groupe : celles de la population à celles des aménageurs et/ou politiques par exemple). Enfin la comparaison peut être temporelle. C'est-à-dire qu'une analyse dynamique (de type historique) d'un même objet peut être retenue.

Avant d'envisager la possibilité de comparer le territoire clichois à un autre territoire urbain, nous proposons d'évoquer l'intérêt de comparer deux faits de santé entre eux. Il s'agirait ici de se demander en quoi comparer les comportements de santé préventive en termes de dépistage du cancer colorectal avec ceux du cancer du sein s'avérerait pertinent. Cette démarche permettrait d'ouvrir notre champ de recherche à la santé préventive en général et ne pas se concentrer sur une pathologie. De plus ce travail contribuerait à conforter nos hypothèses sur le genre, puisqu'il permettrait de comparer les comportements féminins face à deux dépistages. Deux systèmes de représentation de la maladie et du dépistage se distinguent-ils, ou bien les femmes adoptent-elles, quel que soit la pathologie, des comportements sanitaires similaires ?

Considérons maintenant la possibilité de comparer le cas clichois à d'autres contextes territoriaux Alto-Séquanais. En France, les programmes de dépistage des cancers sont coordonnés à l'échelle départementale. De ce fait l'ADK 92 ne dispose que de données quantitatives de son département (les Hauts-de-Seine). De plus, les informations qui nous ont été fournies en fin de période de stage confirment l'intérêt d'un tel choix. En effet les résultats de la campagne 2010-2011 dans les Hauts-de-Seine mettent en valeur des inégalités de santé jusqu'alors jamais questionné.

Carte 23 : Participation au dépistage du cancer colorectal dans les villes des Hauts-de-Seine, campagne 2010-2011.



Sources : ADK 92. Réalisation : Faure E., Philcarto, mai 2012.

De cette carte transparait l'hétérogénéité des situations locales. Les taux de participation à la campagne de dépistage du cancer colorectal de 2010-2011 sont compris entre 22,6% et 13,8%. Ces taux de participation varient en fonction des villes. C'est un constat que les structures de gestion des dépistages et les organismes d'évaluation ont déjà mis en valeur. Cependant, peu de projets de recherche s'intéressent au fait que les ratios hommes/femmes varient également en fonction des territoires. C'est-à-dire que les écarts entre hommes et femmes ne sont pas du même ordre de grandeur dans toutes les communes du département.

Tableau 6 : Différentiation sexuée de la participation au dépistage du cancer colorectal dans les communes des Hauts-de-Seine au cours de la campagne 2010-2011.

Noms des villes	Ratio F/H		Noms des villes	Ratio F/H
ANTONY	1,05		LEVALLOIS-PERRET	1,20
ASNIERES-SUR-SEINE	1,21		MALAKOFF	1,21
BAGNEUX	1,27		MARNES-LA-COQUETTE	0,91
BOIS-COLOMBES	1,21		MEUDON	1,15
BOULOGNE-BILLANCOURT	1,21		MONTROUGE	1,31
BOURG-LA-REINE	1,12		NANTERRE	1,37
CHATENAY-MALABRY	1,14		NEUILLY-SUR-SEINE	1,16
CHATILLON	1,17		PLESSIS-ROBINSON (LE)	1,20
CHAVILLE	1,09		PUTEAUX	1,40
CLAMART	1,17		RUEIL-MALMAISON	1,13
CLICHY	1,44		SAINT-CLOUD	1,21
COLOMBES	1,24		SCEAUX	1,12
COURBEVOIE	1,20		SEVRES	1,17
FONTENAY-AUX-ROSES	1,18		SURESNES	1,29
GARCHES	1,16		VANVES	1,17
GARENNE-COLOMBES (LA)	1,07		VAUCRESSON	1,24
GENNEVILLIERS	1,59		VILLE-D'AVRAY	1,26
ISSY-LES-MOULINEAUX	1,19		VILLENEUVE-LA-GARENNE	1,34
			Moyenne départementale	**1,22**

Sources : ADK 92. Réalisation : Faure E., Philcarto, mai 2012.

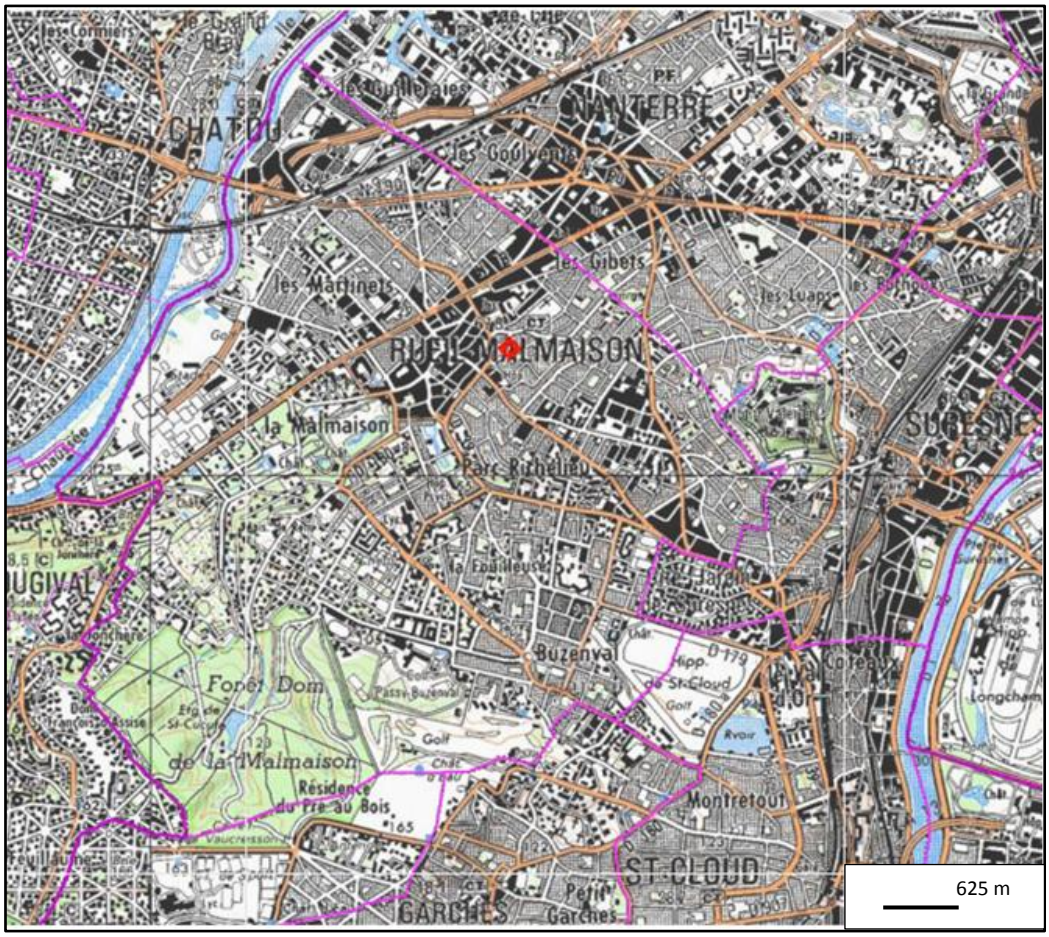
Ces données permettent de constater que le département peut constituer une échelle pertinente à l'analyse des territoires et ce grâce à une approche genrée et socio-territoriale des comportements préventifs et des inégalités de santé qu'elle révèle.

Les femmes participent systématiquement plus que les hommes (1,22 fois plus à l'échelle du département). Cependant il est un cas exceptionnel : la commune de Marnes-la-coquette. Elle est la seule au sein de laquelle les hommes participent davantage que les femmes. Bien que les effectifs soient très réduits[65] cette situation interroge. Quel sont les processus socio-territoriaux et spatio-genré de santé qui impliquent un tel renversement de tendance ? En quelle mesure le territoire de cette petite commune du Sud-ouest du département contribue-t-il à un tel phénomène ?

[65] Bien que près de 22% de la population communale ait plus de 60 ans, Marnes-la-Coquette ne comptait, en 2008, que 1680 habitants [INSEE, RP 2008]. Avant toute conclusion, la fiabilité statistique de tels effectifs seraient à interroger.

Enfin, Clichy est la ville dans laquelle les différences hommes/femmes sont les plus marquées. Il apparait donc intéressant de continuer à travailler sur cette commune, mais aussi de la comparer à des territoires dans lesquels les écarts sont moins importants. Alors que certaines villes voisines, comme Nanterre ou Gennevilliers, ont fait l'objet de nombreux travaux de géographes, d'historiens ou de sociologues, Rueil-Malmaison est une commune très peu étudiée.

Carte 14 : Appréciation de la diversité du bâti de la commune de Rueil-Malmaison.



Sources : Géoportail, IGN.

Rueil-Malmaison est la commune la plus étendue des Hauts-de-Seine. Établie sur la rive gauche de la Seine, elle est limitrophe de Nanterre, Suresnes, Saint-Cloud, Garches et Vaucresson dans les Hauts-de-Seine, et de la Celle-Saint-Cloud, Bougival, Croissy-sur-Seine et Chatou dans les Yvelines. Selon l'Insee, la ville comptait 79 065 habitants en 2009. Cette carte illustre la variété du bâti de cette commune.

Bien qu'elle soit majoritairement composée de résidences privées et de pavillons, Rueil-Malmaison comprend également quelques grandes cités HLM. On peut citer La Plaine-Gare non loin de la gare RER ou Les Mazurières et La Fouilleuse qui comptent plus de 1 000 logements répartis entre 3 grandes barres d'immeubles. C'est une ville très hétérogène au sein de laquelle des quartiers aisés jouxtent des quartiers aux caractéristiques socio-économique très défavorables. Enfin, Rueil-Malmaison dispose d'un service de santé municipal bien moins ancien et développé que Clichy, mais qui s'intéresse depuis peu à la promotion des dépistages des cancers sur son territoire.

Synthèse :

Les outils méthodologiques mobilisés lors de cette recherche exploratoire auront permis d'obtenir des résultats porteurs de nouvelles interrogations. Or, nous l'avons, vu certains devront être modifiés. Si le questionnaire permet de récolter des données factuelles intéressantes, les entretiens individuels, et collectifs, apporteront certainement la finesse et la précision d'analyse nécessaire à l'identification de processus socio-territoriaux et spatio-genrés de santé.

Nous supposons que l'approche comparative permettra d'enrichir et de conforter nos résultats. La disponibilité des données, la variété des contextes socio-économiques ainsi que l'hétérogénéité des écarts entre hommes et femmes en matière de recours au dépistage du cancer colorectal incitent à poursuivre des travaux sur le département des Hauts-de-Seine. En effet, les données obtenues en fin de stage nous permettent de supposer que les rapports entres constructions socio-territoriales et les constructions spatio-genrées de santé s'expriment différemment selon les territoires.

Conclusion générale

Nous avons pu constater qu'à Clichy la participation au dépistage du cancer colorectal se décline différemment selon l'âge, le sexe et le territoire de vie des individus. Des inégalités socio-territoriales et sexuées ont été mises en valeur par le traitement des données sanitaires fournies par l'ADK 92, ainsi que par l'analyse des matériaux récoltés sur le terrain. Nous avons tenté de déconstruire un à un les processus que nous supposions liés à ces inégalités de santé. Il s'agissait d'évaluer le rôle des facteurs socio-économiques, des représentations sociales du territoire, du cancer colorectal et de son dépistage, de l'organisation du système de soins, des normes de genre que nous supposions différentes selon les territoires, ainsi que celui des différents acteurs locaux (acteurs politiques, réseaux associatifs, ...).

Il apparait qu'à Clichy les inégalités de recours au dépistage de ce cancer illustrent, en partie, la structure socio-économique de la ville. Or, cette relation n'est pas systématique. Les dynamiques territoriales, qui peuvent également être appréhendées au travers du renouvèlement de population, ou bien la composition démographique des quartiers, participent certainement aux rapports entre santé, genre et territoire. Ce travail aura également permis d'interroger le rôle du médecin généraliste au sein de ce programme de santé publique. S'il est incontestablement le professionnel de santé référents des structures organisatrices et de la population cible, il n'est pas l'unique levier, ou frein, au recours au dépistage du cancer colorectal. L'analyse des trajectoires de recours à ce professionnel suggère de nouvelles pistes de réflexions quant aux effets de barrières (essentiellement symboliques), ou bien au contraire au rôle des mobilités dans l'appréciation du territoire clichois.

L'analyse du recours au dépistage du cancer colorectal à l'échelle micro-locale aura également permis de questionner les notions de distance et d'accessibilité. Distances physiques, économiques, sociales ou culturelles participent à l'accès au dépistage du cancer colorectal des hommes et des femmes des différents quartiers de cette commune. Nous avons pu constater que les constructions sociales du genre appréciées à l'échelle sociétale (qui attribuent par exemple à la femme un rôle prépondérant dans la gestion de la santé familiale) et locale contribuent à ces inégalités de santé. Localement, l'appropriation différenciée de l'espace public, des réseaux associatifs ou bien les représentations de la santé sont quelques-uns des phénomènes marqués par les questions de genre.

L'analyse des comportements préventifs des Clichois et Clichoises en matière de recours au dépistage du cancer colorectal permet de confirmer l'hypothèse majeur de ce projet : le genre est un (et non pas l'unique) outil pertinent à la compréhension d'inégalités socio-territoriales de santé.

« *« Sexuer » les données et les faits de connaissance, c'est donc enrichir ces données et ces faits. Rétrospectivement, les façons ordinaires de connaître et d'établir les faits en sciences humaines et sociales avant le développement des recherches sur le genre et le sexe paraissent gravement amputées, invalides ou incomplètes. En intégrant à tous les niveaux de l'analyse cette question, sous la forme d'une préoccupation ou d'un regard, on produit une meilleure histoire, une meilleure sociologie, une meilleure démographie, une meilleure anthropologie.* » [Garday, 2004, p 185]

Bien que la géographie soit ici ignorée, nous nous associons aux propos de la sociologue Delphine Gardey. Nous considérons à l'issue de ce travail que la notion de genre apporte à la recherche sur les inégalités socio-territoriales de santé une dimension nouvelle. Apprécier les mécanismes de production de la santé et du territoire nécessite de prendre en compte les rôles et statuts sociaux genrés. Cette étude des inégalités socio-territoriales de recours au dépistage du cancer colorectal démontre combien les comportements en matière de santé préventive dépendent d'une multitude de facteurs, au sein desquels se situent les constructions (locales) du genre. Il convient tout de même de préciser que si les questions de genre se révèlent utiles aux travaux du géographe de la santé, nous récusons l'idée selon laquelle le genre permet d'appréhender l'ensemble des processus socio-territoriaux. Tel que l'énonce le géographe Guy Di Méo, nous estimons que « *le genre s'avère un facteur explicatif important du rapport spatial (des femmes)* [et nous ajouterions des hommes] *à la ville. Mais le genre n'explique pas tout. D'autres déterminants pèsent sur les représentations, les comportements et les pratiques des femm*es [et des hommes], *sur leur capacité à produire des territoires et des territorialités plus ou moins riches.* » [Di Méo, 2012, p 126].

Précisons que ce mémoire ne répond pas à toutes les questions qu'il pose. Il fournit des pistes de réflexions et de nouvelles hypothèses qui devront faire l'objet d'un travail de recherche de plus grande ampleur. Tel était l'objectif initial de ce projet : s'assurer que l'approche genrée des rapports entre dynamiques sanitaires et dynamiques territoriales mérite d'être posée et approfondie.

Ce mémoire s'est focalisé sur la ville de Clichy. Cependant, notre objectif n'est pas de décrire un lieu particulier, ni de devenir une spécialiste du dépistage du cancer colorectal ; mais d'identifier des processus socio-territoriaux contribuant à expliquer les rapports qu'entretiennent hommes et femmes avec leurs territoires à travers leurs comportements de santé. C'est pourquoi nous supposons que l'approche comparatiste permettra d'identifier des processus communs, des systèmes de construction socio-territoriaux et spatio-genrées non spécifiques à la ville de Clichy. Alors que certaines villes du département, comme Nanterre ou Gennevilliers, ont fait l'objet de travaux géographiques, historiques ou sociologiques, Rueil-Malmaison est une commune peu étudiée. C'est une ville très hétérogène au sein de laquelle des quartiers très aisés jouxtent des quartiers aux caractéristiques socio-économique défavorables. Nous supposons que ce territoire pourrait constituer un terrain propice à la poursuite de nos travaux. Cependant, il ne s'agit en aucun cas d'une décision définitive, mais plutôt d'une éventualité permettant de concrétiser certaines de nos réorientations théoriques et méthodologiques.

Enfin, au-delà de son intérêt scientifique, ce projet répond à une demande sociale. Il doit permettre d'optimiser les programmes de dépistage des cancers, d'aider les autorités sanitaires et les pouvoirs publics locaux à améliorer le taux de participation au dépistage du cancer colorectal. L'observation multi-scalaire proposée par l'approche géographique permet de produire et de diffuser des connaissances quant aux besoins de la population.

Bibliographie

Ouvrages et articles :

Aïch P., Bon N., Deschamps J-P., 1992, *Comportements et santé. Questions pour la prévention.* Presses universitaires de Nancy : Nancy.

Aliaga C., 2002, « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes » in INSEE Première, n°869, oct 2002.

Allonier C. and al., « *Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinages* » in Questions d'économie de la santé, n°139, 2009, Edition IRDES : Paris.

Ariès M. and al. (dir), 1990, *Hauts-de-Seine*, Editions Christine Bonneton : Paris.

Authier J-Y and al. (dir), 2006, *Le quartier. Enjeux scientifiques, actions politiques, pratiques sociales.* La découverte : Paris.

Bailly A., Ferras R., 2004 (1997), *Eléments d'épistémologie de la géographie*, Armand Colin, collection U: Paris.

Bard C. (dir), 2004, *Le genre des territoires, féminin, masculin, neutre*, Angers : Presses universitaires d'Angers, 347p

Barth F. (dir), 2005, *Le genre : Constructions spatiales et culturelles*, Géographie et cultures, n°54, L'Harmattan : Paris.

Bauder H., 2002,"*Neighborhood Effects and Cultural Exclusion ",* Urban Studies, vol. 39, n°11, 85-93.

Beaud S., Weber F., 2010 (1997), Guide l'enquête de terrain, La découverte : Paris, 334p.

Beck F., Peretti-Watel P., Gautier A., Guilbert P., "Regard sur le cancer : représentations et attitudes du public" in *Evolutions*, n°4, déc 2006, éditions INPES : Paris.

Belloni B., 2011, *La place des centres municipaux de santé dans l'offre de soins de la ville de Saint-Ouen (93),* mémoire de Master 1 de géographie de la santé, Université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense.

Berger A-E., « Petite histoire paradoxale des études dites de « genre » en France », Le Français aujourd'hui, 2008/4, n° 163, p. 83-91.

Blidon M., 2008, « La casuistique du baiser », *EchoGéo* [En ligne], Numéro 5, mis en ligne le 13 juin 2008.

Bloch J., 2007, « La pratique du dépistage en France : une situation singulière », in Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. (dir.), Baromètre cancer 2005, INPES : Paris.

Bloy G., Schweyer F-X., (dir), 2010, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presse de l'école des hautes études de santé publique : Renne.

Bonnamour J., 2000, *Du bonheur d'être géographe*, ENS Editions, col. Sociétés, espaces temps : Fontenay-aux-Roses.

Bret B., Université de Lyon 3, Alain REYNAUD, Université de Champagne –Ardennes «Un entretien avec Alain Reynaud, avec des extraits de Société, Espace et Justice », [«An Interview with Alain Reynaud, with extracts of Society, Space and Justice », traduction : Sharon Winkler Moren, C. Tran. (ATIO)] justice spatiale | spatial justice | n° 04 décembre | décember 2011 | http://www.jssj.org

Brouat J-P, « Les conditions sociales de la transformation des comportements » in Aïch P., Bon N., Deschamps J-P., 1992*, Comportements et santé. Questions pour la prévention*. Presses universitaires de Nancy : Nancy, p 145.

Cambon L. et al., 2007, « Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité » , Santé Publique, Vol. 19, p. 513-523.

Carol A., «La virilité face à la médecine», in A. Corbin, J.J. Courtine, G. Vigarello (dir.), Histoire de la virilité, tome 3 : le XXe siècle, Seuil, Paris, 2011, p. 31-69.

Carraz P., 1997, *Mémoires en images : Clichy-la-Garenne*. Editions Alan Sutton : Paris.

Carroll R., 2011, Disparités spatiales de participation au dépistage organisé du cancer du sein à Paris, mémoire de master 2 de géographie de la santé, Universités Paris Est Créteil – Paris Ouest Nanterre la Défense.

Chivallon C., 2001, « Les géographies féministes : un plaidoyer convaincant pour la constitution de connaissances 'situées' » in Staszak J. F., *Géographies anglo-saxonnes. Tendances contemporaines,* Paris, Belin, pp. 57-63.

Corbin A., Courtine J-J., Vigarello G. (dir), 2011, Histoire de la virilité. Tome 3 : la virilité en crise ? Le XXème et XXIeme siècle. Edition seuil : Paris.

Courtenay W-H., « Construction of masculinity and their influences on men's well-being: a theory of gender health" in Social Science and Medicine, n°50, 2000, 1385-1401.

Coutras J. , 1996, Crise urbaine et espaces sexués, Paris : Armand Colin, 155 p.

Coutras J., 2003, Les peurs urbaines et l'autre sexe, Paris : L'Harmattan, 242 p.

Cresson G., 1995, *Le travail domestique de santé*. L'Harmattan, Col. Logiques sociales : Paris.

Creton D., *2003, Editorial de Questions de genre/Gender in questions,* in Espace, populations et sociétés/ Space, populations societies, 2003, volume 3, pp 253-453.

d'Houtand A., 1998, *Sociologie de la santé. Langage et savoirs environnement et éthique,* L'Harmattan, Col. Santé sociétés et cultures : Paris.

d'Houtand A., Field M-G., 1989, *La santé. Approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société.* Presses universitaires de Nancy, Col. Espace Social : Nancy.

d'Houtaud A., « Comportements et représentations en prévention » in Aïch P., Bon N., Deschamps J-P., 1992, *Comportements et santé. Questions pour la prévention.* Presses universitaires de Nancy : Nancy, p 112.

Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique » in Questions d'économie de la santé, IRDES, n°170.

Détrez C., 2002, *La construction sociale du corps*, Points, Edition Seuil : Paris.

Di Méo G, 2011, *Les murs invisibles. Femmes, genre et géographie sociale.* Armand Colin : Paris.

Di Méo G., « *Les femmes et la ville. Pour une géographie sociale du genre* », Annales de géographie, 2012/2 n° 684, p. 107-127.

Di Méo G., 1996, *Les territoires du quotidien*, L'Harmattan, Géographies sociales : Paris.

Di Méo G., 2007, Introduction du Colloque intitulé « Sexe de l'espace- Sexe dans l'espace », Bordeaux 22 mai 2007.

Dorlin E., 2008, Sexe, genre et sexualité, PUF Philosophie : Paris.

DREES, 2010, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-santé 2008. » in *Etudes et résultats*, éditions de la DREESS, n°717, février 2010.

DREES, 2011, *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs de la loi de santé publique. Rapport de 2011.* Edition de la Direction de la recehrche des études de l'évaluation et eds statistiques, Paris.

Drulhe M., 1996, *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, PUF : Paris.

Duport N., Ancelle-Park R., Boussac-Zarebska M., Uhry Z., Bloch J., 2007, « Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein », Edition de l'INVS : Paris.

Emslie C., Hunt K., 2008, « *The weaker sex ? Exploring lay understanding of gender differences in life expectancy: A qualitative study* », Social Science and Medicine, vol.67, n°5, p.808-816.

Fainzang S., 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*. PUF Ethnologie : Paris.

Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé*, PUF : Paris.

Fassin D., 1998, *Les figures urbaines de la santé publique*, La découverte : Paris.

Faure E., 2011, *Des constructions socio-territoriales aux constructions « spatio-genrées » de santé. Un certain regard sur les comportements liés aux sentiments amoureux et à la sexualité des adolescent-e-s résident-e-s de quartiers « politique de la ville » aux Mureaux (Yvelines*). Mémoire de master 2, Université Paris-Ouest-Nanterre-La défense, laboratoire Espace, Santé et Territoires.

Fleuret S., Sechet R. (dir), 2002, *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être.* Rennes : Presse Universitaire de Rennes, Coll. « Espaces et territoires »,. 236 p.

Fol S., « Mobilité et ancrage dans les quartiers pauvres : les ressources de la proximité? » in Regards Sociologiques, n°40, 2010, pp. 27-43.

Frederiksen B-L., Jørgensen T., Brasso K., Holten I., Osler M., "Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening", British Journal of Cancer (2010) 103, 1496 -1501.

Frémont A., 1999 (1976), *La région, espace vécu*. Flammarion: Paris, 288p.

Frémont A., 1999 [premières édition 1976], *La région, espace vécu*. Paris : Flammarion, 288p.

Freudenberg N., Galea S., Vlahov D. (Eds.), 2006, *Cities and the Health of the Public*. Vanderbilt University Press: Nashville, USA.

Frye V., Putnam S., O'Campo P., "Whither gender in urban health?" in *Health and Place*, 14, 2007, 616-622.

Geneviève Cresson, 1995, *Le travail domestique de santé*. L'Harmattan : Paris. 346 p.

Gervais-Lambony P., 2003, *Territoires citadins. 4 villes africaines*. Belin : Paris.

Gervais-Lambony P., Landy F., Oldfield S., 2003, *Espaces arc-en-ciel. Identités et territoires en Afrique du Sud et en Inde*. Editions Géotropiques-Karthala-IFAS : Paris.

Gimeno Garcia A-Z., 2012, "*Review Article: Factors Influencing Colorectal Cancer Screening Participation*", Hindawi Publishing Corporation Gastroenterology Research and Practice Volume 2012, Article ID 483417, 8 pages.

Goulard H., and al. 2008, *Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal en France : étude Fado-colorectal.* Poster Journée de Veil sanitiare 2008, InVS : Saint Maurice.

Grand A., Bocquet H., Grosclaude P., Pous J., Alabarede JL., Représentation et pratiques de santé selon le sexe dans une population âgée en milieu rural. Cah Socio Demo Med, Juillet Sept 1988, 3, 263-284.

Grand A., Bocquet H., Grosclaude P., Pous J., Albarede JL., « Représentation et pratiques de santé selon le sexe dans une population âgée en milieu rural ». Cahier Socio Demo Med, Juillet Sept 1988, 3, 263-284.

Granjean H., Lang T., Kaminski M., and al., 2010, *Les inégalités sociales de santé*. Inserm édition : Paris.

Guérin-Pace F., « Territoires de proximité » in Espace géographique, 2003, n°4, 333-344.

Guérin-Pace F., « Le quartier entre appartenance et attachement : une échelle identitaire ? » in Authier J-Y and al. (dir), 2006, *Le quartier. Enjeux scientifiques, actions politiques, pratiques sociales.* La découverte : Paris.

Guionnet C., Neveu E., 2009, *Féminins/Masculins : sociologie du genre.* Seconde édition. Armand Colin : Paris.

Guyard L., 2002, « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », Champ psychosomatique, vol 3 ; n°27, p 81-92.

Guyard L., Mardon A. (dir), 2010, *Le corps à l'épreuve du genre. Entre normes et pratiques.* Presses universitaires de Nancy, Col. Epistémologie du corps : Nancy.

Hancock C., 2003, Genre et géographie : les apports des géographies de langue anglaise, in Questions de genre/Gender in questions, in Espace, populations et sociétés/ Space, populations societies, 2003, volume 3, pp 257-264.

Hancock C., 2003, *Genre et géographie : les apports des géographies de langue anglaise,* in *Questions de genre/Gender in questions,* in Espace, populations et sociétés/ Space, populations societies, 2003, volume 3, pp 257-264.

Hay J-L., Ford J-S., Klein D. et al., "Adherence to colorectal cancer screening in mammography-adherent older women," Journal of Behavioral Medicine, vol. 26, no. 6, pp. 553–576, 2003.

Herbert C., Launoy G., Gignoux M., "Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in France: differences between intention to participate and actual participation", European Journal Cancer Prev. 1997; 6(1):44-52.

Herzlich C., 2005, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Première édition 1969, Ecole pratique Des Hautes études et Mouton : Paris.

Hunt K., Macintyre S., « Genre et inégalités sociales en snaté » in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminsky M., Lang T., 2000, *Les inégalités sociales de santé*. La découverte : Paris.

INCA, janvier 2012, *Bilan de la campagne d'information Mars bleu 2011*. Edition INCA, collection Rapports et synthèses : Boulogne-Billancourt.

INCA, juin 2011, Médecins généralistes et dépistage des cancers. Edition INCA, collection Enquêtes et sondages : Boulogne-Billancourt.

INCA, oct 2011, *La situation du cancer en France en 2011*. Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCA : Boulogne-Billancourt.

INCA, Rican S. (dir), décembre 2008, *Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine (Évolution 1970 – 2004)*, éditions de l'INCA : Boulogne-Billancourt.

Johnston R-J, Sidaway J-D., 2004, *Geography and Geographers. Anglo-American Human geography since 1945*. Sixth edition: London (première edition aux USA : 1979).

Kandrack M-A., Grant K-R., Segall A., 1991, “Gender differences in health related behavior: some unanswered questions”, *Social Science and Medicine*, 32, 5, 579-590.

Kavanagh A M., Bentley R., Turrell G., Broom D H., Subramanian S V., 2006, “Does gender modify associations between self-rated health and the social and economic characteristics of local environments?”, *Journal of Epidemiology Community Health*, 60, 490-495.

Kitzinger J., Markova I., Kalampalikis N., « *Qu’est-ce que les focus groups ?* », Bulletin de Psychologie, 2004, vol. 471, 57(3), 237-243.

Kulkarni V-S., Subramanian S-V., “Social Perspectives on Health Inequalities” in Brown T, McLafferty S, Moon G (ed). A companion to health and medical geography. Oxford : Wiley-Blackwell, 2010.

Lastier D., Salines E., Danzon A., 2011, Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2007-2008, évolutions depuis 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 12 p. Disponible à partir de l’URL : http://www.invs.sante.fr.

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminsky M., Lang T., 2000, *Les inégalités sociales de santé*. La découverte : Paris.

Leclerc A., Niedhammer I., « Les inégalités sociales de santé en France » in Santé, société et solidarité, 2004, n°2, 29-35.

Levy J., Lussault M., 2003, *Dictionnaire de la géographie et de l’espace des sociétés*, Belin : Paris.

Louargant S., « De la géographie féministe à la « gender geography » : une lecture francophone d’un concept anglophone » in *Espace, Population, Société*, 3, 2002, 397-410.

Massey D., 1994, *Space, Place and Gender*. Blakwell publishers : Oxford.

Moatti J-P., Chantal Casès C., Olier L., « Inégalités face au cancer : un diagnostic nécessaire » In Le Corroller-Soriano A-G., Malavolti L., Mermilliod C., 2008, *La vie deux ans après le diagnostic du cancer. Enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades.* La documentation française : Paris.

Monteil C., Robert-Bobée I., 2005, « *Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes* », Insee Première, n° 1025.

Moss P., 2002, *Feminist geography in practice. Research and methods*. Blackwell publishers : Oxford.

Oakley A., 1972, *Sex, Gender and Society*, Harper Colophones Books: Londres.

Oakley Ann, 1972, *Sex, Gender and Society*, Londres, Harper Colophones Books, cité par Elsa Dorlin in Sexe, genre et sexualité, 2008, Paris, PUF Philosophie : Paris.

OMS, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.

Paicheler G. « La prévention : l'articulation entre l'individu et la société dans la gestion de la santé » in Petrillo G (dir), 2000, Santé et Société. La santé et la maladie comme phénomène sociaux. Delachaux et Niestlé, col.textes de base en sciences sociale : Lausanne, p 239-262.

Payne S., 2007, "Not an equal opportunity disease – a sex and gender-based review of colorectal cancer in men and women: Part II" in The Journal of Men's Health & Gender, 2007, vol 4, 3 , 251-256.

Pina C ., « *Test sur photographies : faire parler du politique* » in Blanchard P., Ribémont T., 2002, Méthodes et outils des sciences sociales. Innovation et renouvellement, L'Harmattan, cahiers politiques : Paris, p 37-47.

Pinçon M., Pinçon-Charlot M., 2002, *Voyage en grande bourgeoisie*, PUF, Editions Quadriges-Essais Débats, première édition 1997, Paris.

Pinçon-Charlot M., Pinçon M ., 2005 (1997), *Voyage en grande bourgeoisie*, PUF : Paris.

Pinçon-Charlot M., Pinçon M., 2009, *Les Ghettos du Gotha : comment la bourgeoisie défend ses espaces*, Payot : Paris.

Pinell P., 1992, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940).* Editions Métailié : Paris.

Pornet C., Dejardin O., Morlais F., Bouvier V., Launoy G., « Déterminants socio-économiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Calvados (France), 2004-2006. », BEH, mars 2010, 109-112.

Pornet C., Dejardin O., Morlais F., Bouvier V., Launoy G., "Socioeconomic determinants for compliance to colorectal cancer screening. A multilevel analysis", J Epidemiol Community Health 2010; 64: 318-324.

Potvin L., Frohlich L K., « L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé entre hommes et femmes » in *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, Montréal, vol 5, n°2, 1998, 142-152.

Pourchet M., Desmarchelier D., Ducard D., Ollivier-Yaniv C., 2010, *L'image du cancer dans les médias de 1980 à 2007*, INCA : Paris.

Raynaud C., « Prévention sanitaire et reproduction sociale « in Aïch P., Bon N., Deschamps J-P., 1992, *Comportements et santé. Questions pour la prévention*. Presses universitaires de Nancy : Nancy, p 140.

Renahy E., Parizot I., Vallée J., Chauvin P., 2011, *Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010*. Rapport pour la DRESS.

Reynaud A., 1981, *Société, espace et justice*. PUF, Espace et liberté : Paris.

Salem G., 1998, *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal*), Paris : Karthala et ORSTOM, Coll. « Hommes et Sociétés », 360 p.

Salem G., 1998, *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal*), Paris : KARTHALA et ORSTOM, Coll. « Hommes et Sociétés », 360 P.

Salem G., Rican S., Jougla E., 2000(a), *Atlas de la santé en France. Volume 1 : Les causes de décès.* Jonh Libbey Eurotext : Paris.

Salem G., Rican S., Jougla E., 2000(b), *Atlas de la santé en France. Volume 2 : Comportements et maladies.* Jonh Libbey Eurotext : Paris.

Saltonstall R., 1993, "Healthy bodies, social bodies : men's and women's concepts and practices of health in everyday life", *Social Science and Medicine,* 36, 1, 7-14.

Sarah Payne S., 2007, 'Not an equal opportunity disease – a sex and gender-based review of colorectal cancer in men and women: Part II', JMHG, Vol. 4, No. 3, pp. 251–256.

Saurel-Cubizolles M-J., « Etats de santé » in Maruani M., 2005, *Femmes, genre et société.* La découverte : Paris, 122-130.

Sautter G., 1973, « Recherches en cours sur les villes d'Afrique noire : thèmes et problèmes. Point de vue d'un géographe », in *Cahiers d'études africaines*, Paris, n°51, pp 405-416.

Seeff L-C., Nadel M-R., Klabunde C-N., Thompson T., Shapiro J-A., Vernon S-W., et al. "Patterns and predictors of colorectal cancer test use in the adult U.S. population". Cancer 2004; 100(10):2093-103.

Segnan N., Senore C., Andreoni B. et al., “Randomized trial of different screening strategies for colorectal cancer: patient response and detection rates,” Journal of the National Cancer Institute, vol. 97, no. 5, pp. 347–357, 2005.

Sothern M., Dyck I., “…a Penis is Not Needed in Order to Pee”: Sex and Gender in health Geography” in Brown T, McLafferty S, Moon G (ed). A companion to health and medical geography. Oxford : Wiley-Blackwell, 2010.

T. Elo I. , 2009, “Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective”, Annual Rev. of Sociology, vol. 35, p 553-572.

Touré EH., « Réflexion épistémologique sur l’usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité » in Recherches Qualitatives, 2010, Vol. 29(1), pp. 5-27.

Vaillant Z., 2006, *La Réunion, koman i lé? Les constructions socio-territoriales de santé à l’île de la Réunion*, Thèse présentée en vue de l’obtention du grade de Docteur en géographie humaine, Université Paris X Nanterre, UFR Sciences sociales et administratives, Ecole doctorale Milieux, cultures et sociétés du passé et du présent, laboratoire Espace, santé et territoire. Thèse soutenue le 4 avril 2006.

Vallin J. (2002). Mortalité, sexe et genre. In. Caselli, G., Vallin, J., and Wunsch, G. Démographie : Analyse et synthèse. Volume 3 : les déterminants de la mortalité. Paris: Editions de l'INED, PUF : 319-350.

Veauvy C. (dir.), 2002, *Les femmes dans l’espace public. Itinéraires français et italiens.* Editions de la Maison des sciences de l’homme : Paris.

Vigneron E., 2002, *Pour une approche territoriale de la santé.* Edition l’aube datar : Paris.

Welzer-Lang D., Zaouche-Gauchon C., 2011, *Masculinités. Etats des lieux*. Editions Erès : Paris.

Zorzi M., Barca A ., Falcini F. et al., “Screening for colorectal cancer in Italy: 2005 survey,” Epidemiologia e Prevenzione, vol. 31, no. 2-3, pp. 49–60, 2007.

Sitographie

ADK 92: http://www.adk92.org/

Association ESPT : http://www.espt.asso.fr/

INCA : http://www.e-cancer.fr/

INVS : http://www.invs.sante.fr/

Ligue contre le cancer : http://www.ligue-cancer.net/

ONU Femme : http://www.un.org/fr/globalissues/women/

Soigner en Ile-de-France : sur lehttp://www.soignereniledefrance.org/offre-de-soins/

Vidéo de la ville de Clichy : http://www.clichy-video.fr/

Ville de Clichy : http://www.ville-clichy.fr/

Annexes

Table des matières des annexes.

Annexe 1 : Présentation du panel de cette étude à partir de la base des individus clichois invité par l'ADK 92 au cours de la campagne 2010-2011. II

Annexe 2 : Coupon réponse d'exclusion au test. III

Annexe 3 : Table de Khi² IV

Annexe 4 : Résultat du test Khi² de la différence de participation au dépistage du cancer colorectal entre Homme et femme IV

Annexe 6 : Résultats du test Khi² pour la participation féminisme au dépistage du cancer colorectal, analyse à l'échelle de la ville. VI

Annexe 7 : Résultats du test Khi² de la participation féminine au dépistage du cancer colorectal, comparaisons entre Iris. VII

Annexe 8 : Résultats du test Khi² de la participation des hommes au dépistage du cancer colorectal, analyse à l'échelle de la ville. VIII

Annexe 9 : Bref historique du dispensaire devenu centre municipal de santé Marc Chagall. IX

Annexe 10 : Questionnaire population X

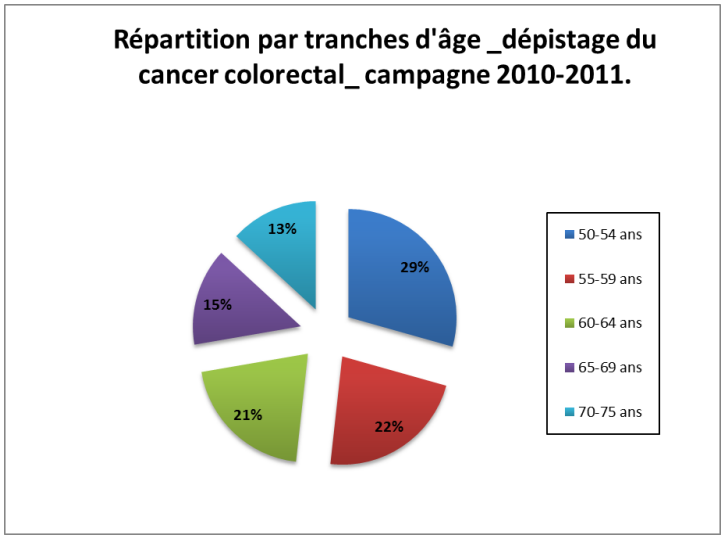
Annexe 11 : Trame d'entretien médecins généralistes. XIV

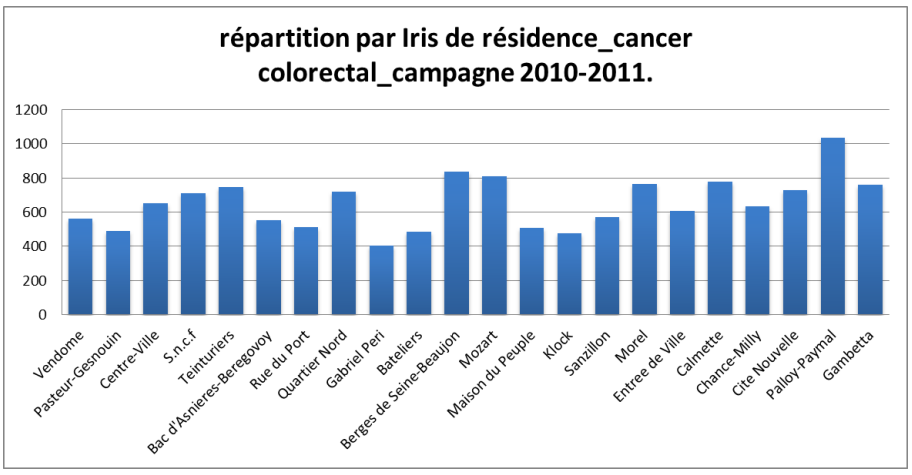
Annexe 12 : Mode d'emploi du test Hémoccul. XVII

<u>Annexe 1 :</u> Présentation du panel de cette étude à partir de la base des individus clichois invité par l'ADK 92 au cours de la campagne 2010-2011.

Nombre total d'individus géocodés : 14 354.

Répartition par sexe des individus géocodés.	
Hommes	53%
Femmes	47%





Sources : Données ADK92_Clichy_2010-2011. Réalisation E. Faure, avril 2012.

Annexe 2 : Coupon réponse d'exclusion au test.

DEPISTAGE DU CANCER COLO-RECTAL DANS LES HAUTS DE SEINE

ADK92 – 10 rue des Carriers - 92000 Nanterre - (Numéro vert : 0800 800 444)

Fiche d'inclusion-exclusion

Code barre PATIENT
(à défaut : compléter très lisiblement)

NOM.....

PRENOM.....

Né(e) le.....

Code barre MEDECIN

Date : ____/____/____

Impératif pour utiliser ce document :
Patient âgé de 50 à 74 ans

Cas où vous ne devez pas remettre le test Hemoccult (exclusion)

- ☐ Test Hemoccult fait il y a moins de 2 ans — **date** : ____/____/____
- ☐ Coloscopie faite il y a moins de 5 ans (normale ou polype non adén^{X}) — **date** : ____/____/____
- ☐ ATCD familial justifiant une exclusion définitive
- ☐ ATCD personnel de cancer colorectal (exclusion définitive)
- ☐ ATCD personnel de polype adénomateux (exclusion définitive)
- ☐ Rectocolite Hémorragique ou maladie de Crohn (exclusion définitive)
- ☐ SIGNES CLINIQUES nécessitant la réalisation d'une coloscopie d'emblée
- ☐ Maladie intercurrente grave (exclusion définitive)
- ☐ REFUS DU PATIENT de réaliser le test (il sera réinvité à 2 ans)

Poids: - - kg

Taille: - m - -

Sinon,

- ☐ **Remise du test Hemoccult (inclusion)**

Annexe 3 : Table de Khi²

	0.10	0.05	0.01	0.001
1	2.706	3.841	6.635	10.828
2	4.605	5.991	9.210	13.816
3	6.251	7.815	11.345	16.266
4	7.779	9.488	13.277	18.467
5	9.236	11.070	15.086	20.515
6	10.645	12.592	16.812	22.458
7	12.017	14.067	18.475	24.322
8	13.362	15.507	20.090	26.124
9	14.684	16.919	21.666	27.877
10	15.987	18.307	23.209	29.588
11	17.275	19.675	24.725	31.264
12	18.549	21.026	26.217	32.909
13	19.812	22.362	27.688	34.528
14	21.064	23.685	29.141	36.123
15	22.307	24.996	30.578	37.697
16	23.542	26.296	32.000	39.252
17	24.769	27.587	33.409	40.790
18	25.989	28.869	34.805	42.312
19	27.204	30.144	36.191	43.820
20	28.412	31.410	37.566	45.315
21	29.615	32.671	38.932	46.797

Source : internet

Annexe 4 : Résultat du test Khi² de la différence de participation au dépistage du cancer colorectal entre Homme et femme.

Observations :

Chi 2 ville	Hommes	Femmes	Total
P	1045	1362	2407
N P	6492	5455	11947
Total	7537	6817	14354

Valeurs théoriques :

Calcul	Hommes	Femmes
P	1263.87	1143.13
N P	6273.13	5673.87

Tableau du chi 2 :

χ	Hommes	Femmes	Total
P	37.9	41.91	79.81
N P	7.64	8.44	16.08
Total	45.54	50.35	95.89

Chi vaut 95.89
Degré de liberté : 1

P : Participant-e-s (en nb d'individus)

N P : Non participant-e-s (en nb d'individus)

Annexe 5 : Résultats du test Khi² de la participation selon l'Iris de résidence des individus, analyse à l'échelle de la ville.

Observations :

Chi 2 IRIS (H et F)	Vendome	Pasteur	Centre-ville	S N C F	Teinturiers	Bac d asnières	Rue du port	Quartiers Nord	Gabriel Péri	Bateliers	Berges de seine	Mozart	Maison du peuple	Klock	Sanzillon	Morel	Entrée de ville	Calmette	Chance Milly	Cité nouvelle	Palloy	Gambetta	Total
P	103	76	100	100	156	74	87	132	69	99	147	157	76	78	99	118	59	124	103	104	189	157	2407
N P	459	415	551	612	590	480	426	587	334	387	691	653	431	399	472	648	549	654	533	627	845	604	11947
Total	562	491	651	712	746	554	513	719	403	486	838	810	507	477	571	766	608	778	636	731	1034	761	14354

Valeurs théoriques :

Calcul	Vendome	Pasteur	Centre-ville	S N C F	Teinturiers	Bac d asnières	Rue du port	Quartiers Nord	Gabriel Péri	Bateliers	Berges de seine	Mozart	Maison du peuple	Klock	Sanzillon	Morel	Entrée de ville	Calmette	Chance Milly	Cité nouvelle	Palloy	Gambetta
P	94.24	82.34	109.17	119.39	125.1	92.9	86.02	120.57	67.58	81.5	140.52	135.83	85.02	79.99	95.75	128.45	101.95	130.46	106.65	122.58	173.39	127.61
N P	467.76	408.66	541.83	592.61	620.9	461.1	426.98	598.43	335.42	404.5	697.48	674.17	421.98	397.01	475.25	637.55	506.05	647.54	529.35	608.42	860.61	633.39

Tableau du chi 2 :

Χ	Vendome	Pasteur	Centre-ville	S N C F	Teinturiers	Bac d asnières	Rue du port	Quartiers Nord	Gabriel Péri	Bateliers	Berges de seine	Mozart	Maison du peuple	Klock	Sanzillon	Morel	Entrée de ville	Calmette	Chance Milly	Cité nouvelle	Palloy	Gambetta	Total
P	0.81	0.49	0.77	3.15	7.63	3.85	0.01	1.08	0.03	3.76	0.3	3.3	0.96	0.05	0.11	0.85	18.09	0.32	0.12	2.82	1.41	6.77	56.68
N P	0.16	0.1	0.16	0.63	1.54	0.77	0	0.22	0.01	0.76	0.06	0.66	0.19	0.01	0.02	0.17	3.65	0.06	0.03	0.57	0.28	1.36	11.41
Total	0.97	0.59	0.93	3.78	9.17	4.62	0.01	1.3	0.04	4.52	0.36	3.96	1.15	0.06	0.13	1.02	21.74	0.38	0.15	3.39	1.69	8.13	68.09

Chi vaut 68.09
Degré de liberté : 21

P : Participant-e-s (en nb d'individus)

N P : Non participant-e-s (en nb d'individus)

Annexe 6 : Résultats du test Khi² pour la participation féminisme au dépistage du cancer colorectal, analyse à l'échelle de la ville.

Observations :

Chi femmes	Vendome	Pasteur	centre-ville	S N C F	teinturiers	Bac d asnières	Rue du port	Quartier Nord	Gabriel Péri	bateliers	berges de seine	Mozart	Maison du peuple	Klock	Sanzillon	Morel	Entrée de ville	Calmette	Chance Milly	Cité nouvelle	Palloy	Gambetta	Total
P	63	41	52	53	85	42	49	80	35	52	90	89	37	43	58	64	30	69	58	66	111	95	1362
N P	217	185	214	256	306	151	206	307	167	205	347	327	194	178	240	268	149	280	229	282	418	329	5455
Total	280	226	266	309	391	193	255	387	202	257	437	416	231	221	298	332	179	349	287	348	529	424	6817

Valeurs théoriques :

Calcul	Vendome	Pasteur	centre-ville	S N C F	teinturiers	Bac d asnières	Rue du port	Quartier Nord	Gabriel Péri	bateliers	berges de seine	Mozart	Maison du peuple	Klock	Sanzillon	Morel	Entrée de ville	Calmette	Chance Milly	Cité nouvelle	Palloy	Gambetta
P	55.94	45.15	53.15	61.74	78.12	38.56	50.95	77.32	40.36	51.35	87.31	83.11	46.15	44.15	59.54	66.33	35.76	69.73	57.34	69.53	105.69	84.71
N P	224.06	180.85	212.85	247.26	312.88	154.44	204.05	309.68	161.64	205.65	349.69	332.89	184.85	176.85	238.46	265.67	143.24	279.27	229.66	278.47	423.31	339.29

Tableau du chi 2 :

χ	Vendome	Pasteur	centre-ville	S N C F	teinturiers	Bac d asnières	Rue du port	Quartier Nord	Gabriel Péri	bateliers	berges de seine	Mozart	Maison du peuple	Klock	Sanzillon	Morel	Entrée de ville	Calmette	Chance Milly	Cité nouvelle	Palloy	Gambetta	Total
P	0.89	0.38	0.02	1.24	0.61	0.31	0.07	0.09	0.71	0.01	0.08	0.42	1.81	0.03	0.04	0.08	0.93	0.01	0.01	0.18	0.27	1.25	9.44
N P	0.22	0.1	0.01	0.31	0.15	0.08	0.02	0.02	0.18	0	0.02	0.1	0.45	0.01	0.01	0.02	0.23	0	0	0.04	0.07	0.31	2.35
Total	1.11	0.48	0.03	1.55	0.76	0.39	0.09	0.11	0.89	0.01	0.1	0.52	2.26	0.04	0.05	0.1	1.16	0.01	0.01	0.22	0.34	1.56	11.79

Chi vaut 11.79
Degré de liberté : 21

P : Participant-e-s (en nb d'individus)

N P : Non participant-e-s (en nb d'individus)

Annexe 7 : Résultats du test Khi² de la participation féminine au dépistage du cancer colorectal, comparaisons entre Iris.

Observations :

Titre	Gambetta_F	Entrée de ville	Total
P	95	30	125
N P	329	149	478
Total	424	179	603

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	Entrée de ville
P	87.894	37.106
N P	336.106	141.894

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	Entrée de ville	Total
P	0.575	1.361	1.936
N P	0.15	0.356	0.506
Total	0.725	1.717	2.442

Chi vaut 2.442
Degré de liberté : 1

Observations :

Titre	Gambetta_F	Maison du peuple	Total
P	95	37	132
N P	329	194	523
Total	424	231	655

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	Maison du peuple
P	85.447	46.553
N P	338.553	184.447

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	Maison du peuple	Total
P	1.068	1.96	3.028
N P	0.27	0.495	0.765
Total	1.338	2.455	3.793

Chi vaut 3.793
Degré de liberté : 1

Observations :

Titre	Gambetta_F	Sncf_F	Total
P	95	53	148
N P	329	256	585
Total	424	309	733

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	Sncf_F
P	85.61	62.39
N P	338.39	246.61

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	Sncf_F	Total
P	1.03	1.413	2.443
N P	0.261	0.358	0.619
Total	1.291	1.771	3.062

Chi vaut 3.062
Degré de liberté : 1

Observations :

Titre	Gambetta_F	Vendome_F	Total
P	95	63	158
N P	329	217	546
Total	424	280	704

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	Vendome_F
P	95.159	62.841
N P	328.841	217.159

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	Vendome_F	Total
P	0	0	0
N P	0	0	0
Total	0	0	0

Chi vaut 0
Degré de liberté : 1

Observations :

Titre	Gambetta_F	Pasteur_F	Total
P	95	41	136
N P	329	185	514
Total	424	226	650

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	Pasteur_F
P	88.714	47.286
N P	335.286	178.714

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	Pasteur_F	Total
P	0.445	0.836	1.281
N P	0.118	0.221	0.339
Total	0.563	1.057	1.62

Chi vaut 1.62
Degré de liberté : 1

Observations :

Titre	Gambetta_F	Centre ville	Total
P	95	52	147
N P	329	214	543
Total	424	266	690

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	Centre ville
P	90.33	56.67
N P	333.67	209.33

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	Centre ville	Total
P	0.241	0.385	0.626
N P	0.065	0.104	0.169
Total	0.306	0.489	0.795

Chi vaut 0.795
Degré de liberté : 1

Observations :

Titre	Gambetta_F	Teinturiers_F	Total
P	95	85	180
N P	329	306	635
Total	424	391	815

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	Teinturiers_F
P	93.644	86.356
N P	330.356	304.644

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	Teinturiers_F	Total
P	0.02	0.021	0.041
N P	0.006	0.006	0.012
Total	0.026	0.027	0.053

Chi vaut 0.053
Degré de liberté : 1

Observations :

Titre	Gambetta_F	Bac Asnieres	Total
P	95	42	137
N P	329	151	480
Total	424	193	617

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	Bac Asnieres
P	94.146	42.854
N P	329.854	150.146

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	Bac Asnieres	Total
P	0.008	0.017	0.025
N P	0.002	0.005	0.007
Total	0.01	0.022	0.032

Chi vaut 0.032
Degré de liberté : 1

Observations :

Titre	Gambetta_F	Rue du port_F	Total
P	95	49	144
N P	329	206	535
Total	424	255	679

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	Rue du port_F
P	89.92	54.08
N P	334.08	200.92

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	Rue du port_F	Total
P	0.287	0.477	0.764
N P	0.077	0.128	0.205
Total	0.364	0.605	0.969

Chi vaut 0.969
Degré de liberté : 1

Observations :

Titre	Gambetta_F	Q Nord_F	Total
P	95	80	175
N P	329	307	636
Total	424	387	811

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	Q Nord_F
P	91.492	83.508
N P	332.508	303.492

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	Q Nord_F	Total
P	0.135	0.147	0.282
N P	0.037	0.041	0.078
Total	0.172	0.188	0.36

Chi vaut 0.36
Degré de liberté : 1

Observations :

Titre	Gambetta_F	G Péri_F	Total
P	95	35	130
N P	329	167	496
Total	424	202	626

Valeurs théoriques :

Calcul	Gambetta_F	G Péri_F
P	88.051	41.949
N P	335.949	160.051

Tableau du chi 2 :

χ	Gambetta_F	G Péri_F	Total
P	0.548	1.151	1.699
N P	0.144	0.302	0.446
Total	0.692	1.453	2.145

Chi vaut 2.145
Degré de liberté : 1

P : Participant-e-s (en nb d'individus)

N P : Non participant-e-s (en nb d'individus)

Annexe 8 : Résultats du test Khi² de la participation des hommes au dépistage du cancer colorectal, analyse à l'échelle de la ville.

Observations :

Chi 2 Hommes	Vendome	Pasteur	Centre-ville	S N C F	Teinturiers	Bac d asnières	Rue du port	Quartiers Nord	Gabriel Péri	Bateliers	Berges de seine	Mozart	Maison du peuple	Klock	Sanzillon	Morel	Entrée de ville	Calmette	Chance Milly	Cité nouvelle	Palloy	Gambetta	Total
P	40	35	48	47	71	32	38	52	34	47	57	68	39	35	41	54	29	55	45	38	78	62	1045
N P	242	230	337	356	284	329	220	280	167	182	344	326	237	221	232	380	400	374	304	345	427	275	6492
Total	282	265	385	403	355	361	258	332	201	229	401	394	276	256	273	434	429	429	349	383	505	337	7537

Valeurs théoriques :

Calcul	Vendome	Pasteur	Centre-ville	S N C F	Teinturiers	Bac d asnières	Rue du port	Quartiers Nord	Gabriel Péri	Bateliers	Berges de seine	Mozart	Maison du peuple	Klock	Sanzillon	Morel	Entrée de ville	Calmette	Chance Milly	Cité nouvelle	Palloy	Gambetta
P	39.1	36.74	53.38	55.88	49.22	50.05	35.77	46.03	27.87	31.75	55.6	54.63	38.27	35.49	37.85	60.17	59.48	59.48	48.39	53.1	70.02	46.72
N P	242.9	228.26	331.62	347.12	305.78	310.95	222.23	285.97	173.13	197.25	345.4	339.37	237.73	220.51	235.15	373.83	369.52	369.52	300.61	329.9	434.98	290.28

Tableau du chi 2 :

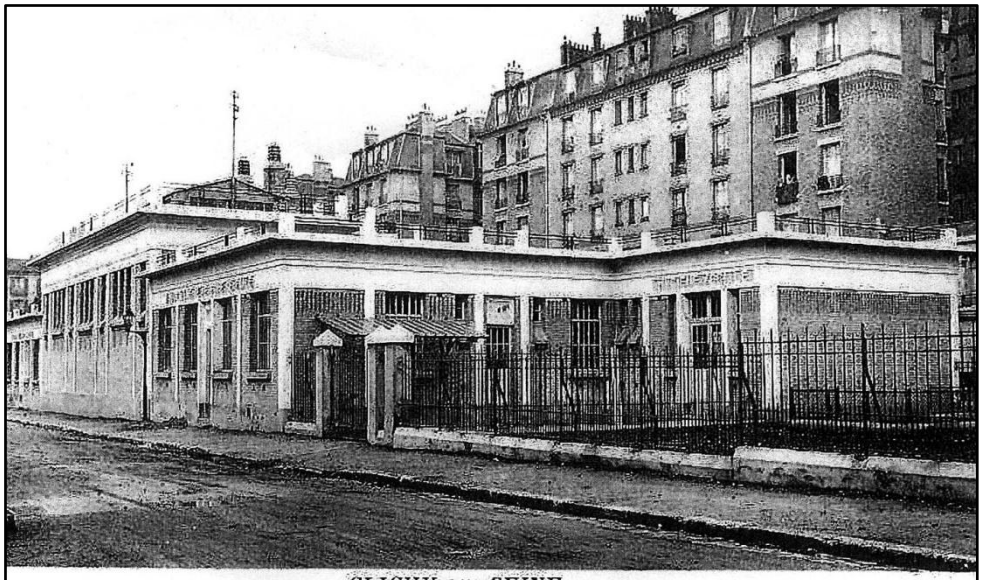
χ	Vendome	Pasteur	Centre-ville	S N C F	Teinturiers	Bac d asnières	Rue du port	Quartiers Nord	Gabriel Péri	Bateliers	Berges de seine	Mozart	Maison du peuple	Klock	Sanzillon	Morel	Entrée de ville	Calmette	Chance Milly	Cité nouvelle	Palloy	Gambetta	Total
P	0.02	0.08	0.54	1.41	9.64	6.51	0.14	0.77	1.35	7.32	0.04	3.27	0.01	0.01	0.26	0.63	15.62	0.34	0.24	4.29	0.91	5	58.4
N P	0	0.01	0.09	0.23	1.55	1.05	0.02	0.12	0.22	1.18	0.01	0.53	0	0	0.04	0.1	2.51	0.05	0.04	0.69	0.15	0.8	9.39
Total	0.02	0.09	0.63	1.64	11.19	7.56	0.16	0.89	1.57	8.5	0.05	3.8	0.01	0.01	0.3	0.73	18.13	0.39	0.28	4.98	1.06	5.8	67.79

Chi vaut 67.79
Degré de liberté : 21

P : Participant-e-s (en nb d'individus)

N P : Non participant-e-s (en nb d'individus)

Annexe 9 : Bref historique du dispensaire devenu centre municipal de santé Marc Chagall.



CLICHY-sur-SEINE
Dispensaire et Services d'Hygiène et d'Assistance Sociale, rue Simonneau
Centre de lutte ardente contre les misères et les fléaux sociaux.
Réalisation du Conseil Municipal 1925-1929.

En janvier 1929, un dispensaire d'hygiène sociale ouvre ses portes à Clichy avec pour objectifs la prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles, la tuberculose et l'éthylisme (alcoolisme). Le médecin directeur du centre est également le directeur du bureau d'hygiène de la ville de Clichy. Très impliqué dans la vie locale il tient une chronique médicale dans le journal municipal Prolétaire de Clichy. Le Dr Destouches, plus connu sous le pseudonyme de Céline, assure des vacations au dispensaire à la même époque. Après la Seconde Guerre Mondiale, la prévention s'étend au secteur maternel et petite enfance en créant la PMI (Protection maternelle Infantile). Quelques années plus tard, le dispensaire n'a plus seulement un rôle de prévention, il propose des consultations à but curatif et des soins infirmiers. La pluridisciplinarité et l'accès aux soins pour tous sont les nouvelles priorités. En 1989 les locaux sont agrandis et modernisés. L'entrée historique du 10 rue Fanny devient celle de la PMI puis du centre de planification familial, l'entrée principale du CMS est au 3 rue Simonneau. En souvenir de l'artiste fréquentant le dispensaire, le centre de santé est appelé Centre Municipal de Santé Marc Chagall. En 1995, suite à un diagnostic social sur le quartier du Bac d'Asnières, une annexe au centre municipal de santé, la Maison du Bac, est créée. Cette petite structure offre un meilleur accès aux soins de la population de ce quartier excentré, isolé et dépourvu de tout professionnel et service de santé.

Annexe 10 : Questionnaire population

Questionnaire : le dépistage du cancer colorectal à Clichy (92).

Votre ville et votre quartier

1. Depuis combien de temps habitez-vous à Clichy ?

……

2. Quel nom donnez-vous à votre quartier de résidence ?

……

3. Etes-vous content(e) d'habiter à Clichy et dans ce quartier ?

☐ Oui ☐ Non

4. Pourquoi ?

……
……
……

Les hommes et les femmes et la santé

5. Selon vous qu'est-ce qu'être en « bonne santé » ?

……
……
……
……

6. Que faite vous, dans votre vie quotidienne, pour « rester en bonne santé » ?

……
……

7. Laquelle de ces proposition vous semble juste :

☐ Les femmes font davantage attention à leur santé.
☐ Les hommes font davantage attention à leur santé.
☐ Il n'y a pas de différence entre hommes et femmes à ce sujet.

8. D'après vous pourquoi ?

……
……

Les cancers

Si vous êtes une femme :

9. Avez-vous déjà réalisé une mammographie dans le cadre d'un dépistage du cancer du sein ?

☐ Oui ☐ Non

10. Si non : pourquoi ?

……
……

Si vous êtes un homme :

11. Vous êtes-vous déjà fait dépister le cancer de la prostate ?

Oui ☐ Non ☐

Pour les deux sexes

12. A quoi vous fait penser le mot **cancer** ? (mots et/ou images auxquels vous pensez)

……

……

……

13. Pensez-vous que le cancer colorectal soit une maladie (ne cocher qu'une seule case par paragraphe, merci) :

☐ Qui aujourd'hui n'est plus mortelle
☐ Dont la gravité dépend du moment auquel elle est diagnostiquée
☐ Incurable (toujours mortelle)

☐ Une maladie d'homme
☐ Une maladie de femme
☐ Une maladie qui affecte les deux sexes

☐ Je n'ai jamais entendu parler de ce cancer

Le dépistage du cancer colorectal :

14. Pensez-vous être concerné par le dépistage du cancer colorectal ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

15. Avez-vous déjà entendu parler du test Hémoccult (ou de recherche de sang dans les selles) qui permet de dépister un éventuel cancer colorectal ?

☐ Oui ☐ Non

16. Selon vous ce test est destiné :

☐Aux femmes ☐ Aux hommes ☐ Aux deux sexes

17. Pensez-vous qu'il soit recommandé de se faire dépister :

☐ Tous les ans ☐ Tous les 2 ans

☐ Tous les 5 ans ☐ Ne sais pas

18. Avez-vous déjà reçus la lettre d'invitation au dépistage du cancer colorectal envoyée par l'ADK92 ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne me souviens plus

19. Avez-vous déjà réalisé le Test Hémoccult ?

☐ Oui ☐ Non

20. Si oui : qu'avez-vous pensé de ce test ? (est-il désagréable, dégoutant, facile, compliqué,… ?)

……

……

21. Si non : pourquoi ne pas l'avoir fait ?

……

……

22. Avez-vous déjà fait d'autres types d'examens permettant de dépister un cancer colorectal? Si oui lesquels et pourquoi ?

……

……

Parler du cancer colorectal

23. Avez-vous déjà parlé du dépistage du cancer colorectal avec une de ces personnes :

☐ Votre conjoint/conjointe ☐Un(e) ami(e)

☐ Votre fille/fils ☐Un(e) collègue

☐ Votre médecin généraliste ☐Autres :……

☐ Vous n'en n'avez jamais parlé avec votre entourage

24. Avez-vous déjà vu des publicités dans la rue, à la TV, ou entendu des messages à la radio sur le dépistage du cancer colorectal ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se souviens plus

25. Si oui : lesquels ? Qu'en avez-vous pensé ?

……

……

<u>Informations générales</u>

26. Quel âge avez-vous ? ……ans

27. Etes-vous :

☐ Un homme ☐ Une femme

28. Dans quelle ville êtes-vous né ?

……

29. Etes-vous actuellement :

☐ Célibataire ☐ Marié(e)/pacsé(e) ou en concubinage

☐ Divorcé(e) ☐ Veuf/veuve

30. Quel est (ou a été) votre profession ?

……

31. Actuellement travaillez-vous :

☐ A temps plein ☐ A temps partiel Actuellement sans activité Retraité

32. Quel est le dernier diplôme que vous ayez obtenu ?

☐ Sans diplôme ☐ CAP ou BEP

☐ BAC ☐ BTS ou DUT

☐ Licence Maitrise

☐ DESS ☐ Supérieur à bac + 5

Je vous remercie d'avoir participé à cette enquête.

Si vous souhaitez en savoir plus sur <u>le cancer colorectal</u> et son <u>dépistage</u> n'hésitez pas à en parler à <u>votre médecin,</u> ou bien contactez <u>l'association ADK 92</u> au numéro suivant :

N° Vert 0 800 800 444

Annexe 11 : Trame d'entretien médecins généralistes.

Trame entretien : médecins généralistes, cancer colorectal et dépistage à Clichy-la-Garenne (92).

Vous êtes un acteur clé de la campagne de dépistage du cancer colorectal c'est pourquoi je me tourne vers vous afin d'obtenir des informations essentielles à mon étude. Je suis étudiante en master recherche de géographie de la santé et stagiaire au sein de la direction de la santé de la ville de Clichy en partenariat avec l'association ADK 92. L'objet de ce stage est le suivant : identifier les freins et les leviers au dépistage du cancer colorectal des hommes et des femmes habitant Clichy. Ce questionnaire ne vous prendra ***qu'une dizaine de minutes****.*

Données contextuelles

1. Quel âge avez-vous ?

2. Etes-vous ? ☐Une femme ☐ Un homme

3. Dans quel quartier est situé votre cabinet ?

4. Depuis combien de temps exercez-vous à Clichy ?

5. Quel est votre secteur conventionnel ?

Secteur 1 ☐ Secteur 2 ☐ Non conventionné ☐

Le cancer colorectal et son dépistage

6. Estimez-vous que vos patient(e)s connaissent l'existence du dépistage du cancer colorectal ?

☐ Oui, très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐Non, jamais

7. Avez-vous pu constater une différence entre les hommes et les femmes à ce sujet ? (les femmes sont-elles plus informées, ou bien au contraire les hommes sont-ils davantage sensibilisés ?)

☐Oui ☐Non

8. Si oui lequel des deux sexes vous semble le plus informé et sensible à ce dépistage ?

☐ Homme ☐Femme

9. Avez-vous constaté d'autres différences (entres types de populations, les tranches d'âge,…) ?

10. Abordez-vous systématiquement le sujet du dépistage du cancer colorectal avec vos patient(e)s dès leurs 50 ans, ou bien cela se fait-il dans le cadre du dépistage organisé (une fois qu'ils/elles vous apportent la lettre d'invitation) ? Pourquoi ?

11. Distribuez-vous des tests *Hémoccult* à vos patient(e)s ?

☐ Oui ☐Non

12. Si oui, combien en distribuez-vous en moyenne par mois, ou par an ?

13. Alors qu'il leur ait recommandé de le faire, certain(e)s patient(e)s sont-ils/elles réticent(e)s à l'idée de faire ce test ?

☐ Oui ☐Non

14. Avez-vous constatez une différence entre hommes et femmes à ce sujet ?

☐Oui ☐ Non

15. Si oui laquelle ou lesquelles ? Ou bien d'autres types de différences (selon l'âge, l'origine sociale, ... du patient).

16. Quels sont les motifs les plus souvent évoqués par vos patient(e)s réticent(e)s? D'après vous à quoi cela est-il dû ?

17. Estimez-vous qu'il soit facile de parler de cette pathologie et de son dépistage avec vos patient(e)s ?

☐ Oui ☐ Non

18. Que pensez-vous des recommandations nationales concernant le dépistage organisé du cancer colorectal (invitation de tous les individus entre 50 et 74 ans, test Hémoccult, répétition du test tous les deux ans, …) ?

19. Que pensez-vous du test *Hémoccult* (efficacité, fiabilité, aspect pratique,…) ?

20. Avez-vous déjà entendu parler de la campagne « **Mars Bleu** » ?

☐ Oui ☐ Non

21. Que pensez-vous de cette campagne (utile, visible, peu relayée, confuse,…) ?

22. Des affiches ou des dépliants concernant ce cancer et son dépistage sont-ils à disposition de vos patient(e)s ? ☐ Oui ☐ Non

23. Si non, pourquoi ?

24. Si le Test est positif une coloscopie est prescrite, vers quels hôpitaux et/ou cabinet orientez-vous vos patient(e)s ? Pourquoi ?

Si vous avez 50 ans ou plus :

Vous êtes-vous aussi concerné par le test de dépistage du cancer colorectal, c'est pourquoi ces questions vous sont directement destinées, en tant qu'individu de plus de 50 ans et non en tant que médecin.

25. Réalisez-vous le test Hémoccult tous les deux ans ?

☐ Oui ☐ Non

26. Pourquoi ?

Remarque(s) supplémentaire(s) :

……
……
……
……
……

Je vous remercie d'avoir participé à cette enquête, contribuant ainsi à l'amélioration de la compréhension des déterminants du recours au dépistage du cancer colorectal.

Annexe 12 : Mode d'emploi du test Hémoccult.

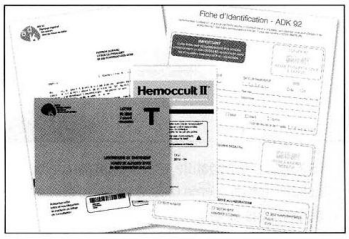
INSTITUT NATIONAL DU CANCER

ADK 92
Dépistage organisé
des cancers
dans les Hauts-de-Seine
N° Vert 0 800 800 444

MODE D'EMPLOI DU TEST HEMOCCULT®

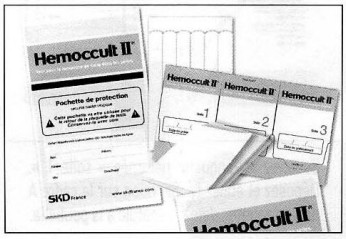
Aucun régime alimentaire n'est nécessaire (sauf boudin à éviter).
Vous pouvez continuer à prendre vos médicaments habituels (sauf Fer et Vitamine C).
Pour les femmes, ne pas réaliser ce test en période de règles.

Vous venez de recevoir ce test, faites-le rapidement.
Avant de le faire, il est recommandé de bien lire le mode d'emploi en entier.
Pour toutes questions, n'hésitez pas à appeler le centre de coordination ADK 92 au 0800 800 444 (numéro vert).

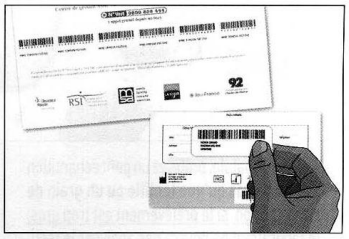


Rassemblez la lettre d'invitation* avec **ses étiquettes code à barres** autocollantes, la pochette Hémoccult®, la fiche d'identification et l'enveloppe T marron.

*Si vous ne l'avez pas reçue, appelez ADK 92 au 0800 800 444

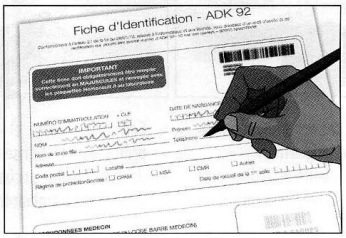


Ouvrez la pochette Hémoccult®. Elle contient une pochette de protection, une plaquette avec 3 volets, 6 spatules et 3 dispositifs de recueil des selles.

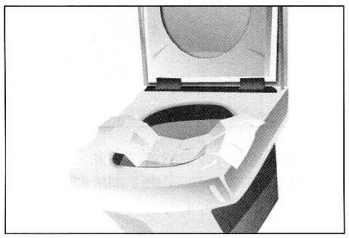


Très important !
Collez une étiquette code à barres sur la face arrière de la plaquette.

Collez une autre étiquette code à barres sur la pochette de protection à l'emplacement prévu.

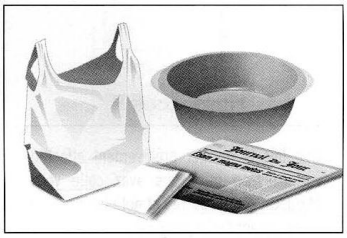


Collez encore une autre étiquette code à barres sur la fiche d'identification.
Indiquez les coordonnées de votre médecin traitant s'il n'a pas collé sa propre étiquette.



Utilisez le dispositif de recueil des selles (matières fécales) fourni. Fixez-le sur la partie arrière de la cuvette des WC en le coinçant sous la lunette.

Attention : Pour garantir l'efficacité du test, la selle ne doit pas entrer en contact avec du liquide (eau, urine, javel).



Vous pouvez aussi utiliser un récipient propre et sec : sac plastique, cuvette, papier journal, etc.

Page 1

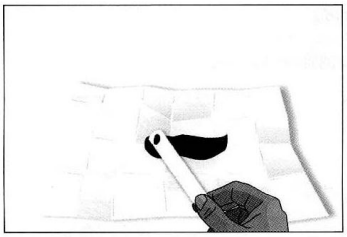
Sources : ADK 92

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

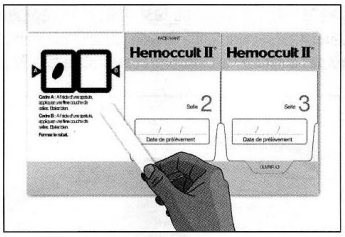
ADK 92
Dépistage organisé
des cancers
dans les Hauts-de-Seine
N° Vert 0 800 800 444

Pour tout renseignement, appelez ADK 92 au 0800 800 444 (numéro vert)

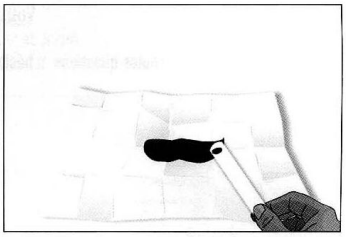
ATTENTION : Le délai entre le 1er et le 3ème prélèvement ne doit pas dépasser 9 jours
(n'oubliez pas d'écrire la date des prélèvements sur la plaquette)



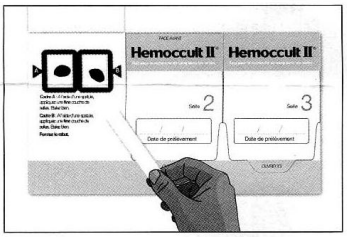
Avec une spatule, prélevez un petit échantillon **pas plus gros qu'une lentille ou un grain de riz** (attention, si le prélèvement est trop gros, le laboratoire ne pourra pas analyser le test).



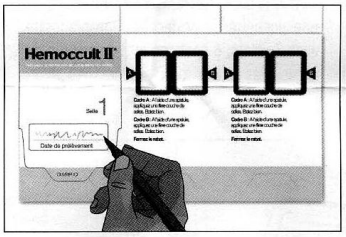
Soulevez la languette nommée « selle 1 ». Déposez et étalez l'échantillon sur le cadre A de la plaquette. Jetez la spatule à la poubelle.



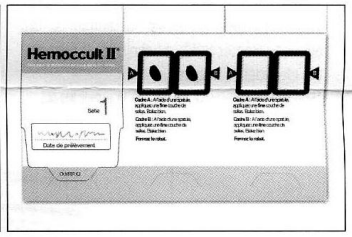
Avec une autre spatule, prélevez un deuxième échantillon de même taille à un autre endroit de la même selle.



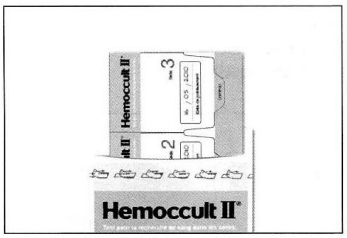
Appliquez puis étalez cet échantillon sur le cadre B, sous la même languette.
Jetez la spatule à la poubelle et le dispositif de recueil des selles directement dans les WC.



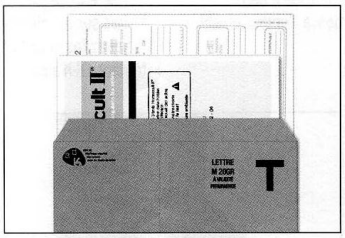
Fermez le volet et indiquez la **date de prélèvement**. Conservez la plaquette en dehors de la pochette de protection à température ambiante, jusqu'à l'expédition.



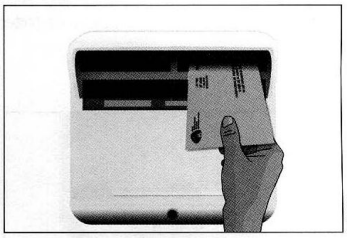
Cette opération est à réaliser sur 3 selles consécutives. Chaque prélèvement doit être réalisé avec une nouvelle spatule. Si vous allez à la selle en oubliant d'effectuer un prélèvement, vous pouvez le faire sur la selle suivante.



Une fois le dernier prélèvement effectué, vérifiez bien que vous avez collé votre étiquette code à barres et noté les dates de prélèvement sur la plaquette.
Placez-la ensuite dans la pochette de protection que vous fermerez.



Placez la pochette de protection fermée et la fiche d'identification dans l'enveloppe T marron.



Août 2010

Postez l'enveloppe sans affranchir.
Vous recevrez les résultats à votre domicile.

Retrouvez le mode d'emploi animé sur le site www.e-cancer.fr, rubrique information sur les cancers.

Page 2

Sources : ADK 92

Résumé :

Ce travail de recherche propose de mettre en perspective les rapports entre genre, territoires et santé au travers de l'analyse du recours au dépistage du cancer colorectal à Clichy-la-Garenne (92). Il s'agit d'une part d'identifier des processus à l'origine d'inégalités de recours à ce programme de santé publique, et d'autre part, de questionner l'intérêt de la mobilisation du concept de *genre* en géographie de la santé.

Ce mémoire est l'aboutissement d'une analyse multi-scalaire des taux de participation, des comportements de recours et des trajectoires de soins des Clichois et Clichoises invités au dépistage du cancer colorectal au cours de la campagne 2010-2011. Les données quantitatives ayant permis d'évaluer la participation ont été fournies par l'ADK 92. Enfin un travail de terrain, réalisé dans le cadre d'un stage à la direction de la santé de la ville de Clichy-la-Garenne, a permis de récolter les matériaux qualitatifs complémentaires. Il apparait que les inégalités d'accès au dépistage du cancer colorectal résultent de processus complexes. Facteurs socio-économiques et démographiques, dynamiques territoriales, organisation du système de soins, représentations sociales du territoire et du fait de santé, mais également constructions spatio-genrées de santé doivent être pris en compte. Cette recherche exploratoire met en valeur le rôle des questions de genre dans l'analyse des inégalités de santé. Ce mémoire interroge plus qu'il n'apporte de réponses, c'est pourquoi il confirme l'intérêt de la poursuite de travaux interrogeant les *constructions spatio-genrée* de santé.

Mots clés : territoire(s), genre, dépistage du cancer colorectal, géographie de la santé, inégalités.

Abstract :

The aim of this article is to explore the links relating gender, territories and health, through the analysis of colorectal cancer screening in Clichy-la-Garenne (A few miles North-West of Paris). The first step consists in identifying the factors on which the inequalities of access to this program rely. The second step explores the validity of the concept of gender in the context of health geography.

This case study is the result of a multi-scale analysis of the inhabitants of Clichy-la-Garenne targeted by the 2010-2011 colorectal cancer screening campaign. This analysis concentrated on the participation rate, behaviours and paths of care of the inhabitants. The quantitative data come from the ADK 92. Finally, additional qualitative material has been collected in the context of an internship carried out within the health department of the municipality of Clichy-la-Garenne. The inequalities with respect to colorectal cancer screening access appear to result from complex processes. Socio-economic and demographic factors, territorial dynamics, health system design, social representations of the territory and of health facts; but spatial-gendered constructs must also be taken into account. This exploratory research highlights the role of gender-related issues in the analysis of health inequalities. This work is more interrogative than conclusive. It therefore confirms the interest of spatial-gendered constructs in health-related research fields.

Keywords: territory(ies), gender, colorectal cancer screening, health geography, inequalities.