



**HAL**  
open science

# Quartiers et santé dans l'agglomération havraise : la dimension locale des pratiques de soins

Anaïs Dubreuil

► **To cite this version:**

Anaïs Dubreuil. Quartiers et santé dans l'agglomération havraise : la dimension locale des pratiques de soins. Géographie. 2012. dumas-04074220

**HAL Id: dumas-04074220**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04074220>**

Submitted on 19 Apr 2023

**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.

# Quartiers et santé dans l'agglomération havraise : la dimension locale des pratiques de soins

**Anaïs DUBREUIL**

Master 1 - Géographie de la santé



Soutenu le 12 septembre 2012

Devant le jury composé de :

- Zoé VAILLANT, Maîtresse de conférences, Université Paris Ouest Nanterre La Défense
- Audrey BOCHATON, Maîtresse de conférences, Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Tutrice de stage :

Maud HARANG CISSE, chargée de mission CODAH

## REMERCIEMENTS

Pour cette première expérience de recherche, je désire remercier ma directrice de mémoire Zoé Vaillant qui, malgré un emploi du temps chargé, m'a accordée de son temps afin de m'aider à dénouer les blocages auxquels j'étais confrontée et ainsi progresser dans ma démarche grâce à des conseils avisés.

Il m'est difficile de trouver les mots justes pour remercier ma tutrice de stage, Mme Maud Harang Cisse tant son aide et sa bonne humeur m'auront été précieuses. Pour le soutien et la confiance qu'elle m'a accordée, pour son implication au quotidien et sa disponibilité pendant et après mon stage, pour ses habiles relectures et les moments moins studieux que nous avons partagés, je tiens très sincèrement à la remercier.

Bien entendu, j'adresse mes remerciements au service Santé Hygiène Environnement de la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH), dirigé par le Docteur DEMARE Agnès : plus spécifiquement à l'équipe du secrétariat qui a grandement facilité mes missions, aux chefs de projet et aux animateurs pour nos échanges professionnels, à l'équipe de direction pour leur encadrement et leurs conseils. Je les remercie tous pour leur accueil et leur gentillesse. J'ai passé d'agréables moments, teintés de rires et de discussions complices.

Je remercie également les personnes de l'Agence d'Urbanisme de la Région du Havre et de l'Estuaire de la Seine (AURH) que j'ai pu côtoyer, pour leur aide ponctuelle mais souvent essentielle, les instants plaisants partagés, et le partage du bureau en face de ma tutrice chaque mercredi.

Nombreux ont été celles et ceux que j'ai rencontrés pendant mon travail de terrain. L'intérêt que chacun a porté à mon sujet en m'accordant du temps m'a touchée. Certains se sont particulièrement impliqués comme ce fut le cas pour Mme Sandrine VAUTIER et M. Marc DERISBOURG. Je tiens tous à les en remercier chaleureusement.

Mes derniers remerciements s'adressent à ma famille, avec une pensée particulière à ma mère pour ses heures de relecture à la recherche des fautes d'orthographe et pour sa persévérance sachant les liens si peu amicaux qui la lient à son ordinateur.

# SOMMAIRE GÉNÉRAL

Remerciements .....	2
Sommaire général .....	3
Introduction générale .....	4
<b>PARTIE 1 - ELEMENTS DE CADRAGE .....</b>	<b>6</b>
<b>CHAPITRE 1 - <i>D'un thème à l'élaboration d'un sujet de recherche</i> .....</b>	<b>8</b>
I - Le recours aux soins, une notion complexe et multiforme	
II - Le recours aux soins vers des professionnels de santé de proximité	
III - Les territoires d'étude	
IV - L'approche territoriale du recours aux soins	
<b>CHAPITRE 2 - <i>Méthodologie</i> .....</b>	<b>21</b>
I - Recherches préliminaires	
II - S'infiltrer dans les quartiers	
<b>PARTIE 2 - LOGIQUES DE RECOURS ET CADRES DE VIE, UNE ARTICULATION SINGULIERE... 28</b>	
<b>CHAPITRE 3 - <i>Le quartier, forme spatiale, forme sociale</i> .....</b>	<b>29</b>
I - Héritages et constructions des quartiers	
II - Le quartier, l'appartenance entre fierté et désaveu	
III - Pauvreté et exclusion	
<b>CHAPITRE 4 - <i>L'ambivalence des regards sur le quartier, des représentations aux vécus</i> .....</b>	<b>60</b>
I - La perception de l'extérieur : entre attrait et stigmatisation	
II - L'expérience du quotidien : des sentiments contradictoires	
<b>CHAPITRE 5 - <i>Initiatives et projets, maintenir la cohésion sociale</i> .....</b>	<b>68</b>
I - Des projets de territoire structurants	
II - Le travail sur-mesure des structures associatives	
III - Les habitants entre solidarités et tensions	
<b>CHAPITRE 6 - <i>Soigner et se soigner, décrypter les pratiques locales</i> .....</b>	<b>85</b>
I - Soutiens de proximité et offre de santé, une alliance salutaire	
II - Des pratiques de recours différenciées	
III - La réalité des professionnels de santé	
Conclusion générale .....	103
Annexes .....	106
Bibliographie .....	121
Table des illustrations .....	126
Résumé .....	129

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Afin de répondre à ses missions de santé publique, la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) souhaite approfondir ses connaissances sur la question de l'accès aux soins sur son territoire. Ainsi, elle a engagé entre 2008 et 2010 un travail de diagnostic. Cet outil de planification, tourné vers l'action, vise l'amélioration des connaissances de la situation sanitaire locale, tout en identifiant les problèmes de santé, les ressources disponibles et les besoins de la population. Ces travaux ont révélé d'importantes disparités sur le territoire infra-communautaire, notamment en termes de consommations de soins. Souhaitant comprendre pour agir sur ces disparités de santé, la CODAH aimerait identifier les facteurs du recours ou du renoncement aux soins sur son territoire. Une seconde étude a donc été engagée afin de faire émerger les freins et les facilitateurs du recours aux soins. C'est l'objet de mon travail de recherche présenté dans ce document et réalisé dans le cadre d'un stage de six mois au sein de cette collectivité. Sur le territoire de l'agglomération havraise, il n'existe pas d'indicateurs permettant de mesurer le renoncement aux soins. Cependant, les données sur le recours ou plus précisément sur les consommations de soins médicaux dans les communes de la CODAH et les grands quartiers du Havre sont connues. Le territoire apparaît en effet très hétérogène car les consommations varient du simple au double. L'intérêt de cette étude était double. Premièrement, il s'agit d'apporter des éléments de compréhension aux différences de consommation de soins médicaux et deuxièmement de comprendre des logiques de recours et de renoncement aux soins.

Les notions de recours et de renoncement aux soins sont largement documentées, faisant l'objet de nombreuses publications depuis ces dernières années. En 2008, en France, 15% des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois [IRDES, 2011]. Les renoncements sont souvent concentrés sur des soins spécifiques, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge du ménage sont les plus importantes. Ainsi, 47% des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18% l'optique et 12% les soins de spécialistes. L'obstacle financier paraît dissuasif, d'autant plus lorsque l'individu ne bénéficie d'aucune couverture complémentaire [DREES, 2012]. Reporter des soins peut contribuer à accentuer la maladie, cela réduit inévitablement les chances de guérison rapide et augmente la durée et le coût du traitement pour le patient d'où l'intérêt d'être soigné à temps.

D'un premier abord, les notions de recours et de renoncement pourraient se rapprocher davantage d'une vision médicale de la santé, puisque s'intéressant au domaine curatif. Néanmoins, dans les recherches publiées, la santé se détache peu à peu du domaine purement médical, comme l'exprime l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946, en la décrivant comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Si le bien-être n'est pas synonyme d'absence de maladie, par quoi est-il déterminé ? La santé se décline à travers les

conditions d'existence des individus : se nourrir, s'instruire, se loger, travailler, se déplacer, se soigner [Amat-Roze, 2011]. Toutes ces dimensions, prises séparément ou conjointement, peuvent donc influencer l'état de santé des individus, l'améliorer ou le dégrader. C'est en gardant à l'esprit cette image multiple de la santé que les notions de recours et de renoncement aux soins ont été abordées. Selon nous, ces conditions d'existence se rapportent à ce que nous appellerons l'environnement de vie des individus. Cet environnement se réfère à un territoire qui sera le quartier. Fidèle à l'approche géographique qui s'intéresse à la société et non à l'individu [Salem, 1998], ce sont bien des logiques collectives qui feront majoritairement l'objet de ce mémoire. Nous envisageons la santé comme une construction collective qui se joue entre les différentes interactions du social et du politique, par les jeux d'acteurs qui se combinent ou se confrontent. Les pratiques de santé, notamment le recours aux soins, influencent la composition du quartier, les structures de soins en place. En retour, cet espace et son adaptation aux besoins de santé garantissent, améliorent ou détériorent la santé. De ce point de vue, nous supposons qu'il existe des interrelations entre l'environnement de vie des populations dans leur quartier et leur recours aux soins.

Pour caractériser à la fois l'environnement de vie des habitants et les logiques de recours aux soins, nous adoptons deux approches : l'une quantitative et l'autre qualitative. Toutes deux se complètent indiscutablement.

La première se base en grande partie sur des questionnaires habitants rendant compte de la réalité à travers des chiffres et permettant de mesurer des phénomènes.

La seconde s'appuie sur des entretiens qui permettent de comprendre plus finement la nature des phénomènes. Ils donnent une importance particulière aux discours, aux représentations, aux perceptions des différents acteurs des quartiers qu'ils soient habitants, professionnels de santé ou responsables associatifs et éclairent ainsi les logiques de recours aux soins.

Le mémoire se décompose en deux parties, chacune sous divisée en chapitres.

La première partie a pour vocation de poser des éléments clés indispensables à la compréhension du mémoire. Elle définit les termes de l'étude et replace son objet dans le champ de la géographie de la santé, puis expose les deux quartiers étudiés, pour finir par préciser la méthodologie entreprise.

La seconde partie est réservée à l'analyse des données de terrain. Elle se compose de quatre chapitres. Le premier s'intéresse à la construction et à la composition socio-spatiale des quartiers, le second aux regards portés sur le quartier et à leurs impacts, le troisième aux différentes dynamiques politiques, associatives et celles des résidents qui animent le quartier. C'est après avoir décrit les différentes modalités des quartiers que le recours aux soins sera pleinement développé dans un quatrième chapitre.

# PARTIE 1 - ÉLÉMENTS DE CADRAGE

<b>CHAPITRE 1 - D'UN THEME A L'ELABORATION D'UN SUJET DE RECHERCHE .....</b>	<b>8</b>
<b><i>I - Le recours aux soins, une notion complexe et multiforme .....</i></b>	<b>8</b>
A - Le recours aux soins : d'un besoin ressenti à l'expression d'une demande de soins	
B - Non-recours et renoncement, des avis divergents sur un besoin de soin	
C - Le renoncement aux soins, un environnement de contraintes, révélateur d'inégalités socio-spatiales	
<b><i>II - Le recours aux soins vers des professionnels de santé de proximité .....</i></b>	<b>13</b>
<b><i>III - Les territoires d'étude.....</i></b>	<b>14</b>
<b><i>IV - L'approche territoriale du recours aux soins.....</i></b>	<b>20</b>
<b>CHAPITRE 2 - METHODOLOGIE .....</b>	<b>21</b>
<b><i>I - Recherches préliminaires .....</i></b>	<b>21</b>
A - La population des quartiers	
B - L'offre de soins	
C - Le tissu associatif	
D - Les entretiens auprès des services municipaux	
<b><i>II - S'infiltrer dans les quartiers.....</i></b>	<b>22</b>
A - Découvrir et observer la vie des quartiers	
B - Construire et administrer un questionnaire auprès des habitants	
C - Entendre et interpréter le discours des acteurs	

# PARTIE 1 - ÉLÉMENTS DE CADRAGE

Ce mémoire est l'aboutissement d'une recherche de six mois réalisée comme stagiaire au sein de la Direction Santé Hygiène Environnement de la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH). L'étude s'intègre dans le Contrat Local de Santé (CLS) et fait d'ailleurs l'objet d'une fiche action. Cet outil de développement local permet de coordonner l'action publique des Agences Régionales de Santé (ARS) avec les collectivités territoriales pour répondre au mieux aux besoins de santé des populations. Sur le territoire de l'agglomération havraise, six axes prioritaires ont été identifiés suite à la réalisation d'un Diagnostic Territorial de Santé. L'un d'eux a pour objectif d'améliorer l'accès à l'offre ambulatoire en « *étudiant les facteurs de recours aux soins et de renoncement aux soins* ». C'est à partir de ce thème que mon sujet de recherche s'est élaboré.

Cette première partie est divisée en deux chapitres, l'un porte sur les éléments de cadrage indispensables à la pleine compréhension de l'étude, l'autre expose la méthodologie mise à l'œuvre pour mener à bien la recherche.

# CHAPITRE 1 - D'UN THÈME À L'ÉLABORATION D'UN SUJET DE RECHERCHE

Ce premier chapitre présente les éléments de cadrage du mémoire. Il s'arrête donc sur les notions clés à savoir le recours et le renoncement aux soins. Il présente ensuite les zones d'études en justifiant leurs choix et leurs limites puis précise les professionnels de santé ciblés pour étudier le recours aux soins. Il se termine en exposant les questions et hypothèses qui ont nourri la réflexion.

## I - Le recours aux soins, une notion complexe et multiforme

Les notions de recours, de renoncement et de non-recours aux soins sont de plus en plus développées dans la littérature scientifique mais aucune définition n'est encore officiellement établie si bien que les notions donnent lieu à des interprétations différentes. Bien que l'étude soit tournée vers le recours et le renoncement aux soins, ce premier sous chapitre traite également du non-recours afin d'éclairer le lecteur sur ce qui fera l'objet, ou non, du mémoire.

### A - Le recours aux soins : d'un besoin ressenti à l'expression d'une demande de soins

Le **recours aux soins** est « *l'expression ou la manifestation d'une morbidité ressentie et/ou diagnostiquée qui donne lieu à une consommation médicale* » [Picheral, 2001]. Autrement dit, le recours se matérialise auprès d'un professionnel de santé. Il est mesurable par les dépenses de santé qu'il engendre (soins ambulatoires ou hospitaliers, consultations, achats de médicaments ou d'autres bien médicaux tels les prothèses, les pansements, etc.). Le recours ne garantit pas que l'individu soit pleinement satisfait de la prestation médicale.

Avant de recourir, encore faut-il que l'individu et/ou le médecin ait identifié un besoin de santé. Le trouble est alors qualifié comme un symptôme justifiant une prise en charge médicale.

Pour l'individu, ce travail de qualification et d'interprétation du symptôme dépend de deux éléments. Il en appelle à la culture du corps de l'individu : l'image de la santé, de sa santé, de la maladie, du système de soins ou du milieu médical par exemple, sont déterminants. Il dépend également de la situation de

vie de l'individu : la santé n'est pas obligatoirement une priorité dans les actions à entreprendre pour soi et peut être reléguée au second plan face à la présence de soucis plus urgents [Masullo, 2006].

Le médecin quant à lui identifie un besoin de santé en se basant sur un diagnostic médical.

C'est la distinction entre besoin ressenti par l'individu et besoin avéré diagnostiqué par le médecin qui permet de distinguer les deux notions : le renoncement aux soins et le non-recours à des soins.

## **B - Non-recours et renoncement, des avis divergents sur un besoin de soin**

La distinction entre renoncement et non-recours énoncée ci-dessous est empruntée à l'Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services).

Le **renoncement aux soins** correspond à un « *besoin de soins identifié mais non satisfait* ». C'est la « *morbidité ressentie* » décrite par Henri Picheral. L'individu a pris conscience d'un besoin de soins que le système de santé aurait pu contenter mais auquel il n'a pas pu accéder. Le renoncement est déclaratif, il se base sur l'affirmation d'une personne qui dit avoir renoncé à des soins sur une période donnée. Caroline Desprès, dans son *Approche socio-anthropologique* du renoncement aux soins en distingue deux types souvent associés : le « *renoncement-barrière* » et le « *renoncement-refus* ». « *Dans le premier cas, l'individu fait face à un environnement de contraintes, le plus souvent budgétaires, qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le second cas est l'expression d'un refus qui porte soit sur des soins spécifiques – il s'agit alors d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine dite conventionnelle – soit, plus radicalement, sur le fait même de se soigner : il revêt alors un caractère définitif et traduit la perception d'une inutilité des soins* » [Desprès, 2011]. Le « *report de soins* » relève également du déclaratif et serait donc aussi de l'ordre du renoncement.

De son côté, la notion de **non-recours à des soins** renvoie à un « *besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait* ». C'est la « *morbidité diagnostiquée* » d'Henri Picheral. Le non-recours est établi au regard de ce qui est considéré du point de vue médical (à partir de l'état de connaissances de la médecine) comme un état de santé non traité médicalement. Contrairement au renoncement qui est déclaratif, le non-recours est normatif. Les expressions d'« *abandon de soins* » (le suivi est arrêté avant la fin des soins programmés) ou de « *retard* » (la consultation chez le médecin est trop tardive<sup>1</sup>) précisent le non-recours, car elles s'appuient sur un diagnostic médical. En envisageant le non-recours aux soins comme une non-consommation de soins, cela permet de centrer le regard sur les différences dans le degré d'utilisation du système de soins plutôt que sur la nature des recours aux soins. En fait, le non-recours fait référence à des conduites inadéquates ou non conformes à certaines normes

---

<sup>1</sup> Cette notion de recours tardif se réfère à une définition américaine de l'accès aux soins, citée par Pierre Lombrail, selon laquelle cet accès est « *l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat en termes de santé* »

épidémiologiques et médicales. C'est pourquoi, il est parfois présenté comme un facteur de risque, un déterminant aggravant la santé.

Pour le CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé) le non-recours à des soins correspond à : « *l'absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un médecin (généraliste ou spécialiste) ; l'absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un dentiste ; l'absence de suivi régulier, une fois par an, sur le plan gynécologique* ». Cette définition met en évidence un décalage entre, d'un côté, la façon dont le « *problème* » du non-recours aux soins est construit actuellement par différents acteurs (absence de consultation par exemple) et, de l'autre, le vécu de ces situations par les personnes concernées. Car la non-consommation peut être un choix, une affirmation d'autonomie c'est-à-dire le « *fait d'agir et de décider de soi-même* » : on sait ce que l'on a et on sait quoi prendre pour aller mieux sans passer par des traitements médicamenteux qui sont associés à une « *drogue* ». D'après l'étude d'Antoine Rode, quand les règles sont suivies et les conditions réunies, les pratiques d'automédication sont alors jugées efficaces par les personnes. Cela rappelle le « *renoncement refus* » de Caroline Desprès. Ne pas consommer de soins, c'est aussi le fait « *d'agir sans* » car le rapport qui se construit entre le médecin et le patient est parfois conflictuel. La barrière sociale que véhicule l'appartenance à deux groupes sociaux différents et les expériences vécues et/ou racontées par les individus, notamment sur les comportements des médecins (refus de CMU-C, impression de ne pas être pris au sérieux, de ne pas être écouté) dégagent une image négative de la médecine.

Il est important de souligner que d'après la définition de l'Odenore, le renoncement et le non-recours sont deux notions distinctes : une personne peut déclarer renoncer à des soins alors que d'un point de vue médical, elle n'a pas besoin de soins et inversement, une personne ne déclarant pas renoncer pourrait mériter des soins du point de vue médical son état de santé.

Comment ces notions, récentes et mal définies, ont-elles pris place dans les débats actuels ?

## **C - Le renoncement aux soins, un environnement de contraintes, révélateur d'inégalités socio-spatiales**

En France, la santé et le recours aux soins ont longtemps été orientés sur les soins individuels, majoritairement portés sur l'accès aux soins dans sa modalité financière qui est garantie par les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie. La résurgence de phénomènes de pauvreté et de marginalisation économique et sociale ont abouti à éloigner les plus démunis de l'accès aux soins. C'est pour permettre aux populations précaires de se soigner que la Couverture Maladie Universelle (CMU) a été instituée en 1999. La CMU comprend deux volets. Le premier s'analyse comme une extension du régime général de soins en faveur des personnes démunies de couverture sociale, car inactives ou en situation d'exclusion. Le second institue un régime complémentaire (CMU-C) gratuit accordé sous

condition de ressources du ménage. En 2011, le plafond était fixé à 648 euros par mois pour un individu seul. Des « *populations limites* » c'est-à-dire des individus légèrement au-dessus du seuil ne pouvant pas bénéficier de la CMU-C mais qui ne possèdent pas non plus suffisamment de ressources pour souscrire à une complémentaire privée sont, de fait, surexposées au risque de renoncer à des soins [Collet, 2006]. En 2008, le taux de renoncement des personnes ayant une mutuelle privée était de 16% alors qu'il était de 22,1% pour ceux bénéficiant de la CMU-C [IRDES, 2011]. Ce taux passerait à 40% si ces mêmes individus ne possédaient pas de couverture complémentaire. Même si elle ne résout pas le problème d'accès aux soins pour tous, la mutuelle atténue le renoncement. Aujourd'hui, l'absence de **complémentaire santé** est un obstacle largement documenté à l'accès aux services de santé en France. On peut dire que le renoncement aux soins succède à un premier renoncement, également financier, celui d'accéder à une complémentaire santé.

De manière logique, le **niveau de revenus** explique, en partie, le renoncement pour raisons financières, obligeant les individus à ordonner leurs priorités dont la santé arrive rarement en tête des préoccupations. Ainsi, en 2008, 24,5% des personnes appartenant au plus bas quintile de revenus (moins de 870€ par unité de consommation) ont renoncé à des soins contre 15% pour les autres quintiles de revenus [IRDES, 2011]. Les **pratiques tarifaires** des professionnels de santé influent également sur le renoncement aux soins. Par exemple, le renoncement aux soins pour raisons financières est le plus fréquent pour les soins dentaires dans les départements où les tarifs pratiqués sont les plus élevés.

Le **renoncement aux soins pour raisons financières** est un frein majeur à l'accès aux soins. En 2008, 15,4% de la population adulte déclarent avoir renoncés à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois [IRDES, 2011]. L'accès financier aux soins est complexe et ne se résume pas à la question de la prise en charge financière des soins même si elle y contribue fortement.

Bien qu'il soit dominant, le renoncement aux soins pour raisons financières n'est pas le seul frein empêchant les individus d'accéder à des soins.

Le recours, et d'autant plus pour les populations précaires, dépend également de l'**offre de soins** à disposition, de son organisation, de sa répartition, de sa desserte. Un maillage fin, complet et diversifié limite le renoncement lié à l'accessibilité physique des structures. En effet, si l'offre de soins est rare, cette difficulté sera plus facilement surmontée par des populations aisées, plus mobiles et plus aptes à supporter les dépassements d'honoraires, ce qui n'est pas le cas pour les bénéficiaires de la CMU-C qui ont tendance à « *laisser-tomber* » [Desprès, 2011]. De plus, l'offre de soins n'est pas connue de tous. Les populations les plus pauvres et les moins éduquées recourent moins souvent aux soins à cause d'une connaissance plus limitée des filières de soins [Bazin, 2006].

Cet environnement de contraintes, qu'elles soient financières ou qu'elles relèvent de l'accessibilité aux services de santé, ne permet pas d'accéder au soin désiré. C'est ce que Caroline Desprès nomme le « *renoncement barrière* ».

Depuis une dizaine d'années, la prise en compte des **déterminants psychosociaux de la santé** permettent de progresser dans la compréhension des mécanismes du recours et du renoncement aux soins. Cette question ne peut être comprise sans porter une attention particulière à la manière dont les personnes perçoivent et vivent à la fois leurs besoins en matière de santé et leur situation sociale et financière.

Le recours et le renoncement sont influencés par la **situation sociale passée, présente et future** de l'individu. Le fait d'avoir connu des situations difficiles durant l'enfance (parent au chômage, divorce, échec scolaire, manque affectif) ou dans la vie adulte (difficultés financières, périodes d'inactivité, d'isolement, d'absence de logement fixe, séparation conjugale) participent à la construction d'une vulnérabilité sociale de long terme fragilisant l'estime de soi et les rapports sociaux. L'état actuel de la situation d'un individu est également à prendre en compte. Une période difficile, de chômage par exemple, peut l'amener à renoncer à un moment donné de son existence. La crainte du futur est aussi significative. Des attaches sociales fragiles peuvent entraîner une crainte de se retrouver seul, de ne pas être soutenu ou aidé par son entourage et freiner l'individu à s'engager dans des traitements longs. L'angoisse du futur peut aussi être interprétée en termes de comportement de précaution : économiser en évitant les soins onéreux et non directement utiles pour anticiper les lendemains difficiles.

Au-delà des situations individuelles, l'acte de recourir ou au contraire de renoncer à des soins mobilise un vaste ensemble de dimensions qui renvoient à des **normes**, des **représentations**, des **processus identitaires et relationnels** et au rapport à la société dans son ensemble [Ruffin, 2006]. L'acte de recourir n'est donc pas purement occasionné par des motivations individuelles mais s'inscrit dans une démarche collective répondant à des normes et des valeurs sociales particulières.

Le « *renoncement refus* » varie selon les **catégories sociales** [Desprès, 2011]. Certains individus, souvent des catégories aisées, renoncent explicitement à des soins conventionnels. C'est souvent une critique de la médecine conventionnelle et de ses modalités de prise en charge. On se soigne grâce à des savoirs venus d'ailleurs, des produits naturels, des techniques corporelles visant au bien-être. Ces médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la CMU-C et sont donc difficiles d'accès pour les populations précaires. Seules l'homéopathie et l'acupuncture sont aujourd'hui reconnues par l'Assurance Maladie. Le refus peut aussi se matérialiser dans le registre d'une défiance, souvent exprimée par des catégories précaires. L'opposition à la médecine entraîne un repli sur la sphère domestique et la mobilisation des « *moyens du bord* ». De plus, les institutions sanitaires et sociales sont parfois considérées comme humiliantes ou stigmatisantes par ces populations. Les individus se

mettent alors à distance des espaces où se jouent des rapports de domination et de distanciation sociale entre le patient et le médecin, comme c'est le cas du cabinet médical [Desprès, 2011].

Ainsi, le recours ou le renoncement aux soins peut être vu comme un comportement de santé, dépendant de caractéristiques personnelles mais aussi du groupe social d'appartenance et du contexte socio-économique. Le renoncement touche davantage les populations précaires. C'est souvent le cumul de facteurs exogènes et endogènes de la précarité et les expériences douloureuses passées qui entraînent les individus à renoncer à des soins. L'ensemble de ces éléments témoigne d'une très forte concordance entre les difficultés à mobiliser les ressources de protection de soi et un état de détresse, d'isolement et de manque affectif fortement ancré [Collet, 2006].

Le renoncement aux soins s'intègre alors dans le débat plus large et de plus en plus documenté des inégalités sociales de santé, le recours étant socialement différencié.

## **II - Le recours aux soins vers des professionnels de santé de proximité**

L'ancrage de mon étude dans l'axe du Contrat Local de Santé intitulé « *améliorer l'accès à l'offre de soins ambulatoires* » a permis de poser un premier cadre dans la définition du sujet. En effet, ce dernier devait se limiter à l'offre ambulatoire. Les soins ambulatoires, également appelés soins de ville, sont définis par l'INSEE comme des « *soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales.* ». Cela exclu donc l'offre hospitalière.

Traiter des logiques de recours aux soins vers l'ensemble de ces professionnels de santé était difficilement envisageable. Il a donc été décidé de se concentrer sur le recours vers le médecin généraliste et dans une moindre mesure vers un spécialiste qui est le chirurgien-dentiste. Aucun de ces deux professionnels n'est spécialisé vers une catégorie de population définie, le recours aux soins a été étudié sans distinction d'âge ou de sexe.

Le médecin généraliste est un acteur clé au sein de l'offre ambulatoire en assurant une présence médicale de premier recours. C'est généralement vers lui que se tourne le patient en première intention en cas de trouble. Et pour cause, sa formation spécialisée dans le domaine de la médecine générale lui permet de prendre en charge la santé du patient dans sa globalité indépendamment de son âge, de son sexe ou de

toutes autres caractéristiques. Il est capable d'accomplir un large panel d'actes, de la prévention (vaccination, dépistage, etc.) au traitement de pathologies variées (angine, hypertension, entorse, etc.). Cette polyvalence lui permet d'entretenir des contacts relativement fréquents avec ses patients et au-delà de l'action ponctuelle, le généraliste est souvent l'interlocuteur médical qui a la connaissance la plus complète du patient. La proximité développée avec les patients fait qu'il est dans la majorité des cas choisi comme médecin traitant et il devient ainsi un pivot dans notre système de soins français servant de coordinateur avec ses confrères spécialistes.

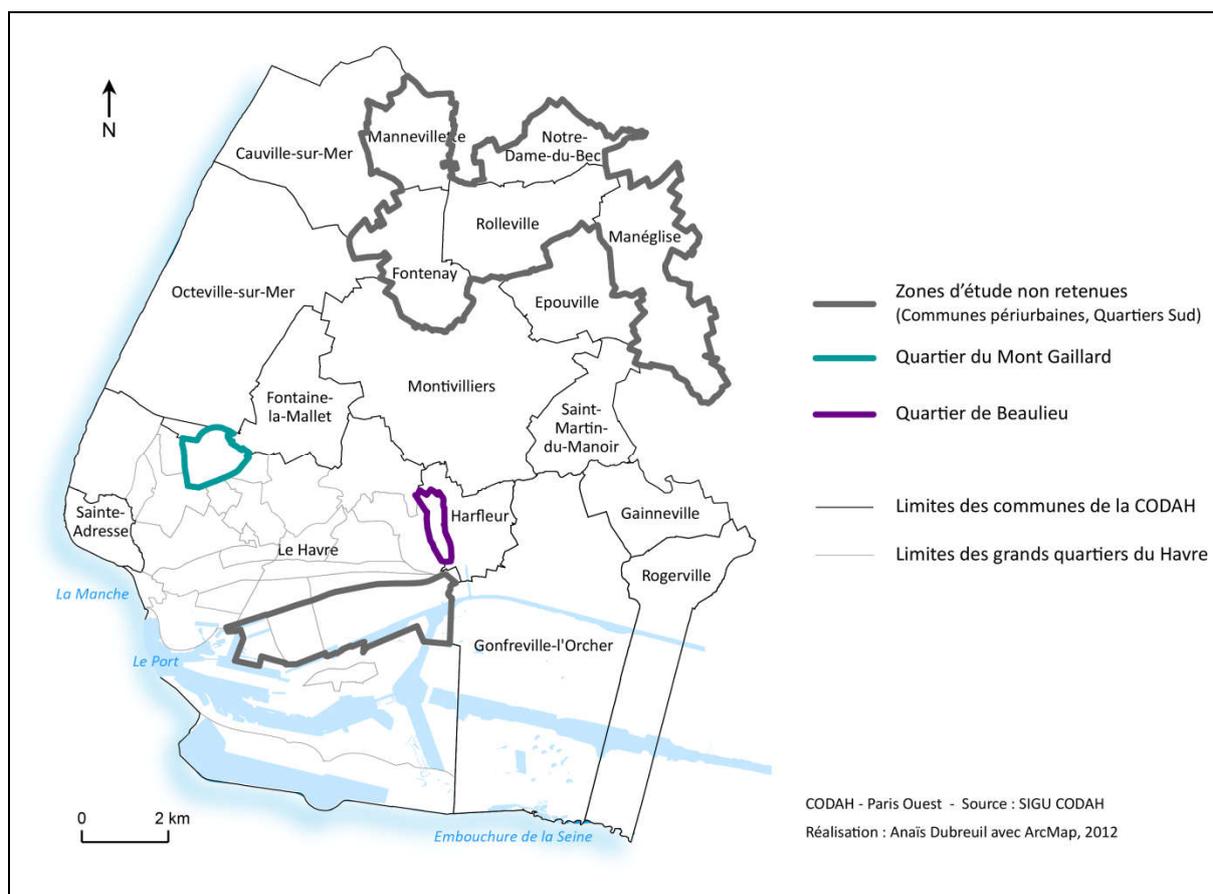
Le choix du spécialiste s'est tourné vers les chirurgiens-dentistes car la densité médicale est l'une des plus préoccupantes dans l'agglomération havraise. En 2008, avec 87 chirurgiens-dentistes libéraux dans la CODAH, la densité médicale est seulement de 35 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants alors qu'elle est 59 pour 100 000 en France. Le recours aux soins de dentisterie est, en France comme dans la plupart des pays européens, un excellent marqueur des inégalités sociales de santé. Ces inégalités peuvent relever des obstacles d'ordre financiers vis-à-vis de soins mal pris en charge par l'Assurance Maladie, ou d'ordre psychosociaux susceptibles de laisser les personnes « à distance » des soins dentaires. D'ailleurs, les barrières financières se concentrent majoritairement sur les soins dentaires (10 % de la population) et, dans une moindre mesure, l'optique (4,1 %) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4 %) [Desprès, 2011]. De plus, les conséquences sociales du renoncement aux soins dentaires sont visibles : l'état de santé bucco-dentaire interroge sur l'image qu'un individu laisse à voir, celle qu'il se renvoie à lui-même et aux autres.

### **III - Les territoires d'étude**

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour déterminer les zones d'étude.

La Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) regroupait 241 095 habitants en 2009 inégalement répartis sur dix-sept communes. Leurs caractéristiques en termes de superficie, de densité de population, d'équipements, de services et de dynamiques urbaines varient considérablement. Ainsi, en 2009, la commune du Havre, qui est la plus peuplée, concentrait 177 259 habitants alors que la commune la moins peuplée de Notre-Dame-du-Bec comptait 427 habitants. La nécessité de se concentrer sur des zones spécifiques s'est rapidement imposée. Initialement, quatre zones avaient été retenues afin de présenter un panel significatif des diverses situations présentes sur le territoire de la CODAH : deux zones du Havre (le quartier du Mont Gaillard et les Quartiers Sud), une zone dans une commune limitrophe du Havre et une zone péri-urbaine regroupant plusieurs communes rurales au nord de l'agglomération (figure 1). Malgré l'intérêt qu'aurait représenté une comparaison des pratiques de recours aux soins et des freins à ce recours, travailler sur quatre zones s'est révélé trop ambitieux pour un stage de six mois et la décision de se concentrer sur deux zones a été retenue.

Figure 1 : Localisation des zones d'étude dans l'agglomération havraise



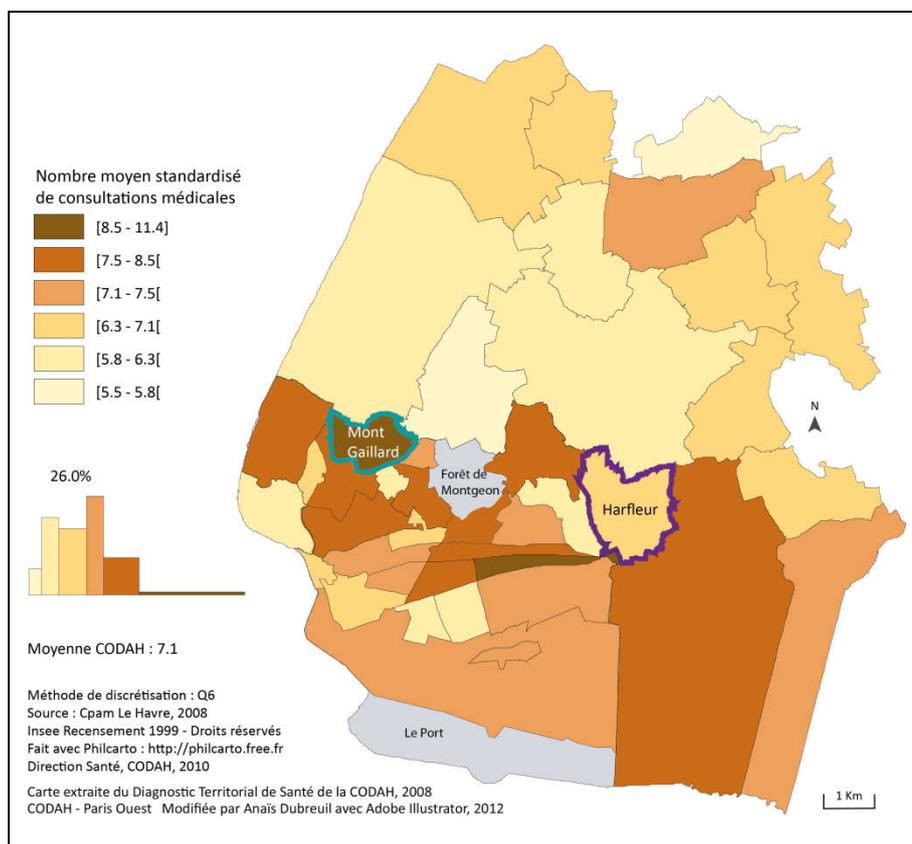
Une réflexion sur la faisabilité de l'étude sur chacune des zones retenues a permis d'évincer la zone rurale au nord de la CODAH. En effet, même en regroupant plusieurs communes, les effectifs de population restent très inférieurs aux trois autres zones. De plus, il n'existe aucune structure municipale ou associative à la fois source d'informations et relais auprès de la population. Cela pénalisait largement mon approche et aurait engendré un déséquilibre notable dans les informations recueillies.

Après avoir supprimé cette zone, les autres territoires choisis gagnaient en cohérence. Travailler sur le recours aux soins à l'échelle du quartier s'est révélé intéressant. Au premier abord, le quartier est une notion qui paraît simple : le quartier est un mot qui fait sens dans le vocabulaire du quotidien, à la différence de l'IRIS par exemple. Il est donc relativement facile d'interroger des habitants sur leur quartier. C'est un territoire dans lequel les habitants vivent et grandissent. Chacun le pratique et se l'approprie d'une manière ou d'une autre, par les lieux qu'il investit, l'emploi qu'il y occupe, les commerçants qu'il côtoie, les connaissances qu'il entretient, l'implication dans une association. C'est à travers les pratiques des habitants que le quartier s'anime et se développe ou au contraire s'éteint lorsque les liens entre les populations et leur quartier s'amenuisent. Ce territoire et la pratique qu'en font les habitants sont intimement liés à la dynamique insufflée ou non, en amont, par la ville. La qualité de

l'habitat, les équipements et les services à disposition sont autant de facilitateurs pour la vie d'un quartier, sa cohésion sociale et le bien-être de ses habitants. Ce territoire de la vie de tous les jours, vécu et pratiqué, est apparu pertinent pour étudier le recours aux soins de proximité.

Le choix des quartiers s'est basé sur plusieurs critères. Le premier critère fut de respecter la zone d'étude initiale de l'agglomération havraise. Il fallait donc retenir l'un des deux quartiers du Havre et un quartier d'une commune limitrophe. Le deuxième critère a imposé le choix des zones en s'appuyant sur une étude menée par la CODAH. Un Diagnostic Territorial de Santé a été réalisé entre 2008 et 2010 et avait pour but d'améliorer les connaissances sur le territoire en dressant un profil socio-sanitaire de l'agglomération. C'est donc au regard de la partie sur les consommations de soins médicaux, mesurant le recours aux soins, que les quartiers ont été choisis (figure 2).

Figure 2 : Distribution du nombre moyen standardisé de consultations médicales en 2008 vers les généralistes, les chirurgiens-dentistes et les spécialistes par assuré et par an dans la CODAH



La carte ci-dessus représente le nombre moyen de consultations médicales des assurés de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) résidant dans la CODAH en 2008. À l'intérieur de l'agglomération, les disparités sont flagrantes : le nombre moyen de consultations médicales varie de 5,5 jusqu'à 11,4 recours par an et par assuré en fonction des communes ou des grands quartiers du Havre. Le nombre moyen de recours chez le médecin (généraliste, chirurgien-dentiste et spécialiste) est de 7,1

consultations par an et par assuré sur le territoire. Les données ont été préalablement standardisées pour gommer les variations liées à l'âge et au sexe.

Ces apparentes sur ou sous consommations sont relatives car elles sont étalonnées à partir d'une moyenne, celle des consommations médicales de l'ensemble de la population assurée à la CPAM résidant dans la CODAH. Ces différences ne se réfèrent pas à une quelconque norme médicale ou à un besoin de soin individuel. Elles permettent simplement d'identifier qui consomme plus et qui consomme moins. Traiter des différences de recours à l'intérieur de l'agglomération havraise semble être une approche cohérente car c'est un ensemble politiquement construit menant les mêmes actions de prévention de la santé sur l'ensemble de son territoire.

Le premier quartier retenu, le Mont Gaillard, est situé au nord du Havre. La consommation moyenne de soins médicaux de ses habitants atteint le seuil maximum avec 11,4 consultations par an et par assuré. Dès la publication de l'étude en 2010, ce quartier avait questionné. L'étudier dans ce mémoire s'est donc révélé particulièrement judicieux pour apporter des éléments de compréhension au phénomène.

Le second quartier est Beaulieu, dans la commune d'Harfleur, dont la consommation de soins médicaux est inférieure mais proche de la moyenne de la CODAH avec 6,9 consultations par an et par assuré. Les médiocres indicateurs de santé observés sur la ville d'Harfleur (surmortalité, faible densité médicale) ont justifié le choix de cette zone plutôt qu'une autre. Les consommations de soins médicaux par quartier ne sont pas visibles pour les communes autres que celles du Havre. C'est une limite avec laquelle nous avons dû composer.

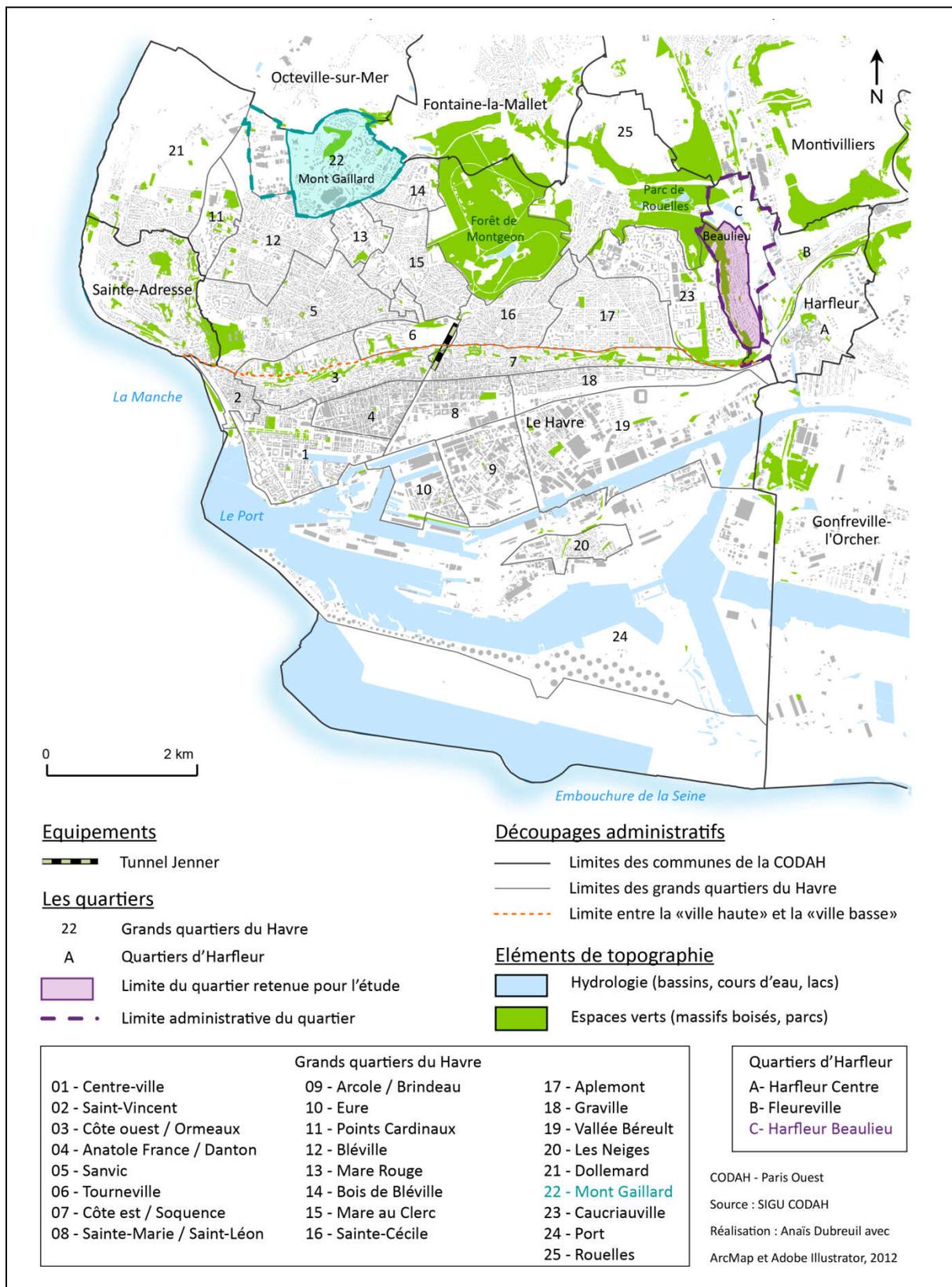
La délimitation des quartiers choisis pour l'étude n'est pas exactement calquée sur les limites administratives (figure 3). Même si le mot est porteur de sens pour de nombreuses personnes, le quartier n'est pas vécu de la même façon par tous ses habitants, ses limites en sont donc mouvantes. Durant mon terrain, il est d'ailleurs arrivé qu'on me demande « *mais où tu mets la limite du Mont Gaillard ?* » Dans les grandes lignes, les zones sont basées sur les limites institutionnelles des quartiers mais quelques contours ont été modifiés, notamment lorsque ces limites entraînent en contradiction avec les représentations des habitants.

Le quartier du Mont Gaillard est situé sur le plateau de la ville du Havre, en périphérie nord-ouest de la commune (figure 3). C'est la limite du conseil de quartier qui a été retenue. Elle est plus restreinte que celle du grand quartier, ne conservant que la partie la plus habitée. La limite du conseil de quartier exclut la partie ouest du Mont Gaillard, très peu urbanisée avec les lieux dits du Pressoir et du Quesné. Ce dernier jouxte le quartier de Dollemard (n°21). Une partie de la Zone Franche Urbaine est exclue ainsi que l'Hôpital Privé de l'Estuaire (HPE). Au sud et sud-est, le Mont Gaillard est bordé par les quartiers

du Bois de Bléville, de la Mare Rouge et de Bléville. Au nord-ouest, il trouve sa limite avec la commune d'Octeville sur Mer et au nord-est avec celle de Fontaine La Mallet.

Pour le quartier de Beaulieu, à l'ouest de la ville d'Harfleur, la limite s'est calquée sur le paysage et sur les frontières faisant sens pour les habitants (figure 3). Le quartier est physiquement enclavé. Il est bordé à l'ouest par le talus de Caucriauville, séparant les communes d'Harfleur et du Havre. Au nord, Beaulieu est délimité par le parc de Rouelles. À l'est, une zone non habitée est occupée par un ensemble sportif et un collège (zone non intégrée dans les limites administratives mais incorporées pour l'étude). Elle est traversée par la Lézarde et s'étend jusqu'à la voie rapide allant vers Montivilliers et Fécamp. Au sud, Beaulieu est séparé du centre-ville d'Harfleur par la voie de chemin de fer ainsi que par un imposant giratoire : la Brèque où se croisent des voies de communications majeures.

Figure 3 : Localisation des quartiers d'étude dans leurs communes respectives



## IV - L'approche territoriale du recours aux soins

Nous avons vu dans le premier sous chapitre que le territoire était pris en compte dans les déterminants du recours aux soins comme support de l'offre de soin et d'accessibilité physique. Cette dimension est étroitement liée au cadre de l'action publique qui gère l'organisation de l'offre de soins et qui se doit de garantir la meilleure offre de soins possible à tous.

Mais le territoire ne se limite pas à la seule dimension institutionnelle. Il recouvre aussi diverses formes de rapports à l'espace que les individus et les groupes sociaux ne cessent de produire et de transformer dans le cadre de leurs relations sociales. L'espace est modelé à travers les pratiques matérielles et symboliques de toute collectivité humaine et il devient alors un moyen de comprendre les sociétés et leurs transformations [Salem, 1998]. Ainsi, nous tenterons « *d'administrer des preuves de correspondances entre agencement spatial et logiques sociales* » [Salem, 1998] en nous intéressant aux différentes manières de « *faire du territoire* », de s'identifier à des lieux et d'y nouer des liens. Le territoire n'est pas envisagé comme entité statique mais comme une combinaison de multiples facteurs historiques et politiques, d'histoires collectives et de destins personnels, qui ont marqué les mémoires et les rues et qui font de lui une construction qui évolue constamment.

Nous avons choisi d'étudier les liens entre santé et territoire dans deux quartiers à travers un indicateur qui est le recours aux soins. Nous supposons qu'il existe des liens réciproques entre le recours aux soins des individus et l'environnement de nos deux quartiers, par la pratique de l'espace des habitants, des représentations, des relations sociales, de l'investissement des divers acteurs. Le recours vers un professionnel de santé n'est pas appréhendé comme une réponse pour traiter une pathologie se réduisant à un acte de consommation de soins, mais comme le résultat d'une intention, intention modelée par divers facteurs individuels et collectifs. Le recours devient alors un comportement de soins, une façon de se soigner ou non, d'appréhender sa santé et la santé en général, influencé par une perception personnelle et collective de la santé.

C'est en interrogeant différents facteurs, différents « *faits de santé* » qui jouent en un lieu donné sur l'état de santé de la population que nous essayerons de comprendre les écarts de consommations de soins médicaux et de donner un sens aux logiques de recours et de renoncement aux soins. Dans nos quartiers, ces facteurs seront d'ordre individuels (situation sociale et économique, norme culturelle, dimension psychologique) mais aussi collectifs en s'intéressant à l'environnement de vie des habitants, englobant ainsi les lieux et les contextes de vie, les représentations du territoire, les modes d'appropriation du quartier à travers l'engagement des différents acteurs, professionnels ou habitants.

Tout au long de ce mémoire, nous tenterons de mettre en évidence les interrelations entre l'offre de soins, les besoins de santé et le recours aux soins.

## **CHAPITRE 2 - MÉTHODOLOGIE**

Cette partie présente la méthode développée pour réaliser l'étude. Elle aborde également les limites et les difficultés rencontrées. Deux approches, quantitative et qualitative, se sont conjuguées, apportant chacune des éléments de compréhension aux contextes des quartiers et aux phénomènes observés en leur sein.

### **I - Recherches préliminaires**

Le premier examen des quartiers s'est fait avec des données chiffrées ou des entretiens académiques avec des services municipaux. Cette étape a révélé des aspects structurants des quartiers, a mis à jour des particularités et des similitudes entre les deux zones d'étude mais aussi par rapport à leur ville et à l'ensemble de l'agglomération.

#### **A - La population des quartiers**

Les deux quartiers ont été examinés à partir de différentes données chiffrées notamment grâce aux bases de données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Elles ont permis de dresser un portrait global des populations vivant dans les quartiers.

#### **B - L'offre de soins**

La base de données précisant la localisation des professionnels de santé libéraux exerçant sur chacun des quartiers en 2011 a été fournie par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Havre. Cela a permis de dresser un portrait précis de l'offre de soins.

#### **C - Le tissu associatif**

La nature des activités et le type de clientèle visée par les associations apportent un éclairage intéressant sur les dynamiques collectives.

Grâce au site internet des villes, j'ai recensé plus d'une vingtaine d'associations au Mont Gaillard et une dizaine à Harfleur.

Au Mont Gaillard, ce sont surtout des organismes d'entraide (aide aux devoirs, activités familiales, formation et insertion professionnelle) et de loisirs (sportifs ou culturels). Ils s'adressent généralement à un public varié, proposant des activités pour tous les âges.

A Beaulieu, la majorité des activités proposées par les associations sont de l'ordre des loisirs : culturel, artistique ou sportif.

## **D - Les entretiens auprès des services municipaux**

Il m'a été difficile, parfois impossible, d'entrer en contact avec certains services municipaux.

Pour le quartier du Mont Gaillard, j'ai pu rencontrer au début de mon stage la personne en charge des missions Habitat à la Mairie du Havre mais je n'ai pas réussi à obtenir un rendez-vous avec le service de la Cohésion Sociale.

Pour Beaulieu, je n'ai pas pu obtenir auprès du service urbanisme de la ville d'Harfleur des informations sur le quartier, son urbanisme, sa construction, son inscription dans le dispositif de Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS). En revanche, lors de mes observations de terrain, une rencontre fortuite avec un habitant m'a permis de prendre connaissance d'un ouvrage, réalisé par un historien et habitant de Beaulieu sur la construction du quartier. Toutefois, ce livre ne contenait pas d'éléments sur la politique de la ville, qui m'auraient pourtant été utiles.

## **II - S'infiltrer dans les quartiers**

### **A - Découvrir et observer la vie des quartiers**

Le premier contact avec chacun des deux quartiers s'est réalisé à pied. Toute une après-midi a été consacrée à découvrir la physionomie, l'atmosphère, la population du quartier concerné. Ce travail d'observation a été répété à plusieurs reprises, avec un appareil photo, à différents moments de la journée, en semaine comme pendant les week-ends. L'espace restreint que constitue le quartier permet de s'y déplacer aisément à pied, cela fut un réel avantage tout au long de mon terrain.

### **B - Construire et administrer un questionnaire auprès des habitants**

Afin de comprendre les logiques de recours aux soins, il était indispensable d'interroger les principaux concernés : les habitants. Un questionnaire a été spécialement rédigé pour l'étude, adapté à chacun des deux quartiers. Pour être rempli facilement, sans trop décourager le public, il devait être court. Certaines

questions habituellement posées dans les enquêtes telles que l'âge ou le sexe n'ont pas été insérées volontairement dans le questionnaire. De plus, l'intérêt de l'étude n'était pas de mettre en relation le genre ou l'âge avec les logiques de recours aux soins des habitants, diverses études se sont attachées à le montrer, mais de saisir les processus socio-territoriaux à l'œuvre dans les quartiers et leur influence sur le recours.

Le questionnaire se résume en une feuille recto-verso composée de trois parties (voir annexes 1 et 2). La première partie interroge l'individu sur des caractéristiques personnelles permettant de le localiser dans le quartier et d'obtenir quelques informations sur son niveau social et économique (statut propriétaire/locataire, bénéficiant d'une mutuelle, du Revenu de Solidarité Active (RSA), son statut face à l'emploi), ses rapports sociaux (emploi, activités de loisirs), sa mobilité (lieu de travail, véhiculé ou non). La seconde partie est consacrée au quartier, à l'image qu'en ont les habitants, ce qu'ils apprécient ou n'aiment pas, l'ancienneté de leur installation, ce qui a changé, s'est amélioré ou dégradé depuis leur emménagement. La troisième et dernière partie est réservée à la santé avec des questions portant sur la vision de l'offre de soins et de leur santé, sur les pratiques de recours vers le médecin généraliste et le dentiste (type et fréquence du recours, choix du médecin) et sur le renoncement aux soins.

Toutes les questions étaient fermées sauf quelques-unes dans la partie sur le quartier qui étaient ouvertes. L'objectif était d'aller au plus près du quotidien des habitants, d'obtenir des informations sur leurs façons de vivre et de percevoir leur quartier.

La passation a duré un mois. Les questionnaires ont été, dans leur majorité, distribués à la population par le biais de relais. Le panel d'acteurs ayant participé a été très vaste : techniciens de la ville, membres associatifs, commerçants, bénévoles de quartier. Quelques questionnaires ont également été laissés en libre accès dans des cabinets médicaux des deux quartiers. Durant la durée de la passation, une visite chaque semaine auprès de chaque relais était réalisée pour suivre l'évolution de l'enquête, maintenir le lien avec les personnes relais, récupérer les questionnaires déjà remplis et en fournir de nouveaux si besoin.

Au Mont Gaillard, 97 questionnaires ont été récupérés sur un total de 262 distribués soit 37% de retours. Un seul questionnaire n'est pas exploitable. Les relais ont tous été sollicités lors d'un entretien préalable. Trois associations ont distribué les questionnaires à leurs salariés et membres. Beaucoup de questionnaires ont été recueillis grâce à l'implication du Comité de Concertation Citoyenne. C'est un groupe d'une quinzaine d'habitants du quartier, volontaires pour partager leur quotidien, les enjeux et les problématiques auxquelles ils sont confrontés. Grâce au conseiller municipal délégué en charge du quartier du Mont Gaillard, j'ai pu assister à une de leur réunion et ainsi présenter mon étude. Chaque volontaire a été chargé de faire remplir une dizaine de questionnaires.

Pour Beaulieu, 47 questionnaires ont été récupérés sur un total de 144 soit 33% de retours. Seuls 39 questionnaires sont utilisables. Contrairement au Mont Gaillard, peu de relais sont impliqués dans la vie du quartier. Il avait été envisagé de tenir une permanence quelques jours dans l'annexe de la Mairie mais cette éventualité n'a pas été mise en place car le nombre d'habitants recourant à cette structure était trop faible pour les résultats espérés. Je me suis tournée vers des commerçants, proches de la population, pour remplir les questionnaires et les résultats ont été significatifs. J'ai également tenté d'administrer des questionnaires moi-même. Cette dernière méthode de passation s'est avérée trop coûteuse en temps par rapport aux résultats obtenus.

Lors de la passation des questionnaires, l'implication des relais fut inégale. La passation en face à face aurait permis de contourner certains biais en évitant les mauvaises lectures des questions ou les non respects des consignes. Les questionnaires auraient ainsi gagnés en fiabilité.

Tout au long de l'étude, des résultats émanant des questionnaires seront présentés. En fonction de la taille de l'échantillon et de l'objectif escompté, ils seront exposés soit sous forme de pourcentages, soit sous forme d'effectifs. Les totaux dans les tableaux peuvent varier dans un même quartier en fonction du nombre de réponses.

Cette approche du terrain permet d'obtenir des chiffres, des facteurs influençant le recours, mais ne permet pas de saisir les mécanismes en amont, les processus sociaux et territoriaux influençant le recours aux soins dans chaque quartier. C'est pourquoi, mener des entretiens auprès d'acteurs du territoire s'est avéré indispensable.

## **C - Entendre et interpréter le discours des acteurs**

Les entretiens auprès des différents acteurs dans les quartiers ont permis d'éclairer les logiques de recours aux soins des habitants et d'apporter des éléments de compréhension aux différences de consommations de soins médicaux.

Les personnes ressources travaillant dans le quartier ont été informées par courrier de l'étude, puis contactées par téléphone pour fixer un rendez-vous. Presque tous les acteurs ont répondu favorablement à la demande d'entretien. Seuls quelques professionnels de santé débordés, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes, ont refusé de me recevoir. Les rencontres se passaient généralement sur leurs lieux de travail. Pour les entretiens habitants, les rendez-vous moins formels étaient fixés dans des cafés. Ceux-ci ont pu avoir lieu grâce à une personne relais, rencontrée plus tôt, qui m'a introduite auprès de la personne ou laissée des coordonnées. En tout, 27 entretiens ont été réalisés, 14 au Mont Gaillard et 13 à Beaulieu.

Les entretiens étaient de type semi-directif. Une grille d'entretien avec les thématiques à aborder a été réalisée en amont mais aucune question n'était fixe ce qui laissait à l'individu la possibilité de s'exprimer librement. Certains entretiens ont été menés avec ma tutrice, lors des premiers rendez-vous et pour rencontrer les élus que je ne pouvais pas aborder seule par respect du protocole de la collectivité. Les entretiens n'étaient pas enregistrés mais s'accompagnaient toujours d'une prise de notes plus ou moins abondante. Il était indispensable, pour extraire le maximum d'informations des discours, que les annotations soient complétées dès la fin de l'entretien.

Le panel de personnes ressources rencontrées a été d'une grande variété. Différentes visions et points de vue du même quartier ont ainsi pu être confrontés. Les élus (conseiller municipal délégué en charge du Mont Gaillard et le Maire d'Harfleur) ont été les premiers consultés pour obtenir une vision globale et politisée des quartiers. Afin d'affiner la recherche, différents techniciens ont été sollicités (délégué territorial, employés du Centre Médico-Social (CMS), etc.) ainsi que des membres associatifs. Les professionnels du social et de la santé (assistante sociale, médecins généralistes, diététicienne-nutritionniste, ophtalmologue, infirmières scolaires) ont apporté leur vision médicale. Quelques habitants ont partagé leur expérience et leur vécu quotidien dans leur quartier.

Comme pour les questionnaires, les informations recueillies à Beaulieu sont moins denses qu'au Mont Gaillard. De plus, il a souvent été impossible d'obtenir une vision focalisée sur Beaulieu : mêmes si les structures sont localisées dans le quartier, elles reçoivent toute la population harfleuraise et ne distinguent pas forcément les quartiers. La quasi-totalité de ces personnes ressources travaillaient dans le social et très peu ont pu m'éclairer sur la santé ou le recours aux soins.

# PARTIE 2 - LOGIQUES DE RECOURS ET CADRES DE VIE, UNE ARTICULATION SINGULIÈRE

## CHAPITRE 3 - LE QUARTIER, FORME SPATIALE, FORME SOCIALE..... 29

### *I - Héritages et constructions des quartiers* ..... 29

- A - Les impacts locaux des crises mondiales
- B - Mont Gaillard, le mensonge du rêve
- C - Beaulieu, le maintien d'une unité

### *II - Le quartier, l'appartenance entre fierté et désaveu* ..... 46

- A - Quartier enclavé, quartier isolé
- B - Un lieu d'ancrage choisi ou subi

### *III - Pauvreté et exclusion*..... 56

- A - La précarité, formes et manifestations diverses
- B - Le choix de la jeunesse, « les cours ou la rue » ?

## CHAPITRE 4 - L'AMBIVALENCE DES REGARDS SUR LE QUARTIER, DES REPRESENTATIONS AUX VECUS ..... 60

### *I - La perception de l'extérieur : entre attrait et stigmatisation* ..... 60

### *II - L'expérience du quotidien : des sentiments contradictoires* ..... 62

- A - Mont Gaillard, l'opposition de deux réalités
- B - Beaulieu, un bien-être controversé

## CHAPITRE 5 - INITIATIVES ET PROJETS, MAINTENIR LA COHESION SOCIALE..... 68

### *I - Des projets de territoire structurants* ..... 68

- A - La Zone Franche Urbaine du Mont Gaillard, une certaine désillusion
- B - Donner une nouvelle identité au Mont Gaillard
  - Les grands projets urbains
  - Le changement, illusion ou réalité d'un « mieux vivre » ?
- C - A Beaulieu, une implication ponctuelle
  - Des projets de proximité
  - Un réseau d'acteurs brouillé

<b>II - Le travail sur-mesure des structures associatives .....</b>	<b>75</b>
<b>III - Les habitants entre solidarités et tensions .....</b>	<b>78</b>
A - Les relations de voisinage déséquilibrées	
B - La place commerçante du quartier et l'hypermarché, des lieux de rencontre	
<b>CHAPITRE 6 - SOIGNER ET SE SOIGNER, DECRYPTER LES PRATIQUES LOCALES.....</b>	<b>85</b>
<b>I - Soutiens de proximité et offre de santé, une alliance salutaire .....</b>	<b>86</b>
A - Une offre de soins « satisfaisante » ...	
B - ... pour combien de temps ?	
• Initiatives personnelles et municipales au Mont Gaillard	
• « J'ai mal aux dents, revenez dans 1 an »	
• Un avenir inquiétant pour l'offre de soins à Beaulieu	
<b>II - Des pratiques de recours différenciées.....</b>	<b>94</b>
A - Les problèmes de santé soulignés par les acteurs	
• A Beaulieu	
• Au Mont Gaillard	
B - Les principaux freins du recours aux soins	
<b>III - La réalité des professionnels de santé.....</b>	<b>98</b>
A - Patience et persévérance, le quotidien des infirmières	
B - La mécompréhension entre médecins et patients	

## **PARTIE 2 - LOGIQUES DE RECOURS ET CADRES DE VIE, UNE ARTICULATION SINGULIÈRE**

La santé n'est pas appréhendée uniquement en termes de pathologie mais également et surtout comme un état à proprement parler, celui d'être en forme ou de ne pas se sentir bien. C'est ce ressenti qui nous intéresse et nous permet d'approcher la notion de renoncement aux soins. La façon dont les individus se sentent n'est pas forcément le fait d'une maladie et d'une douleur clairement éprouvée. C'est pourquoi, nous nous sommes largement intéressés dans ce mémoire au contexte de vie des habitants de deux quartiers : Mont Gaillard et Beaulieu. Nous supposons que la santé se construit ou se dégrade au quotidien, par les expériences personnelles, liées à des situations professionnelles incertaines ou des conflits familiaux par exemple, mais aussi plus largement par l'environnement dans lequel les individus évoluent, le milieu de vie du quotidien, c'est-à-dire le quartier de résidence. A travers ce mémoire, nous détaillerons diverses modalités des deux quartiers en nous intéressant à la fois à ce qui est visible (l'aspect physique du quartier, son agencement, la typologie de l'habitat, etc.) et invisible (les relations entre les acteurs des quartiers, les habitants, les professionnels de santé et les membres associatifs). Nous aborderons également les perceptions dégagées par ce milieu de vie, de la tranquillité à l'insécurité, tout en gardant à l'esprit notre interrogation de départ supposant des relations entre cet environnement, la santé des habitants et leurs logiques de recours aux soins.

## CHAPITRE 3 - LE QUARTIER, FORME SPATIALE, FORME SOCIALE

Cette première partie a pour vocation de caractériser les liens existants entre les formes spatiales et les formes sociales. Nous pensons que ces deux formes qui font la réalité sont constamment entremêlées et reflétées, qu'elles s'entretiennent et se transforment mutuellement. Nous tenterons de décrire au mieux ces deux éléments, afin de comprendre les quartiers, leurs histoires, leurs enjeux.

Cette idée est bien résumée par Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot qui écrivent dans leur ouvrage *Paris, quinze promenades sociologiques* :

*« la vie urbaine est le produit de l'interaction permanente entre ces deux formes de la société, le social objectivé dans les choses et le social intériorisé par les personnes ».*

Une grande partie des données présentées dans ce mémoire est issue des résultats du questionnaire ou d'entretiens, et ces discours, bien que réels pour l'intéressé, restent subjectifs. Préciser quelques données chiffrées objectives permettra de situer les quartiers, de les insérer dans un cadre plus global, une échelle plus large par exemple celle de la CODAH. Le croisement des données, objectives et subjectives, permettra de nuancer ou d'accentuer les perceptions des acteurs. L'intérêt n'est pas de montrer que le taux de chômage est plus important ici ou là mais de comprendre comment ce fait est ressenti, intériorisé, exprimé par les habitants et comment il s'inscrit, à terme, dans leurs recours aux soins.

### I - Héritages et constructions des quartiers

Cette première partie de chapitre retrace les épisodes et les contextes de construction des quartiers. S'intéresser au passé des quartiers permettra de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre de nos jours. Car l'espace que nous connaissons actuellement n'a pas toujours été ainsi. Il est le fruit d'une production dans le temps, de choix politiques et de projets urbains, d'enchaînements de destins qui ont modelé le quartier, imprégné par les espoirs et les déceptions des habitants qui y vivent. Le territoire porte en lui toutes ces modalités transformées et réactualisées par ses résidents.

Nous nous attacherons à présenter succinctement la population résidant dans les quartiers étudiés à travers des données démographiques, économiques et sociales. L'objectif n'est pas de dresser un portrait statistique détaillé, froid et distant du quartier, mais d'en énoncer certains éléments marquants, des chiffres révélateurs, pouvant éclairer le développement de l'étude.

Dans cette première sous partie, nous verrons avec quelle mesure les événements et les situations sociales et économiques marquent les mémoires des habitants.

## A - Les impacts locaux des crises mondiales

En 1944, suite à de nombreux bombardements anglais, le centre du Havre et son port sont détruits (photogr. 1). Près de 35 000 personnes sont sinistrées. Le ministère de la reconstruction désigne un cabinet d'architectes dirigé par Auguste Perret pour rebâtir la ville. Cette période va durer 20 ans et Le Havre ne retrouvera sa population d'avant-guerre qu'au dénombrement de 1962. Le quartier reconstruit, comprenant logements, bâtiments civils, commerciaux, administratifs et religieux, est unique en Europe par sa cohérence et est classé au patrimoine mondial de l'humanité depuis 2005 (photogr. 2). Plusieurs milliers de logements sont réalisés, pour l'essentiel sous forme d'habitats collectifs, d'abord dans l'espace urbain existant, puis sous forme de Zone Urbaine Prioritaire (ZUP) en périphérie comme pour Caucriauville (quartier n°23, figure 3 p.24) et la Mare Rouge (quartier n°13, figure 3 p.24) où furent relogés les derniers habitants des fameux "*camps cigarettes*" (photogr. 3).

Photogr. 1 : Le Havre après les bombardements



Source : <http://www.grieme.org/>

Photogr. 2 : Place de l'Hôtel de ville et immeubles du centre-ville du Havre reconstruits par Auguste Perret



Source : <http://www.skyscrapercity.com>

Photogr. 3 : Camp Herbert Tareyton, forêt de Montgeon (Le Havre)



Les cités provisoires sont d'anciens camps militaires américains. Il y en aura neuf dans le pays de Caux pour accueillir les soldats venant du front. Subtile manière d'imposer le tabac américain à la population, chacun des camps portait le nom d'une marque de cigarette américaine. Après le départ des soldats en 1946, les baraquements revinrent aux communes qui attribuèrent des logements aux familles sinistrées par les bombardements.

Source : <http://ina.fr>

Après la Seconde Guerre mondiale, l'activité économique du Havre se développe. La concurrence des premiers avions de lignes commerciaux au début des années 1960 met fin aux grandes traversées transatlantiques entre l'Amérique du Nord et Le Havre. Le port est alors reconstruit avec comme objectif de s'adapter à la fois aux nouvelles techniques de manutention (développement de la conteneurisation) mais aussi à l'augmentation de la capacité des vraquiers (pétroliers, minéraliers, etc.). La volonté étatique de développer l'industrie en France est soutenue par la période de croissance des Trente Glorieuses. Ces deux éléments conjugués entraînent l'installation de nombreuses grandes industries dans les domaines de la pétrochimie, du raffinage et de l'automobile au Havre et dans ses alentours. L'activité qui en est générée crée de nombreux emplois et attirent beaucoup de travailleurs dans les

années 60 qu'il faudra loger. C'est ainsi que sort de terre un « *morceau de ville* » appelé le Mont Gaillard et à plus petite échelle la cité HLM de Beaulieu à Harfleur.

L'activité industrielle et portuaire du Havre sera assez soutenue jusqu'aux années 1970 mais les aléas de la conjoncture mondiale vont assommer cette croissance rapide et marquer durablement le tissu économique et social de la région havraise. Le choc pétrolier de 1973 ébranle l'économie mondiale, le commerce international faiblit, de même que les productions industrielles. Parallèlement, l'industrie traditionnelle (chaudronnerie, mécanique, tréfilerie, chantiers navals) subit les conséquences des mutations du système productif se traduisant par des disparitions massives d'activités et d'emplois. Une époque douloureuse débute pour la région havraise. Les nombreuses suppressions d'emplois font grimper le taux de chômage et la ville se dépeuple (plus de 10% de ses habitants l'ont quittée entre 1970 et 1995). Les années 80-90 sont marquées par de gros bouleversements dans l'activité industrialo-portuaire havraise. Dans le cadre de vastes mouvements de restructuration des groupes mondialisés, certains établissements souvent anciennement implantés sur la commune du Havre disparaissent (Alstom, Caillard, Ateliers et Chantiers du Havre (ACH)) alors que d'autres établissements de création plus récente, localisés sur la Zone Industrialo Portuaire (ZIP) sont modernisés. Parallèlement certaines activités en croissance quittaient le tissu industriel ancien des quartiers sud du Havre pour se relocaliser en se développant dans des communes périphériques.

Aujourd'hui, l'appareil productif local havrais reste dominé par la grande industrie qui représente près de 20% des emplois de l'aire urbaine du Havre, contre 13% dans les aires urbaines comparables [PLU, 2009]. Les secteurs du transport, de l'industrie pétrochimique et automobile en restent les principaux points forts.

## **B - Mont Gaillard, le mensonge du rêve**

Attirés par le dynamisme économique de la région havraise des années 60, de nombreux travailleurs affluent au Havre. Face à la demande croissante de logements, la décision de construire un nouveau quartier au nord de la ville du Havre dans le prolongement naturel de la Mare Rouge (quartier n°13, figure 3 p.24) a été retenue en 1967. La réalisation du quartier du Mont Gaillard sous forme de Zone Urbaine Prioritaire (ZUP) a été décidée en janvier 1968. L'opération proprement dite a débuté en 1970 pour se terminer 10 ans plus tard.

Le Mont Gaillard a été la dernière opération d'aménagement réalisée sous forme de ZUP en France. Sa conception se rapproche, au niveau des principes, de ce qui se fera ultérieurement sous forme de Zone d'Aménagement Concerté (ZAC). Les concepteurs de l'opération ne se limitent pas à construire une « *cité-dortoir* » avec des immenses barres d'immeubles mais intègrent au quartier des zones pavillonnaires, des commerces, des équipements et des espaces verts pour offrir une « *vraie*

*physionomie au quartier* » (figure 4 p.39). De nombreux havrais sont séduits par le cadre de vie de cette « *ville à la campagne* ». Dans les habitats collectifs, dont une grande partie à loyers modérés, s'installent des populations souvent ouvrières. Quant aux pavillons, ils sont achetés par des fonctionnaires, des agents des PTT, de la SNCF. Les crédits étant largement ouverts, les pavillons se vendent « *comme des kilos de sucre* » [Le Havre Presse, 1975]. Pour certains propriétaires, le voisinage des tours est une nuisance. En effet, certaines maisons ont été construites au pied d'immeubles et les habitants se sentent écrasés par ces blocs de béton. Les gens s'imaginaient vivre à la campagne, cultiver un petit bout de potager, mais au lieu de cela des parkings bétonnés s'étalent et des tours poussent comme des champignons. Pour certains, le rêve de la « *citée verte* » disparaît en même temps que l'horizon (photogr. 4 et 5).

Photogr. 4 : « des pavillons écrasés sous des immeubles en béton »



Source : Le Havre Presse, 1975

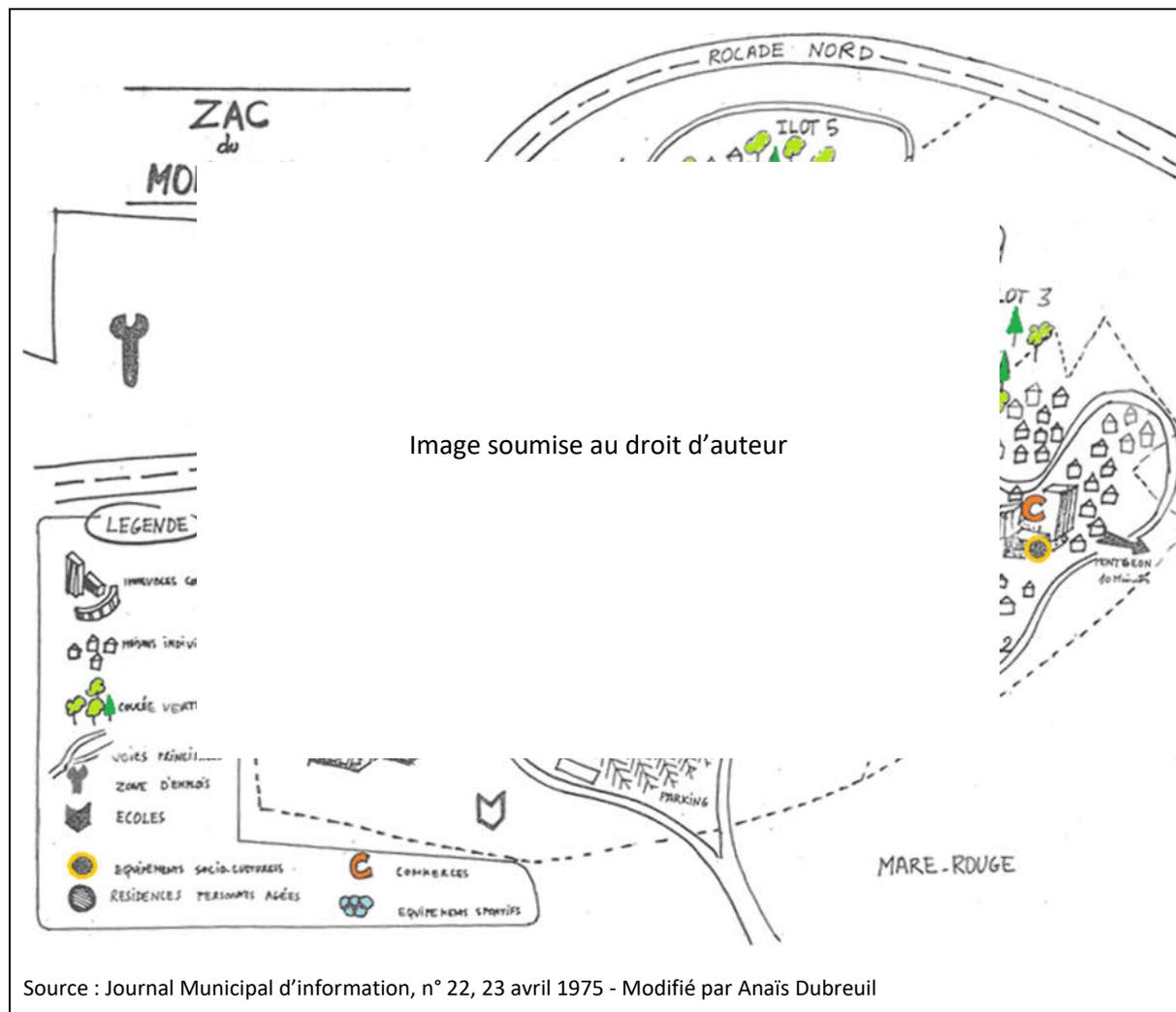
Photogr. 5 : Immeubles et pavillons

Aujourd'hui, l'enchevêtrement des immeubles et des pavillons est toujours une caractéristique majeure et visible du paysage. Une maigre route sépare les ensembles de maisons des imposants lots d'immeubles collectifs.

Février 2012, A. Dubreuil



Figure 4 : Croquis de la ZAC du Mont Gaillard



Aujourd’hui, comme dans la majorité des Zones Urbaines Prioritaires (ZUP), une importante partie du parc de logements est constitué d’immeubles collectifs soit 77,3% du total des résidences principales. C’est d’ailleurs cet urbanisme de tours qui a été choisi dans les années 70 pour constituer le cœur de quartier en édifiant la place du Mont Gaillard (photogr. 6 p.41 et n°① sur figure 5 p.41), tout près de l’hypermarché Auchan.

L’habitat individuel représente seulement 21,5% du parc mais s’impose dans le paysage par son urbanisation extensive.

Quelques appartements sont accessibles à la propriété mais 63,7% des logements collectifs sont destinés à la location dont 54,4% d’Habitations à Loyer Modéré (HLM) (tableau 1).

Tableau 1 : Type de résidences et statut des occupants au Mont Gaillard

Résidences principales (en %)	Mont Gaillard	Le Havre	CODAH
Maisons	<b>21,4</b>	28,6	37,9
Appartements	<b>77,3</b>	70,7	61,3
HLM loués vides	<b>54,4</b>	31,9	29,9
Occupées par des propriétaires	<b>35,3</b>	39,8	45,5
Occupées par des locataires	<b>63,7</b>	58,7	53,2

Source : RG INSEE, 2008

Malgré la prépondérance du marché locatif, le Mont Gaillard se distingue des autres quartiers ZUP du Havre par la présence d'un parc en accession relativement important. Ainsi 35,3% des habitants sont propriétaires de leur logement contre 16,8% à Caucriauville (quartier n°23, figure 3 p.24) ou 19,4% pour la Mare Rouge (quartier n°13, figure 3 p.24). Les deux tiers du parc de logements en accession à la propriété sont des logements individuels (tableau 2).

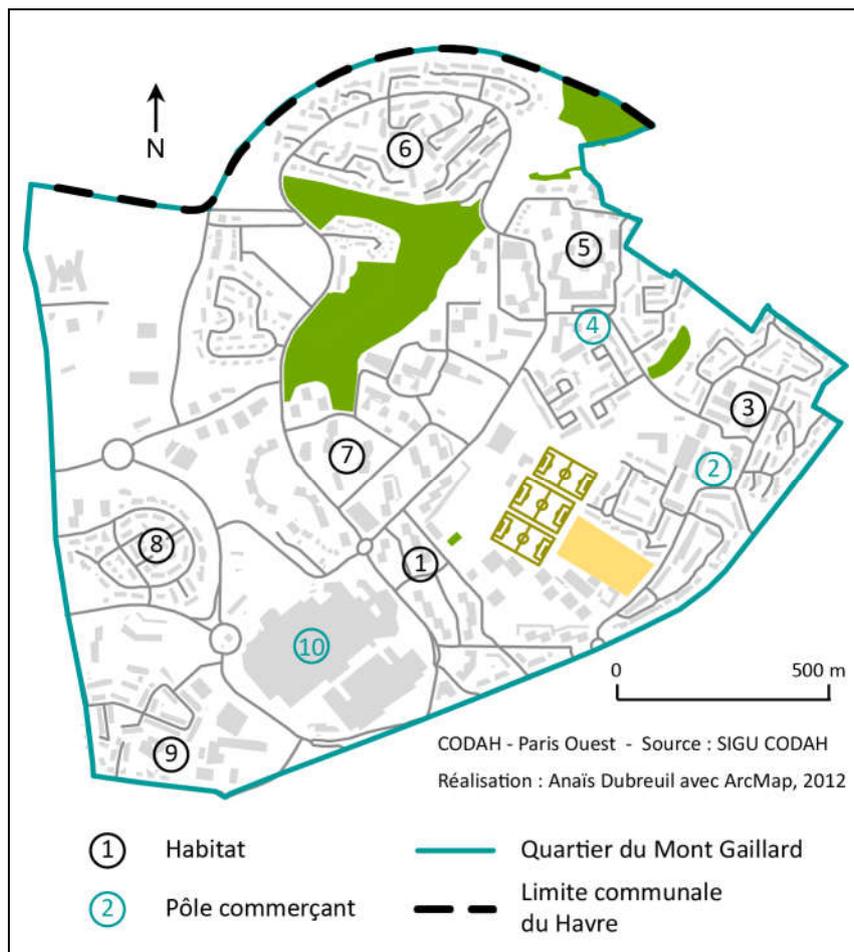
Tableau 2 : Comparaison du statut des occupants du Mont Gaillard avec d'autres quartiers ZUP

Résidences principales (en %)	Caucriauville	Mare Rouge	Mont Gaillard
Occupées par des propriétaires	16,8	19,4	<b>35,3</b>
Occupées par des locataires	80,0	80,3	<b>63,7</b>
HLM loués vides	73,2	74,3	<b>54,4</b>

Source : RG INSEE, 2008

La figure ci-dessous présente les principaux ensembles d'habitats du quartier ainsi que les pôles commerçants et permet d'appréhender l'hétérogénéité architecturale du quartier.

Figure 5 : Localisation des différents habitats et des pôles commerçants au Mont Gaillard



Photogr. 6 : Les immeubles de la place du Mont Gaillard ①, mai 2012, A. Dubreuil

Photogr. 7 : La place Sainte Catherine ②,  
mars 2012, A. Dubreuil



Photogr. 8 : Les immeubles Sainte Catherine ③,  
mars 2012, A. Dubreuil

Photogr. 9 : La place Raymond Queneau ④ près  
des immeubles des Pépinières ⑤  
mars 2012, A. Dubreuil



Photogr. 10 : Les pavillons de la Bigne à Fosse ⑥,  
mai 2012, A. Dubreuil



Photogr. 11 : Les immeubles du pôle Pauline Kergomard ⑦, mars 2012, A. Dubreuil

Photogr. 12 : L'ensemble pavillonnaire des Canadiens ⑧, mai 2012, A. Dubreuil



Photogr. 13 : La Cité de l'Ormaie ⑨, avril 2012, A. Dubreuil

Photogr. 14 : Une des entrées de la galerie marchande, celle de l'hypermarché Auchan ⑩, février 2012, A. Dubreuil



Après que la construction du quartier soit achevée dans les années 70, les informations sur celui-ci sont plus difficiles à obtenir dans la presse. Il faudra attendre les années 2000, avec le programme de rénovation urbaine pour qu'on s'intéresse de nouveau au quartier des hauteurs du Havre.

Pourtant, en trente ans, le quartier a connu des bouleversements majeurs. La crise des années 70 n'a pas épargné les habitants du Mont Gaillard. Dans la presse locale (Le Havre Libre et Le Havre Presse), certains articles relatent, d'autres interpellent...

Figure 6 : Extraits d'articles portant sur le Mont Gaillard

Septembre 1980 : *« le Mont Gaillard rencontre des problèmes au niveau des équipements sociaux, causés par la baisse de la politique économique »*

Mars 1994 : *« Le quartier est agréable mais des agressions sont signalées, il faut agir vite si on veut que le quartier reste agréable »*

Octobre 1995 : *« Né il y a 20 ans autour du centre commercial, le Mont Gaillard est dominé par une forte densité d'habitats sociaux, un taux de chômage important et une majorité de jeunes ... qui inquiètent »*

Novembre 1995 : *« 20 000 des 35 000 habitants du quartier vivent toujours au-dessous du seuil de pauvreté. Il y a des gosses de dix ans qui s'enivrent à la bière [place du Mont Gaillard] »*

Février 1999 : Le commissariat est incendié

Octobre 2001 : Les CRS sécurisent le Mont Gaillard ; *« Des habitants exaspérés du Mont Gaillard frappent à la porte de la Mairie »*

Janvier 2002 : *« Injure raciste sur une façade, les tristes graffitis ont été nettoyés... demeure un persistant sentiment de malaise »*

Février 2002 : Une école de danse est incendiée

Juillet 2002 : Impasse Louis le Flem, la maison de l'Enfance est incendiée, ainsi que 8 voitures

Sources : Presse locale, Le Havre Libre et Le Havre Presse, non exhaustif

Ces informations dressent un portrait cru et violent du Mont Gaillard qui semble être un quartier mouvementé où règnent la pauvreté et la violence.

En 1999, 26,5% des habitants étaient à la recherche d'un emploi. Les catégories socio-professionnelles dominantes étaient les employés (41,8% dont 28,6% au chômage) et les ouvriers (38,0% dont 24,2% au chômage). Ces deux catégories étaient surreprésentées dans le quartier par rapport à la moyenne du Havre et de la CODAH. A l'opposé, les professions intermédiaires représentaient 14,0% de la population active sur le quartier et le chômage touchait moins de 15% d'entre eux. Ces catégories sont sous-représentées.

D'après les derniers résultats du recensement de 2008, le taux de chômage dans le quartier reste largement au-dessus de la moyenne Havraise avec 21,9%. La répartition des catégories socio-professionnelles a peu changé. La population de plus de 15 ans non scolarisée sans diplôme est supérieure à la moyenne havraise avec 27,8% contre 22,4%. Le revenu médian est de 12 080 euros par unité de consommation alors que celui du Havre est de 14 859 euros. Certains écarts se réduisent mais le quartier reste marqué par des données défavorables (tableau 3).

Tableau 3 : Chiffres de cadrage

En % (excepté le revenu médian en €)	Beaulieu	Harfleur	Mt Gaillard	Le Havre	CODAH
Population 0-19 ans	24,3	25,7	<b>29,6</b>	25,6	25,8
Population retraitée	<b>28,3</b>	27,0	26,2	25,5	25,4
Famille en couple avec enfant(s)	<b>60,1</b>	58,4	57,6	54,0	56,3
Famille monoparentales	7,8	11,9	<b>18,0</b>	<b>17,9</b>	15,3
Population immigrée	2,2	2,3	<b>9,0</b>	6,9	5,5
Actifs cadres prof. intel. supérieures	4,8	6,7	<b>3,6</b>	11,2	12,2
Actifs prof. intermédiaires	19,7	20,9	<b>18,1</b>	25,7	26,5
Actifs employés	29,5	31,8	<b>39,4</b>	33,0	31,3
Actifs ouvriers	42,4	<b>38,6</b>	37,7	26,6	26,2
Pop 15 ans ou plus sans diplôme	26,7	25,5	<b>27,8</b>	22,4	21,4
Chômeurs	11,4	12,7	<b>21,9</b>	16,9	14,9
Revenu médian (€)	17 347	17 199	<b>12 080</b>	14 868	DI

Source : Recensement INSEE 2008

DI = donnée inexistante

Au dernier recensement de 2008, le quartier comptait 9 641 habitants. C'est l'un des quartiers le plus peuplé du Havre, en sixième position, proche de ses deux voisins géographiques, Mare Rouge et Bois de Bléville. Mont Gaillard est le troisième quartier à avoir perdu le plus d'habitants entre 1999 et 2007 avec -19,1% en grande partie dû aux destructions des logements sociaux. Les jeunes de moins de 19 ans représentent près d'un tiers de la population du quartier (29,6% contre 25,6% pour la moyenne havraise). Les personnes retraitées sont légèrement surreprésentées par rapport au Havre : 26,1% contre 25,5%. Plus de la moitié des ménages (57,6%) sont des familles en couple avec enfant(s). Le nombre de familles monoparentales est dans la moyenne havraise (18%). La population immigrée représente 9% du total des résidents du Mont Gaillard.

Malgré des chiffres globalement défavorables, les situations sociales et économiques des habitants sont variables. Elles sont notamment perceptibles lorsqu'on s'intéresse aux deux types d'habitats présents sur le quartier : l'habitat individuel ou collectif.

L'offre de logements collectifs à coût abordable attire plutôt des personnes dont les revenus sont limités, alors que la propriété traduit souvent un niveau de vie plus élevé. De façon schématique, l'habitat locatif

social rassemble davantage les individus en situation de précarité avec une part importante de familles monoparentales, de ménages disposant de faibles revenus et bénéficiant fréquemment des minima sociaux. Les logements sont plutôt occupés par des ouvriers avec un niveau de formation faible. L’habitat pavillonnaire est occupé par des propriétaires avec des revenus plus importants mais où s’observent des différences puisqu’on y trouve, selon les secteurs, des ménages plus âgés ou des retraités de catégorie moyenne, mais aussi des familles plus jeunes avec des enfants. Sur notre échantillonnage, aucun propriétaire n’a déclaré toucher le Revenu de Solidarité Active contre 17% pour les locataires (tableau 4).

Tableau 4 : Bénéficiaires du RSA en fonction du statut d’occupation au Mont Gaillard (en %)

En %	Propriétaire	Locataire	Total
Bénéficiaire du RSA	0,0	17,6	13,3 (n=11)
Non bénéficiaire du RSA	100,0	82,4	86,7 (n=72)

Source : enquête habitant, 2012

### C - Beaulieu, le maintien d’une unité

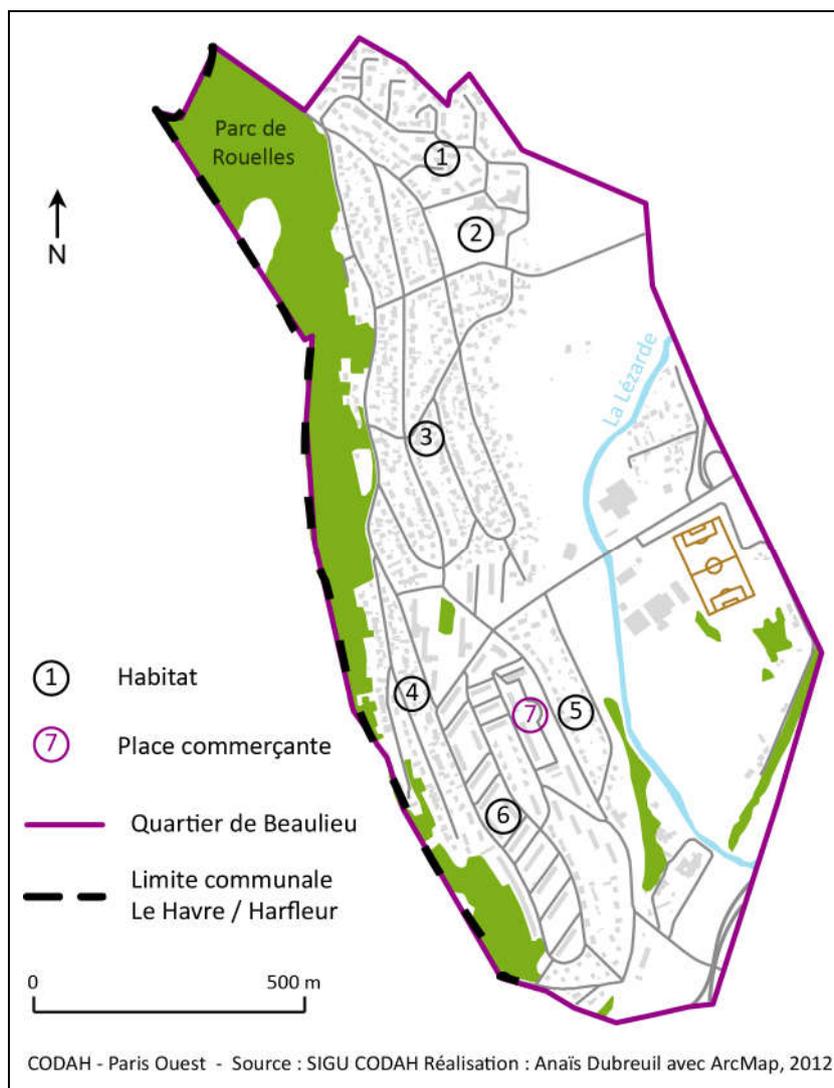
Le quartier de Beaulieu est l’un des trois quartiers de la commune d’Harfleur. Il est situé dans sa périphérie ouest.

La trace des premiers habitants à Beaulieu remonte à l’époque gauloise, avérée par les vestiges d’un ancien temple. A cette époque le hameau se nommait Harquebosc. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, celui-ci était essentiellement agricole. Il vit arriver sur la rive gauche de la Lézarde les prémices de l’ère industrielle avec l’installation d’une usine de faïencerie. Les deux guerres mondiales bouleversèrent le quartier. En 14-18, un camp anglais s’installa dans le hameau. Il était constitué de baraquements de bois, de logements sous tentes ainsi que d’une grande infirmerie. La guerre de 39-45 transforma le quartier en forteresse. Il faisait partie du dispositif de défense de la ville du Havre mis en place par les Allemands. La côte au bord du plateau de Caucriauville était truffée de blockhaus. Trois ou quatre spécimens bien conservés sont encore visibles de nos jours.

Le quartier, tel que nous le connaissons actuellement, est récent. Les premiers lotissements furent construits en 1936 et l’ensemble a été nommé « *Vieux Beaulieu* ». Sous le plateau de Caucriauville, une petite zone pavillonnaire s’est également construite à la fin des années 30 dans la carrière appartenant aux frères Mauger. On y extrayait des silex et un mélange d’argile et de silex appelé « *tuque* » dans le pays de Caux. Ces matériaux servaient essentiellement à la confection ou à la réfection des routes non bitumées. L’activité de la carrière prit fin dans les années 50, les Ponts et Chaussées, leur client essentiel, n’utilisaient plus ce type de produit trop agressif pour les roues en caoutchouc. L’autre moitié du terrain est restée une terre agricole jusqu’en 1954, lors de la construction des HLM qui accueillirent beaucoup

d'ouvriers et d'employés travaillant sur la zone portuaire. Cette nouvelle partie du quartier devait s'appeler « *Harfleur nouvelle ville* », mais sous l'impulsion des habitants, elle prit très rapidement le nom de Beaulieu « *neuf* ». Cette même année naissait la place commerçante Guy de Maupassant dont l'objectif était de rassembler les différents commerces éparpillés dans le quartier à un seul endroit. À la même époque se construisit près du chemin de fer, un ensemble de pavillons appelés « *les cubes* ». En 1973, la dernière extension pavillonnaire fut construite sous le nom de « *Grand Harquebosc* », nom originel du quartier. La figure ci-dessous permet de localiser les différents habitats cités dans ce paragraphe.

Figure 7 : Localisation des différents habitats et de la place commerçante à Beaulieu





Photogr. 15 : L'ensemble du « *Grand Harquebosc* »,  
partie pavillons ①, mai 2012, A. Dubreuil

Photogr. 16 : L'ensemble du « *Grand Harquebosc* »,  
partie immeubles ②, mai 2012, A. Dubreuil



Photogr. 17 : Beaulieu ancien ou  
« *Vieux Beaulieu* » ③, mai 2012, A. Dubreuil

Photogr. 18 : Les pavillons Mauger ④,  
mars 2012, A. Dubreuil





Photogr. 19 : « Les cubes » ⑤,  
Google Maps, 2008

Photogr. 20 : Les immeubles HLM ⑥,  
février 2012, A. Dubreuil



Photogr. 21 : La place Guy de Maupassant appelée  
la « Cité commerciale » ⑦, mai 2012, A. Dubreuil

Depuis la construction des derniers pavillons, le quartier a peu changé. Il a été faiblement touché par la vague de chômage des années 70-80. Ainsi en 2008, 11,42% des habitants recherchaient un emploi, ce taux était légèrement inférieur à la moyenne harfleuraise de 12,7%. Les ouvriers étaient fortement représentés avec 42,4% des habitants, 29,5% étaient des employés, 19,7% des professions intermédiaires et 4,8% des cadres et professions intellectuelles supérieures. La part des 15 ans ou plus non scolarisés sans diplôme était de 26,7%. Le revenu médian d'Harfleur était situé à 17 200€ et celui de Beaulieu à 17 347 € (tableau 3 p.45).

Le quartier comptait 3 148 habitants en 2008 soit environ 1/3 de la commune d'Harfleur (8 088 habitants). La part des moins de 19 ans était de 24,3% ce qui était proche de la moyenne harfleuraise.

Beaulieu concentrait 60,1% de familles avec enfants et peu de famille monoparentales 7,8%. La population immigrée était dérisoire et représentait 2,2% des résidents.

Les caractéristiques des habitants de Beaulieu sont très proches de celles des habitants d’Harfleur (tableau 3 p.45).

Comme au Mont Gaillard, le quartier de Beaulieu est marqué par deux types d’habitats : pavillons et immeubles collectifs mais contrairement au quartier Nord du Havre, les deux habitats ne se mélangent pas. Ils créent deux ensembles distincts. Selon le découpage de l’INSEE, le quartier de Beaulieu est découpé en deux IRIS. L’un regroupe le *Vieux Beaulieu* pavillonnaire où s’immiscent quelques immeubles (les immeubles Harquebosc) parfaitement bien intégrés dans le paysage (photogr. 16). L’autre comprend la partie HLM avec les pavillons près de la gare appelé « *les cubes* » (photogr. 19). Ce découpage est parfaitement adapté à notre démonstration et nous aidera à commenter les propos sur les situations socio-économiques des résidents. Dans le quartier, 52,8% des habitations sont occupées par des locataires (dont 47,7% sont des HLM) et 46,5% par des propriétaires (tableau 5). Dans notre échantillon, tous les propriétaires habitent un pavillon et tous les locataires résident dans les immeubles. Davantage de locataires bénéficient du RSA (18,8% contre 10,5% pour les propriétaires) (tableau 6) et de la CMU-C (25% contre 6,3% pour les propriétaires) (tableau 8). Quel que soit le statut des habitants face au logement, ils bénéficient tous d’une mutuelle (tableau 7).

Tableau 5 : Type de résidences et statut des occupants à Beaulieu

Résidences principales (en %)	Beaulieu	Harfleur	CODAH
Maisons	50,0	40,5	37,9
Appartements	48,0	56,8	61,3
HLM loués vides	<b>47,7</b>	45,2	29,9
Occupées par des propriétaires	<b>46,5</b>	39,1	45,5
Occupées par des locataires	<b>52,8</b>	59,8	53,2

Source : RG INSEE, 2008

Tableau 6 : Bénéficiaires du RSA en fonction du statut d’occupation à Beaulieu

(en %)	propriétaire	locataire	Total
Bénéficiaire du RSA	10,5	<b>18,8</b>	13,9 (n=5)
Non bénéficiaire du RSA	89,5	81,3	86,1 (n=31)

Source : enquête habitant, 2012

Tableau 7 : Bénéficiaires d’une mutuelle en fonction du statut d’occupation à Beaulieu

(en effectifs)	propriétaire	locataire	Total
Bénéficiaire d’une mutuelle	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>38</b>
Non bénéficiaire d’une mutuelle	0	0	0

Source : enquête habitant, 2012

Tableau 8 : Type de mutuelle en fonction du statut d'occupation à Beaulieu

En %	propriétaire	locataire	Total
Privée	87,5	62,5	72,7 (n=24)
CMU-C	6,3	<b>25,0</b>	15,2 (n=5)
Ne se prononce pas	6,3	12,5	12,1 (n=4)

Source : enquête habitant, 2012

Les deux quartiers ont été construits dans des contextes différents : Mont Gaillard s'est élevé des champs en une dizaine d'années alors que Beaulieu a été construit par vagues successives depuis le début du siècle. A l'intérieur des quartiers, des sous-espaces se distinguent. Ils sont visibles à travers les formes architecturales et garantissent une certaine hétérogénéité sociale, les immeubles regroupant des populations souvent plus défavorisées que les pavillons.

Les caractéristiques sociales et économiques de la population des deux quartiers sont similaires en certains points : la part de population retraitée, de familles en couple avec enfant(s), des 15 ans ou plus sans diplôme ainsi que les catégories socio-professionnelles. Cependant l'évolution des quartiers a été très différente. Des différences marquées s'observent pour la part de population immigrée, de familles monoparentales, le taux de chômage et le revenu médian qui dénotent des conditions d'existence plus pénibles au Mont Gaillard.

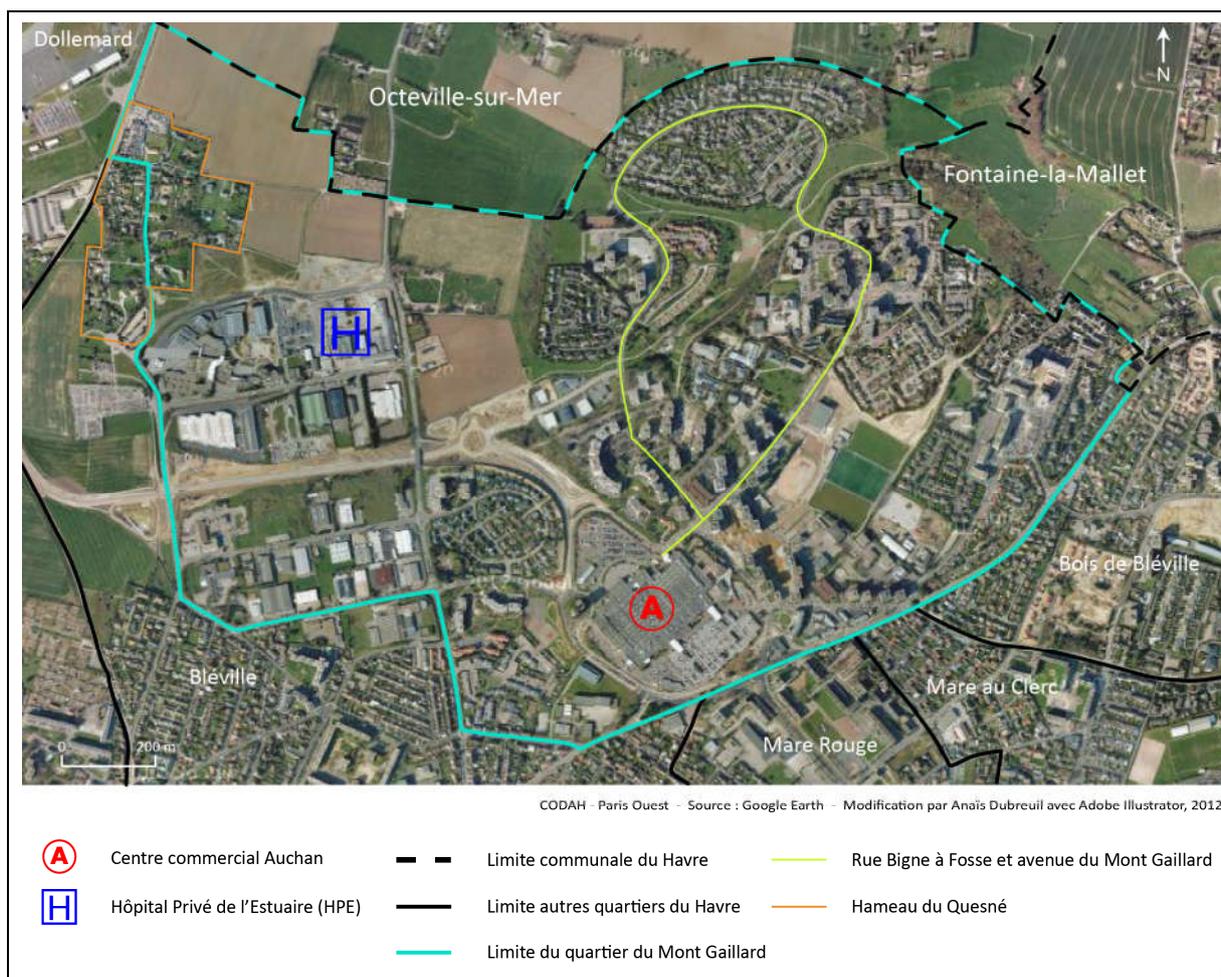
## II - Le quartier, l'appartenance entre fierté et désaveu

Cette deuxième partie décrit les modes d'appropriation du territoire par les populations. Nous tenterons de comprendre comment les mobilités ou leurs absences à l'intérieur du quartier et vers l'extérieur peuvent influencer le sentiment d'appartenance. Comment celui-ci impacte-t-il la vision des habitants portée sur leur lieu de vie ? Quelles en sont les répercussions sur leurs propres constructions identitaires et leurs logiques de recours de soins ?

### A - Quartier enclavé, quartier isolé

Le quartier du Mont Gaillard est situé dans la ville haute, sur le plateau du Havre, en périphérie nord-ouest de la commune. Physiquement, le quartier est au bout du Havre, toute la partie nord est bordée d'espaces non habités. Le Mont Gaillard est longé par deux grands axes routiers permettant la liaison entre le Havre et les communes périphériques. Une route structure de l'intérieur le Mont Gaillard, de l'avenue du Mont Gaillard à la rue de la Bigne à Fosse. Dans la continuité l'une de l'autre, elles passent à travers le quartier en faisant une boucle à son extrémité nord pour revenir au sud. Seuls les résidents ont un réel intérêt à parcourir le quartier car il ne dispose d'aucun équipement (figure 8).

Figure 8 : Image satellite du Grand quartier du Mont Gaillard au Havre

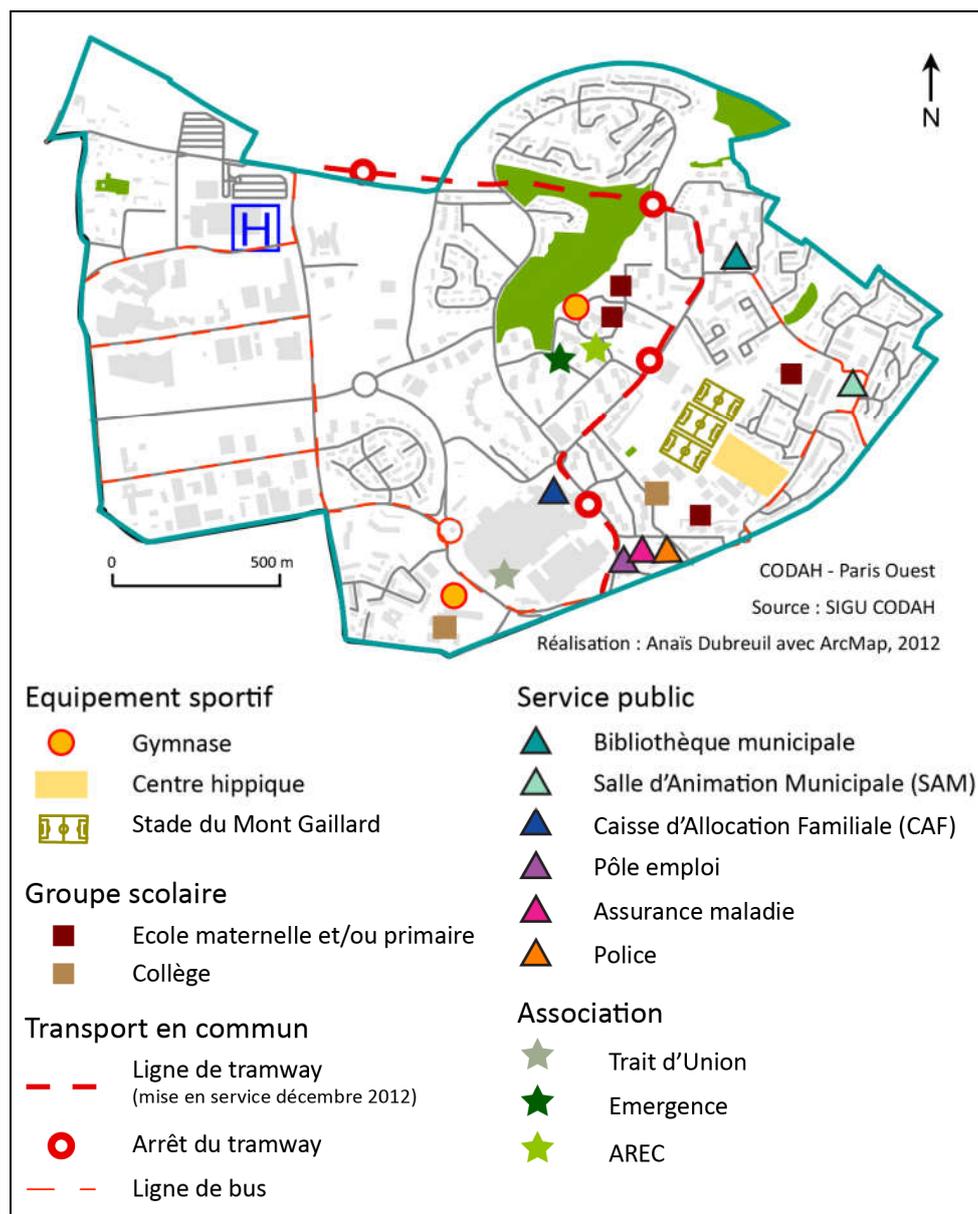


Le sud par contre concentre la galerie marchande avec l'hypermarché Auchan, des services publics (Pôle Emploi, Sécurité Sociale) et quelques équipements sportifs comme un stade (photogr. 22), des gymnases et un centre équestre (figure 9 p.53). L'ensemble draine un important flux de personnes venant du Mont Gaillard, du Havre et plus largement des alentours.

Photogr. 22 : Stade devant la place du Mont Gaillard, juillet 2012, A. Dubreuil



Figure 9 : Les structures dans le quartier du Mont Gaillard



La zone commerciale de l'hypermarché offre toutes les commodités (boutiques prêt-à-porter, tabac, poste, opérateurs téléphoniques, optique, laboratoire, coiffeur) et n'incite pas les habitants à sortir du quartier :

*« Les gens n'ont pas besoin de sortir. Pourquoi ils le feraient ? Ils ont tout ici ! »*

*« Le problème c'est la mobilité, les gens ne bougent pas, je pense que beaucoup, c'est loin d'être une minorité, ne sortent pas du quartier ».*

Une association s'est rendue compte, en organisant des sorties avec les enfants du quartier, que certains n'avaient jamais vu la mer. J'ai appris par une habitante qu'on « descendait en ville ». Le terme s'adapte à la situation géographique du quartier situé dans la ville haute mais elle précise en rigolant :

« Ah ouais mais descendre en ville, pour certains c'est une expédition, y'en a d'autres c'est leur sortie du dimanche, la balade, vous voyez ? »

comme si le centre-ville était un lieu particulier et atypique.

L'éloignement physique par rapport au centre-ville est regretté par une infime part des habitants, moins de 5% d'après le questionnaire (tableau 9 p.65). La majorité semble satisfaite par les lignes de bus qui sont fréquemment utilisées pour 21,9% des enquêtés (tableau 9). Depuis l'hypermarché Auchan Mont Gaillard, on rejoint l'Hôtel de ville en 35 minutes. Néanmoins, la voiture reste le mode de déplacement le plus utilisé (61,5%) et 79,2% des habitants en possède un véhicule (tableau 10). En seconde position vient la marche à pied avec 40,6%. De plus, le tramway, dont la mise en circulation est prévue en décembre 2012, traversera tout le quartier. De nombreux résidents étaient impatients de découvrir le nouveau tramway et de voir se finir les travaux débutés un an auparavant. Ces derniers étaient bruyants et perturbaient incontestablement la circulation routière comme piétonne (figure 9 p.53).

Tableau 9 : Les modes de déplacements des habitants au Mont Gaillard (en %)

A pied	40,6
A vélo	2,1
A scooter/moto	1,0
En bus	21,9
En voiture	61,5

Source : enquête habitant, 2012

Tableau 10 : Propriétaire d'une voiture au Mont Gaillard (en %)

Propriétaire d'une voiture	79,2
Non propriétaire d'une voiture	18,8

Source : enquête habitant, 2012

Comme les rapports avec l'extérieur, les mobilités à l'intérieur du quartier peuvent aussi être figées. L'exemple d'une femme vêtue d'un haut de maillot de bain, bronzant sur son transat au pied des immeubles par un dimanche ensoleillé est révélateur. Malgré la Coulée Verte, un espace vert aménagé, situé à dix minutes à pied et proposant un cadre agréable, cette femme préfère s'installer entre les voitures du parking. En centre-ville, un tel espace aurait été pris d'assaut alors que la Coulée Verte était désert au Mont Gaillard.

Les limites du quartier de Beaulieu sont physiquement marquées, visibles dans le paysage. Le quartier est bordé à l'ouest par le talus de Caucriauville, séparant les communes d'Harfleur et du Havre. Au nord, le quartier est délimité par le parc de Rouelles. A l'est, une zone non bâtie traversée par le cours d'eau de la Lézarde s'étend jusqu'à la voie rapide allant vers Montivilliers et Fécamp. Elle est occupée par un ensemble sportif et un collège ainsi que le camping des Vallées où habitent quelques familles qui seront bientôt relogées. Au sud, Beaulieu est séparé du centre-ville d'Harfleur par la voie de chemin de fer ainsi que par un imposant giratoire : la Brèque où se croisent des voies de communications majeures. Le quartier est ainsi physiquement replié sur lui-même (figure 10).

Figure 10 : Image satellite de la commune d'Harfleur

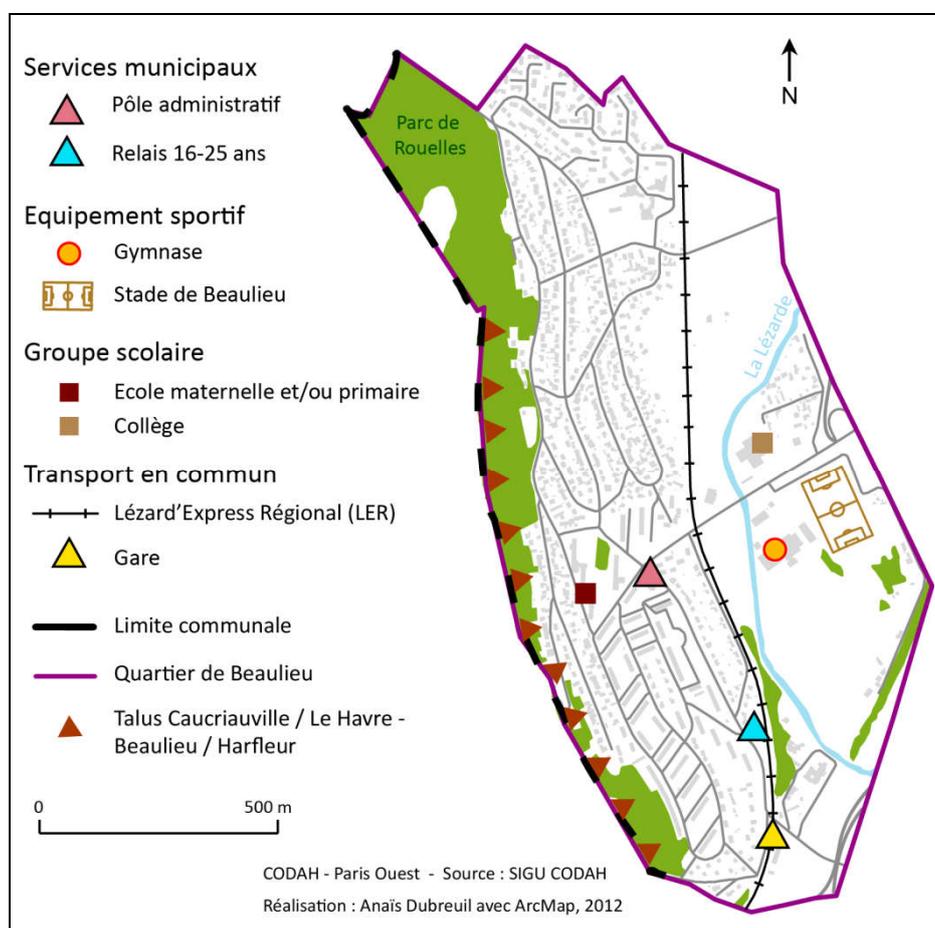


Ce cloisonnement géographique n'est que très rarement abordé par les habitants qui ne ressentent pas de sentiment d'isolement. Certains habitants confirment être physiquement « *coupés du reste d'Harfleur* » mais la barrière physique que constitue le rond-point de la Brèque n'est pas ressentie comme un frein à la mobilité. Les déplacements jusqu'au centre-ville d'Harfleur se réalisent sans difficulté pour les commerces, les services, le marché le dimanche et inversement, les habitants du centre-ville viennent à Beaulieu pour profiter des équipements comme le stade ou les terrains de tennis ainsi que du collège (figure 11 p.56). Le centre-ville est accessible à pied en passant sous le tunnel de la voie de chemin de fer (photogr. 23). Depuis 2011, une navette passe toutes les 35 minutes et relie le quartier de Beaulieu au centre-ville. Cette navette traverse les trois quartiers d'Harfleur puis se dirige au nord, vers Rouelles et Fontaine-La-Mallet, son terminus.



Photogr. 23 : Tunnel permettant de rejoindre Harfleur-centre depuis Beaulieu, Google maps, 2008

Figure 11 : Les structures dans le quartier de Beaulieu



Pour 54,3% des habitants, la voiture est le mode de déplacement le plus utilisé (tableau 11) et 86,8% des interrogés en possèdent une (tableau 12). Seuls les locataires ou les personnes en recherche d'emploi ont répondu ne pas posséder de voiture (tableaux 12 et 13). Ensuite, c'est à pied que les habitants se déplacent le plus (28,3%) (tableau 11). Les transports en commun, bus ou LER, sont peu empruntés (10,8%). Cette faible utilisation peut être expliquée par deux éléments. Tout d'abord, une importante part de la population possède un véhicule motorisé et a moins d'intérêt à prendre les transports.

L'organisation du réseau de transport apporte un autre éclairage. Depuis Beaulieu, aucun bus n'est direct vers le centre du Havre, il faut d'abord se rendre à Harfleur centre, cela représente une source de découragement. Le seul moyen de transport reliant Beaulieu au Havre est la Lézard'Express Régionale (LER) (figure 11 p.56). C'est une ligne de Train Express Régional (TER) qui fait halte toutes les 30 minutes à la gare d'Harfleur (localisée au sud du quartier de Beaulieu). Le voyage est tarifé au prix d'un ticket de bus. Néanmoins, la gare se situe à l'extrémité du quartier et s'en trouve de ce fait peu accessible pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer. Ainsi, dans le questionnaire, en bas de page, un habitant a écrit :

*« Le LER desservira-t-il un jour le vieux Beaulieu ? »*

Une dame d'un certain âge avec qui la conversation s'est engagée m'exprime son regret :

*« J'aimerais que le petit train s'arrête près de chez moi, les immeubles près du parc, vous voyez ? En plus il y a un passage à niveau, ça serait vraiment bien... »*

Le réseau semble plutôt bien assuré à l'intérieur d'Harfleur mais moins bien connecté au reste de l'agglomération.

Tableau 11 : Les modes de déplacement en fonction du statut d'occupation à Beaulieu

(en %)	Propriétaire	Locataire	Total
A pied	32,0	23,8	<b>28,3</b> (n=13)
A vélo	4,0	0,0	2,2 (n=1)
A scooter/moto	4,0	4,8	4,3 (n=2)
En bus	0,0	14,3	6,5 (n=3)
En train	4,0	4,8	4,3 (n=2)
En voiture	56,0	<b>52,4</b>	<b>54,3</b> (n=25)

Source : enquête habitant, 2012

Tableau 12 : Propriétaires d'une voiture selon le type d'occupation

(en effectif)	Propriétaire	Locataire	Total	Total (%)
Possède une voiture	19	12	31	86,8
Ne possède pas de voiture	0	<b>5</b>	5	13,2

Source : enquête habitant, 2012

Tableau 13 : Propriétaires d'une voiture sans activité salariée

(en effectif)	Retraité	Etudiant	Recherche emploi	Autre	Total
Possède une voiture	5	1	7	2	15
Ne possède pas de voiture	0	0	<b>2</b>	0	2

Source : enquête habitant, 2012

Les acteurs du quartier ont remarqué que la mobilité des jeunes était liée à leur niveau d'étude. En effet, les jeunes qui sont allés au lycée ont pris l'habitude de bouger, de prendre les transports, contrairement à ceux qui se sont arrêtés au collège et qui ne sont donc jamais sortis du quartier ou d'Harfleur.

Les deux quartiers sont isolés physiquement du reste de leurs villes respectives, Beaulieu par des barrières physiques et Mont Gaillard par un éloignement du centre-ville. Néanmoins, le sentiment d'isolement n'est pas vécu ni perçu de la même manière. A Beaulieu, il semble atténué par les déplacements possibles avec son véhicule personnel. Les résidents ayant déclaré ne pas posséder de véhicule sont des locataires, ils habitent donc dans les HLM plus proches du centre-ville que les résidents des pavillons. Le sentiment d'isolement semble plus prononcé au Mont Gaillard avec des replis dans le quartier auquel s'ajoute pour certains un sentiment d'exclusion que nous décrirons plus tard.

## B - Un lieu d'ancrage choisi ou subi

L'effet d'isolement et de repli dans son quartier peut être appréhendé à partir de la mobilité résidentielle. On peut s'intéresser à la durée d'emménagement comme à la volonté de déménager.

Au Mont Gaillard, les résidents habitent en moyenne depuis 13 ans dans le quartier et 43,7% y habitent depuis plus de 10 ans. A Beaulieu, 55,1% des habitants sont installés dans le quartier depuis 10 ans ou plus. L'ancienneté moyenne d'installation est de 18 ans. Il y a peu de nouveaux résidents : pour les deux quartiers, seulement 9% de la population habite le quartier depuis moins de 2 ans (tableau 14).

Tableau 14 : Durée d'emménagement à Beaulieu et au Mont Gaillard

Ancienneté emménagement (en %)	Beaulieu	Harfleur	Mt Gaillard	Le Havre	CODAH
Moins 2 ans	<b>9,5</b>	10,4	<b>10,1</b>	13,3	12,1
Entre 2-4 ans	16,0	19,5	21,9	22,6	21,4
Entre 5-9 ans	19,4	20,8	24,4	22,1	21,9
Depuis 10 ans ou plus	<b>55,1</b>	49,3	<b>43,7</b>	42,0	44,6
Ancienneté emménagement total (années)	<b>18,3</b>	15,4	<b>12,9</b>	13,2	13,8

Source : RG INSEE, 2008

Grâce aux données du questionnaire, on apprend que l'installation varie en fonction du statut du résident. Dans les deux quartiers, la grande majorité des propriétaires sont installés depuis plus de 10 ans dans leur quartier (81,3% pour Mont Gaillard, et 80% pour Beaulieu). Pour les locataires l'ancienneté est moins prononcée : 63,2% pour Mont Gaillard, et 47,1% à Beaulieu. La différence n'est pas étonnante puisque le statut de locataire laisse une plus grande souplesse dans la mobilité (tableau 15).

Tableau 15 : Ancienneté d'installation en fonction du statut d'occupation dans les deux quartiers

(en %)	Au Mont Gaillard			A Beaulieu		
	Propriétaire	Locataire	Total	Propriétaire	Locataire	Total
Moins d'un an	6,3	1,8	3,2 (n=3)	0,0	0,0	0 (n=0)
Entre 1 et 4 ans	9,4	14,0	11,7 (n=11)	10,0	35,3	21,1 (n=8)
Entre 5 et 10 ans	3,1	21,0	14,9 (n=14)	10,0	17,6	15,8 (n=6)
Plus de 10ans	81,3	63,2	70,2 (n=66)	80,0	47,1	63,2 (n=24)

Source : enquête habitant, 2012

Au Mont Gaillard, 36,4% des locataires voudraient vivre ailleurs alors que 12,9% des propriétaires le souhaiteraient. A Beaulieu, 37,5% des locataires aimeraient vivre ailleurs alors que 5% des propriétaires le souhaiteraient (tableau 16). Pour les locataires, ces chiffres méritent d'être interprétés avec prudence, en effet on ignore s'ils traduisent une réelle volonté de demeurer dans le quartier ou une incapacité matérielle à déménager. La propriété semble inciter les individus à rester dans le quartier. Pour les locataires, à la vue de l'importante part de personnes voulant quitter le quartier, il est probable que ce soit le manque de moyens qui les force à rester.

Tableau 16 : Population souhaitant déménager selon le statut d'occupation dans les deux quartiers

(en %)	Au Mont Gaillard			A Beaulieu		
	Propr.	Locataire	Total	Propr.	Locataire	Total
Voulant vivre ailleurs	<b>12,9</b>	<b>36,4</b>	29,7 (n=27)	<b>5,0</b>	<b>37,5</b>	21,1 (n=8)
Ne voulant pas vivre ailleurs	64,5	36,4	46,2 (n=42)	70,0	31,3	51,4 (n=19)
Sans avis	22,6	27,3	24,2 (n=22)	25,0	31,3	27,0 (n=10)

Source : enquête habitant, 2012

Contrairement au Mont Gaillard, le parc de logement ne se renouvelle pas à Beaulieu. Aucun nouveau logement n'a été construit depuis le *Grand Harquebosc* dans les années 70. Le faible renouvellement de ses habitants conserve le quartier tel qu'il est. Une part importante des HLM est occupée par des populations vieillissantes sans enfant très attachées à leur lieu de vie. De nombreux appartements possédant plusieurs chambres, autrefois occupés par des familles, se retrouvent ainsi aujourd'hui habités par un couple ou une personne seule. Les habitations les plus prisées sont les pavillons mais ils se libèrent encore moins. Ils sont demandés à la fois par les enfants des résidents mais aussi par les nouveaux arrivants, déjà installés dans les HLM, qui se plaisent dans le quartier mais souhaitent devenir propriétaires. Ainsi, emménager à Beaulieu est souvent difficile. C'est un problème qui est revenu fréquemment au cours des entretiens que ce soit des habitants ou des services de la ville : les jeunes ont du mal à trouver un logement dans leur quartier alors « *certain partent et reviennent des années plus tard* ».

L'enclavement du quartier a participé à développer un sentiment d'appartenance, accentuant ainsi les relations à l'intérieur du quartier. L'identité du quartier s'est construite indépendamment de la ville d'Harfleur. On est d'« Harfleur-Beaulieu » et surtout pas d'Harfleur-centre (et inversement). L'appartenance au quartier est très forte. Beaucoup d'habitants affirment que « *Beaulieu, c'est un peu comme un village* », l'un d'eux est même allé jusqu'à dire « *on a l'impression d'être sur une île* ». L'emploi du mot île traduit à la fois l'enclavement physique du quartier : comme une île entourée d'eau, le quartier est coupé du reste de la ville. Il dénote aussi d'une mentalité particulière, propre aux habitants, un entre soi qui se forge, que l'on retrouve fréquemment chez les insulaires. Lors d'organisation d'événements par la municipalité, on assiste à un phénomène étonnant : les habitants d'un même quartier s'inscrivent tous le même jour « *pour rester ensemble* » puis le Maire ajoute en souriant « *c'est dommage, car le but est de faire se rencontrer les gens mais bon...* ». Cette appartenance se maintient et s'ancre dans les mentalités des nouvelles générations « *sans doute parce que les vieux leur disent* ».

Au Mont Gaillard, l'appartenance est aussi très prononcée. De nombreux habitants, jeunes comme retraités, locataires comme propriétaires, semblent très attachés à leur quartier. « *On est du Mont Gaillard* », quel que soit son âge, son origine, sa catégorie sociale. C'est à travers les discours de certains jeunes qu'une ambiguïté dans le sentiment d'appartenance est apparue. Ils parlent avec fierté d'« *être du MG* ». Plus qu'une appartenance, le quartier devient une identité et confère un statut, une reconnaissance de la part de ses pairs :

« *Entre quartier on se connaît mais on s'aide que si on est du Mont Gaillard, pas si t'es d'ailleurs, c'est pas pareil* ».

Le projet originel du quartier avait été pensé de façon à donner une identité et une cohérence à l'ensemble du Mont Gaillard. Pourtant aujourd'hui, le quartier semble se décomposer en îlots, chacun des sous-espaces possédant des caractéristiques architecturales distinctes et une identité reconnue, notamment par les jeunes qui s'identifient à leurs immeubles, à leurs « *blocs* ». A travers les blogs qu'ils mettent en ligne sur internet, on voit des photographies des différentes bandes de chaque secteur qui posent devant leurs immeubles, dans les halls, sur les escaliers et on y lit : « *Le MG c'est : les gars D'la place [du Mont Gaillard], les gars D'la B.A.F (immeubles de la Bigne à Fosse détruits en 2005 et 2008), les gars D'la Ruche (les Pépinières), les gars D'la 5.4 (Sainte Catherine)* ». (Tous ces secteurs sont localisables sur la figure 5 p.41).

Parallèlement, le quartier est apparu comme un lieu d'enfermement. Il n'est pas question ici d'emprisonnement physique car rien n'empêche ces jeunes de sortir du quartier mais ils sont comme happés par quelque chose de plus fort qu'eux, qu'ils n'arrivent pas à formuler distinctement mais qu'on ressent lors de discussions. Etre du quartier, ce n'est pas simplement s'y trouver physiquement, c'est y appartenir, c'est y exister. Le fait d'y grandir marque la personnalité des individus dans leurs façons

d'être, de se mouvoir, de parler, de s'habiller. Le quartier fait, en partie, devenir les individus ce qu'ils sont [Pinçon, Pinçon-Charlot, 2009] et en sortir signifierait de perdre une partie de son identité. Au cours d'une discussion, un jeune ajoute :

*« La réussite dans ce quartier, ça part d'un exode ».*

Exode, un mot lourd de sens. Sortir du quartier ne se résume pas à un simple déménagement, c'est plus que ça, plus violent, c'est un arrachement, une refonte de soi, de sa personnalité, de son intégrité.

Dans nos deux quartiers, l'ancrage des populations est ancien. Cet enracinement est subi par certaines populations qui paraissent prisonnières du quartier comme au Mont Gaillard. Malgré leur volonté de déménager, elles n'ont pas les ressources suffisantes pour le faire. Le sentiment d'appartenance est présent et fortement énoncé par les habitants des deux zones d'étude. Si l'appartenance à un quartier ou à un groupe confère une certaine sécurité, parallèlement, cette inscription dans le territoire peut engendrer un enfermement qui empêcherait l'individu de s'élever socialement comme au Mont Gaillard. Pourquoi une telle fatalité ?

### **III - Pauvreté et exclusion**

*« Avant le quartier était bien, et puis il y a eu le chômage, et après l'échec scolaire, la délinquance, la peur, les départs de ceux qui pouvaient, la misère sociale pour les autres, les squattes, c'est comme ça que ça marche ».*

Ces propos sont ceux d'un habitant du Mont Gaillard, son discours est accompagné d'une gestuelle particulière mimant un système d'engrenage pour signifier qu'une fois le premier élément déclenché, le reste devait suivre, inévitablement.

#### **A - La précarité, formes et manifestations diverses**

*« Les gens souffrent beaucoup ici »* conclut après plusieurs dizaines de minutes un habitant du Mont Gaillard que je sentais abattu en prononçant ces mots. Durant les rencontres, les situations de précarité étaient souvent évoquées. Les problèmes économiques revenaient fréquemment, exprimés par des généralités : *« les gens sont pauvres »* ou plus finement en évoquant des problèmes de chômage *« il y a beaucoup de chômage ici »*, un manque de qualification, un cumul de petits boulots ou en s'attardant sur les femmes élevant des enfants seules. La précarité peut caractériser un état de pauvreté économique mais c'est avant tout un état précaire, c'est-à-dire une situation qui n'offre aucune garantie de durée, qui est incertaine. Elle peut aussi être sociale, basée sur le fait de pouvoir compter sur des amis, de trouver

du soutien auprès de sa famille en cas de situation difficile. Bien souvent, ces formes de précarité se mêlent et se cumulent.

Que ce soit de la part des professionnels de santé, des responsables associatifs ou des habitants, beaucoup dressent le portrait d'une population très fragilisée économiquement comme socialement allant jusqu'à parler de « *misère intellectuelle* ». Le quartier est d'ailleurs presque intégralement classé en Zone Urbaine Sensible. Certes, des situations de grande précarité existent et des indicateurs socio-économiques traduisent une vulnérabilité évidente. Néanmoins, la précarité n'atteint pas de façon homogène l'ensemble du Mont Gaillard car on relève aussi une certaine aisance dans quelques secteurs. Ainsi, le taux de chômage varie de 9,7% dans l'IRIS du centre hippique à 37,2% pour l'IRIS de Mont Gaillard centre entièrement habité par des locataires. La différence entre la part des plus de 15 ans non scolarisés sans diplôme est également marquée : 20,9% pour l'IRIS du centre hippique contre 39,7% pour celui du Mont Gaillard centre. Les professions intermédiaires sont presque trois fois plus nombreuses au centre hippique (20,9%) qu'au centre (6,3%). Les indicateurs des autres IRIS oscillent entre ces chiffres (tableau 17). Cette hétérogénéité est masquée par les situations de précarité, voire de grande précarité et la vision d'un quartier pauvre prédomine sur le reste.

Tableau 17 : Chiffres de cadrage par IRIS dans le quartier du Mont Gaillard

Part de la population (en %)	Capuchet	Centre	Centre hippique	Ste Catherine	Coulée Verte
Chômage	28,1	<b>37,2</b>	<b>9,6</b>	17,4	23,2
Plus de 15ans non scolarisés sans diplôme	31,3	<b>39,7</b>	<b>20,9</b>	23,3	30,4
Actifs occupés professions intermédiaires	19,8	<b>6,3</b>	<b>20,9</b>	19,2	17,8
Propriétaires	18,5	0,0	<b>63,2</b>	32,3	38,9
Locataires	78,2	<b>100,0</b>	<b>36,0</b>	67,7	59,6
Maison	20,1	0,6	25,8	34,9	15,5
Immeubles	76,6	<b>98,7</b>	73,9	63,8	84,1

Source : RG INSEE, 2008

Contrairement au Mont Gaillard, Beaulieu « *a su conserver son train de vie, il n'a pas été touché par le chômage par exemple* ». Bien qu'existantes, les situations de précarité sont moins prononcées qu'au Mont Gaillard. Globalement, les HLM regroupent des personnes plus fragilisées que les pavillons.

## B - Le choix de la jeunesse, « *les cours ou la rue* » ?

Le niveau d'études est un acquis fondamental pour l'individu au début de sa vie d'adulte. Il influence les styles de vie orientant vers une profession, une catégorie sociale. Il peut aussi exposer les individus à des conditions et des contraintes de travail plus ou moins néfastes pour la santé. Le niveau d'étude agit en outre sur les comportements de santé, grâce aux connaissances acquises, à la capacité d'en acquérir

d'autres. Enfin, la réussite scolaire favorise l'estime et la confiance en soi, contrairement à l'échec qui rabaisse l'individu.

Au Mont Gaillard, une association organise depuis 10 ans de l'aide aux devoirs. Elle constate aujourd'hui une dégradation du niveau scolaire avec des retards flagrants dans l'apprentissage, des décrochages de plus en plus fréquents, une baisse de motivation de la part des élèves mais aussi des enseignants, une sorte de démission collective. Pas ou peu qualifiés, ces jeunes rencontrent de grosses difficultés pour s'insérer professionnellement. Ainsi, 2,5% des 15-24 ans sont au chômage ; la moyenne havraise est de 2,2%. Le Mont Gaillard est un quartier jeune : les moins de 20 ans représentaient 29,6% de la population en 2008 alors que la moyenne havraise était de 25,6% (tableau 18). Même si les taux peuvent sembler peu élevés, la part plus importante de jeunes couplée à la dégradation de la scolarité plus fréquente dans le quartier crée l'image d'une jeunesse qui décroche.

Tableau 18 : Le chômage des jeunes au Mont Gaillard

(en %)	Mt Gaillard	Le Havre	CODAH
Taux de chômage des 15-24 ans	<b>6,3</b>	4,9	4,3

Source : RG INSEE, 2008

Les jeunes sont baignés dans une atmosphère où leurs amis et leurs parents sont « *en galère* ». Les études ont peu de sens alors que les tentations de la rue sont en bas de l'immeuble. Non scolarisés et sans emploi, les jeunes n'ont « *rien à faire* », ils traînent, et parfois « *tombent dans les pièges de la rue* ».

« *C'est pour les jeunes surtout que c'est terrible. Tu te lèves le matin, t'as pas de boulot, t'as juste 2 euros en poche, qu'est-ce que tu veux faire ? Bah tu viens ici [au café]* ».

« *Quand t'as rien à faire, tu vois des potes, tu zones* ».

« *Les jeunes n'ont rien à faire, c'est pour ça qu'ils dealent* ».

Dans les années 90, « *les jeunes cassaient* ». De nombreux actes de vandalisme, cambriolages, incendies de magasins ou de voitures étaient relayés dans la presse et ont en partie construit la réputation tumultueuse du quartier. Dans le courant des années 2000, « *la délinquance a changé de visage* » et s'est faite plus secrète, moins tapageuse : les dealers ont remplacé les casseurs. En raison des difficultés financières subies par de nombreuses familles et le changement de la société, les jeunes « *cèdent à l'argent facile* ».

Cette apparente sensation d'apaisement ne semble pas duper les habitants :

« *Le quartier s'améliore mais la drogue circule toujours* ».

« *Un quartier trop clame c'est qu'il y a du business* ».

## CONCLUSION CHAPITRE 3

L'identité d'un quartier se construit par l'action simultanée entre territoire et pratiques sociales de ses habitants. Elle est en mouvement constant, se renforçant ou s'effilochant dans le temps. Que ce soit au Mont Gaillard ou à Beaulieu, le sentiment d'appartenance à son quartier est fortement exprimé par les habitants. « *Etre du Mont Gaillard* » forge une réputation, doublée d'un sentiment de fierté et d'exclusion. Le quartier de Beaulieu ne projette pas de sentiments si contradictoires. Nous allons voir dans le chapitre suivant comment les représentations agissent sur les quartiers et sur l'image des habitants.

## CHAPITRE 4 - L'AMBIVALENCE DES REGARDS SUR LE QUARTIER, DES REPRÉSENTATIONS AUX VÉCUS

Ce chapitre se concentre sur l'image et les représentations que les habitants ont de leur quartier, sur la façon dont ils appréhendent leur lieu de vie, le contexte dans lequel ils évoluent au quotidien. Nous supposons que les représentations, que la perception des quartiers par les habitants eux-mêmes ou par des personnes tiers, seraient renvoyées et intégrées par les habitants et auraient un effet sur leur qualité de vie, sur la perception d'un bien-être ou d'un mal être. L'image d'un territoire serait donc porteuse d'une qualité de vie et d'un état de santé plus ou moins bon dont le recours aux soins serait un révélateur. Ce quatrième chapitre s'attachera à décrire les différentes perceptions des quartiers d'études, de la part des habitants eux-mêmes mais également à travers l'image du quartier perçue par des individus à l'extérieur de ses frontières.

### I - La perception de l'extérieur : entre attrait et stigmatisation

Les deux quartiers nourrissent des représentations très différentes, l'un séduit alors que l'autre repousse.

En parlant de mes quartiers d'étude, j'ai souvent eu des remarques ressemblant à :

*« Ah tu verras, Mont Gaillard, c'est pas comme Beaulieu... ».*

Dans la majorité des cas, le Mont Gaillard retenait l'attention, le simple fait de nommer le quartier animait la discussion. Il suscitait parfois l'étonnement :

*« Quelle idée d'aller là-bas ! », « Ah ouais ?! Mont Gaillard ? »,*

suiwi par des encouragements sur un ton de rigolade :

*« Bon courage hein !? »,*

parfois un ton d'hostilité lié à un sentiment d'inquiétude nourri par des oui-dires. On avance simplement l'argument vague que :

*« Mont Gaillard, ça craint »,*

on me raconte des histoires de meurtre au fusil *« il y a longtemps »*, de voitures brûlées, de drogue :

*« C'était limite qu'il n'y avait pas un stand ! Qui veut du shit !? Tu veux un gramme ? Allez ! Si si j'te jure, ce n'était pas caché. C'était fou ! »*

De l'extérieur, le Mont Gaillard évoque des représentations négatives.

*« Quand j'ai déménagé et que je suis venue m'installer au Havre, des amis Havrais m'ont conseillé d'éviter Caucriauville et les quartiers Nord, Mont Gaillard, Mare Rouge, tout ça. C'est moins cher mais ça craint ».*

*« Y'a pleins d'arabes ».*

Le quartier est assimilé à une population défavorisée, avec une part importante d'immigrés et où les actes de délinquance sont fréquents. Cette mauvaise réputation influe directement sur la composition de la population : ceux ayant les moyens d'habiter ailleurs choisissent un quartier *« plus sûr »* :

*« Moi, je n'irai pas habiter là-bas ! »* m'annonce une habitante dont les ressources financières semblent suffisantes pour habiter un quartier plus cher.

Certains témoignages, basés sur des expériences vécues sont plus inquiétants. Un inspecteur de salubrité travaillant dans mon service à la CODAH m'a confié s'être fait encercler place du Mont Gaillard par une bande de jeunes il y a quelques années. A l'époque, son uniforme ressemblait à celui d'un contrôleur de bus, ce qui a apparemment irrité les jeunes. L'agent de la fourrière lui aussi s'est fait intimider place du Mont Gaillard :

*« On m'appelle pour un chien à Mont Gaillard, bon... j'y vais. Je me gare sur un parking, il n'y a personne, vraiment personne, c'est vide. Alors j'avance et là deux bandes de chaque côté qui arrivent d'un coup, qui m'encerclent, qui me disent « qu'est-c'tu veux ?! » « Je viens pour un chien, on m'a appelé, y'a un chien qui a voulu mordre une petite ». Je voyais que c'était tendu. Les jeunes avaient des pit-bulls en laisse. J'suis reparti sans le chien parce que tu vois, si les mecs te tabassent, bon, ça va, ils ne vont pas te tuer, mais les chiens... Dans ces moments-là, faut se la jouer calme, rester cool, essayer de détendre l'atmosphère en rigolant, mais surtout faut pas faire l'idiot et pas leur montrer que t'as peur. Mais moi j'te dis ça, c'était y'a 10 ans, avec la place, maintenant ça a changé ».*

Ces témoignages sont souvent des souvenirs datant d'une dizaine d'années et après avoir raconté leurs anecdotes, tous précisent que *« ça a changé maintenant »* ou que *« ce n'est plus ce que c'était »* mais personne en premier lieu ne m'a dit, Mont Gaillard c'est bien ça change.

Le fait d'avoir été ou d'être confronté à la réalité du quartier semble nuancer les discours.

*« Il y en a qui ne rigolent pas, mais la majorité des jeunes ne sont pas méchants, il faut les connaître, c'est tout ».*

*« La première fois que j'y suis allé, ça craignait un peu. Après ils ont vu que je ne leur cherchais pas d'histoires, alors, les fois d'après, moi j'avais aucune idée de qui ils étaient mais eux ils se souvenaient de moi, ils m'ont appelé par mon prénom, j'ai serré la main à tout le monde ».*

Une jeune fille du quartier raconte :

*« Je sais qu'ils peuvent faire peur car ils sont en bande mais ils sont gentils. Ils me connaissent, ils ont le même âge que moi, ils me disent bonjour ».*

Ne pas chercher les histoires et être identifié par les jeunes sont deux éléments qui suffisent souvent pour éviter les ennuis. Être du quartier parce que les individus y vivent ou y travaillent confère une place légitime. Un médecin témoigne : son ancien cabinet était situé place du Mont Gaillard, une infirmière y travaillant avec lui voulait s'acheter une voiture cabriolet mais elle hésitait à cause du quartier, un jeune qui entendait la discussion a ajouté :

« Vous z'inquiétez pas m'dame, on sait que c'est vot' voiture, on n'y touchera pas, on la surveille mêm' ».

Avoir sa place et être connu dans le quartier, c'est justement ce que j'ai pu expérimenter lorsque je me suis rendue sur le lieu d'un rendez-vous où je devais rencontrer K., un habitant natif du quartier en fin d'après-midi. Sur la place, quelques commerces étaient ouverts dont un marchand de fruits et légumes et un bar-tabac. Quelques jeunes étaient assis sous un abri. Arrivée la première, j'ai attendu K. Les petits groupes ne me parlaient pas mais me regardaient avec plus ou moins d'insistance, s'interrogeant sûrement à propos de mon identité et de l'objet de ma venue. Bien qu'aucun de ces jeunes n'ait manifesté une once d'agressivité, j'ai ressenti un léger malaise, d'être là au milieu de ce groupe d'hommes, de m'y être immiscée. Mon rendez-vous est arrivé rapidement et une fois la poignée de mains échangée avec K., le trouble s'est dissipé, on m'a souri, on m'a dit bonjour.

## II - L'expérience du quotidien : des sentiments contradictoires

### A - Mont Gaillard, l'opposition de deux réalités

A la question *Pouvez-vous écrire un mot qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez à votre quartier*, le panel de réponses est très large. Une partie de la population aime vivre au Mont Gaillard et définit son territoire comme « calme », « tranquille » ou encore « agréable ». Cette atmosphère du « bien vivre » est énoncée équitablement aussi bien par les propriétaires que par les locataires. A l'inverse, le quartier est décrit à travers des termes comme « déprimant », « désolation », « misère », « aucune activité pour les jeunes », « ennui » par d'autres habitants, et beaucoup plus fréquemment par les locataires que par les propriétaires.

Sur les douze propositions du *Ce qui me dérange dans mon quartier*, 22% de l'échantillonnage a coché « la mauvaise image du quartier », suivent ensuite avec 14% chacun : « la saleté », « le bruit », « l'insécurité » puis les « trafics de drogue » avec 11% (tableau 19).

Tableau 19 : Les éléments perturbants le quartier selon les habitants du Mont Gaillard (plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	%
<b>Le bruit</b>	32	<b>14,5</b>
<b>L'insécurité</b>	32	<b>14,5</b>
Les transports communs (arrêts, horaires, fréquences des passages)	4	1,8
<b>La saleté (ordures, tags, déchets)</b>	32	<b>14,5</b>
Le quartier est délaissé (manque de services/commerces de proximité)	8	3,6
<b>La mauvaise image du quartier</b>	50	<b>22,7</b>
L'éloignement par rapport au centre-ville du Havre	8	3,6
La réputation des établissements scolaires	11	5,0
L'esthétique des immeubles, des constructions	6	2,7
<b>Les trafics dans le quartier (marché noir, drogues, etc.)</b>	25	<b>11,4</b>
Le voisinage	7	3,2
Autre	5	2,3

Source : enquête habitant, 2012

Ces cinq principaux éléments, identifiés par les habitants comme étant fortement dérangeants, sont développés dans les paragraphes suivants.

Pour la mauvaise image du quartier, le nombre de réponses est équitable entre les propriétaires et les locataires, les uns comme les autres sont gênés. Les représentations peuvent avoir un effet psychologique sur l'individu car habiter un milieu considéré comme négatif génère le risque de mettre en cause l'estime de soi. Habiter tel quartier car il est impossible de vivre ailleurs confère un sentiment d'impuissance, presque une condamnation. Un jeune homme d'une vingtaine d'années qui a arrêté ses études et n'a pas de travail, lance au cours d'une discussion :

*« De toute façon, on était déjà voués à l'échec dans notre collège ZEP ».*

Lors d'un autre entretien, un habitant, né et ayant grandi dans le quartier m'apprend :

*« Dans ma classe ici, j'étais le meilleur, quand j'ai changé de collège pour aller en centre-ville, j'étais dans les derniers. Ce quartier est en échec ».*

Ce sentiment d'impuissance, que chacun ressent individuellement, est partagé par de nombreux habitants, une espèce de pesanteur collective plane. Aucun des cinq jeunes présents n'a contredit son camarade. Le sentiment d'impuissance est intériorisé et devient une évidence de la réalité du quartier, presque inévitable, comme si on ne pouvait pas y échapper, on a le sentiment d'y être condamné.

Même si le quartier s'est apaisé, les tensions n'ont pas pour autant disparues. Des désagréments subsistent notamment les nuisances avec des quads et des scooters, les rodéos sur les trottoirs, les bagarres qui éclatent parfois. Les bandes de jeunes qui traînent par ci par là, sous les arrêts de bus, aux entrées des immeubles, sur un muret, ne rassurent pas. Ils ne font rien de mal mais ils sont là et leur présence suffit à inquiéter. Les jeunes ont une image qui leur colle à la peau et cela concourt à *« fabriquer la peur »*.

Cette inquiétude conjuguée à de grands immeubles imposants ou des passages sombres ajoutent un degré au sentiment d'inquiétude. Cela « *ne donne pas envie de se balader* » et empêche les habitants de se déplacer librement dans leur quartier, constamment empreints par un sentiment d'insécurité :

*« Les gens vivent dans la peur ».*

Le bruit est un problème persistant et récurrent dans le quartier, pas seulement avec les travaux des rénovations ou du tramway, c'est :

*« Le bruit de la vie de tous les jours : un scooter qui passe, un enfant qui crie, le bruit de l'ascenseur, les talons de la voisine. Ça agace les gens au quotidien. Ils sont de moins en moins tolérants, c'est un problème de savoir vivre ensemble, et ça je vous assure que ça a un impact sur la santé morale des gens ».*

Au sentiment d'être mis à part, par la situation géographique du quartier, excentré du centre-ville et « *parqués dans des immeubles* », s'ajoute une impression d'être abandonné. Selon certains habitants, le quartier a été « *laissé à lui-même* », sans que personne n'intervienne pour gérer les bâtiments qui se sont vite dégradés et où les services d'ordre n'assuraient plus leur rôle de protection.

*« Même les flics ne rentraient plus dans la cité, ils restaient dehors, j'te jure ».*

Ce sentiment d'abandon, visible à travers la décrépitude des habitats, s'est profondément ancré dans les mémoires, ce qui amène un habitant à définir son quartier par le mot « *désolation* ».

Aujourd'hui encore, les habitants s'indignent : des « *bailleurs sociaux qui n'entretiennent pas les lotissements* », des « *trottoirs sales* », « *du ramassage des ordures* » (photogr. 24 et 25) et des « *caddies d'Auchan laissés dans le quartier* » (photogr. 26).

Photogr. 24 : Ordures place Sainte Catherine, juillet 2012, A. Dubreuil



Photogr. 25 : Ordures au pied des immeubles Kergomard, mars 2012, A. Dubreuil





Photogr. 26 : Caddie abandonné dans le quartier, mars 2012, A. Dubreuil

A cette indignation se mêle parfois une incompréhension. Une habitante me parle des décorations de Noël :

*« Mont Gaillard n'en a jamais alors que d'autres quartiers oui »*

puis elle cherche une explication :

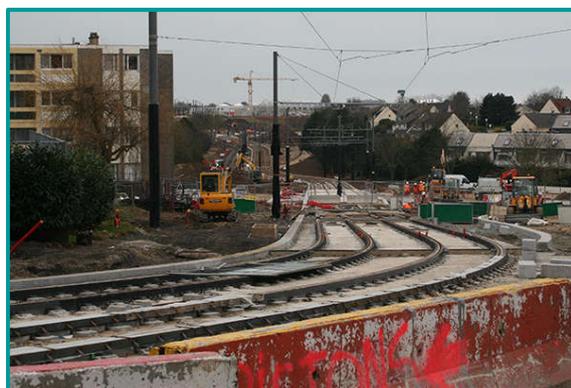
*« c'est peut-être à cause des travaux du tram qu'on n'en a pas eu cette année, ils en mettront peut être l'année prochaine ».*

Elle conclut :

*« Sur ça, on se sent un peu délaissé... On dirait que la ville investit pour le gros œuvre mais pas forcément pour l'amélioration du quotidien ».*

Qu'il y ait des illuminations dans tous les autres quartiers du Havre ou pas, un sentiment d'abandon est bien réel pour cette femme même si elle le nuance et l'excuse avec les travaux.

Photogr. 27 : Travaux du tramway avenue du Mont Gaillard, février 2012, A. Dubreuil



Le Mont Gaillard, bien que la réalité soit nuancée, semble marqué par le cumul de situations dégradantes. Le sentiment d'abandon est davantage ressenti par les locataires, globalement plus défavorisés que les propriétaires. Ce sentiment est ressenti et intériorisé par les habitants. Les problèmes sociaux et économiques (chômage, échec scolaire) fragilise l'individu, l'estime qu'il a de lui-même et peuvent l'inciter à se replier sur lui-même. Ses liens sociaux en sont affaiblis. Un habitant me raconte des souvenirs de sa jeunesse au Mont Gaillard entre les immeubles :

*« On sortait le barbecue certains dimanches, on invitait tout le monde, la famille, les amis, les voisins, les jeunes, les vieux, c'était bien. Maintenant c'est fini tout ça. Parfois les jeunes font ça entre eux, mais c'est rare et c'est juste eux, on ne se mélange plus ».*

## **B - Beaulieu, un bien-être controversé**

Le quartier de Beaulieu est décrit comme « *calme* », « *tranquille* », « *agréable* », « *paisible* ». La sérénité que semblent trouver les habitants dans leur quartier est l'élément le plus souvent relevé. Les personnes âgées sont particulièrement satisfaites du cadre de vie :

*« Je suis très bien ! »* m'annonce une vieille dame.

Leur attachement semble fort car aucun des HLM n'est équipé d'ascenseur et monter les quatre ou cinq étages s'avère parfois être une mission délicate. Bon nombre de pavillons sont équipés d'escaliers pour accéder à la porte d'entrée.

*« C'est un peu fatigant mais c'est chez moi »* m'affirme un monsieur rencontré dans une rue.

A la tranquillité très appréciée du quartier, se greffe une certaine apathie. Le quartier est calme, très calme. En pleine journée, j'ai parfois eu l'impression que le quartier était endormi, je ne croisais personne, ni dans la rue, ni dans les jardins et d'autant moins lorsque que le temps était maussade. Avec le soleil, le quartier était plus animé, les habitants bricolaient ou jardinaient. Pour les jeunes notamment, le quartier manque d'animation et de dynamisme. Dans le questionnaire, certains ont exprimé cette idée ainsi :

*« Vide, très vide même »,*

*« Merde, y'a rien à faire »,*

*« Il n'y a plus rien pour les jeunes »,*

*« Maintenant c'est mort. Quand j'étais plus jeune, j'allais à la salle de jeux du relais. Y'avait du babyfoot, du billard. Je m'entendais bien avec les animateurs, c'était mes potes. Maintenant, les jeunes ont changé, ils ne viennent plus au relais, ils ne parlent plus au plus âgés. Il n'y a plus personne dans les rues ».*

Bien sûr, la réalité n'est jamais unanime et certains habitants trouvent à redire sur l'implication de la ville dans le quartier. Ces plaintes concernent les « *trottoir détruits* », « *route avec des trous, trottoirs à refaire* » ou les « *voitures qui roulent vite* » dans la rue principale.

## CONCLUSION CHAPITRE 4

Les visions croisées des quartiers, à la fois par les personnes extérieures et par les habitants eux-mêmes s'appellent, se confrontent, s'entretiennent par le jeu des habitants. La représentation de son quartier impacte l'image de soi. Les mémoires, marquées par des événements, entretiennent des visions stables, intemporelles et donc erronées des quartiers car les réalités changent. Comme par un jeu de miroir, pratiques, représentations humaines et territoires s'entretiennent et se transforment.

Quels sont ces changements ? Qui bousculer les mémoires et les préjugés ? Par quels moyens ? Et comment les habitants perçoivent-ils ces changements dans leur lieu de vie ? Apporter des éléments de réponses sera l'objet du cinquième chapitre du mémoire.

## CHAPITRE 5 - INITIATIVES ET PROJETS, MAINTENIR LA COHÉSION SOCIALE

L'image, réelle ou perçue, que dégage un quartier interfère sur la qualité de vie de ses habitants. Nous supposons qu'elle agit également sur les décisions concernant son développement urbanistique, sa dynamique commerçante ou associative.

### I - Des projets de territoire structurants

Comment les projets d'aménagement font sens aux yeux des habitants ? Quelles sont leurs conséquences sociales et territoriales ? Les politiques, ou l'absence de politique, en matière de logement, qu'ils s'agissent de logements sociaux, d'accession à la propriété ou d'amélioration de logements existants, ont des effets sur la santé et le bien-être de la population. En effet, l'entretien des bâtiments, des halls, des ascenseurs est une composante indispensable au bien-être.

#### A - La Zone Franche Urbaine du Mont Gaillard, une certaine désillusion

Dans les années 90, avec la montée du chômage, les problèmes sociaux s'aggravent. Le quartier se vide : ceux qui peuvent partir ne s'en privent pas, les autres restent.

« *L'agressivité augmente depuis 1992-93 avec l'explosion du chômage* », raconte un commerçant.

Ces derniers sont de plus en plus confrontés à des problèmes de vols, des comportements agressifs. En 1997, la décision de créer une Zone Franche Urbaine (ZFU) est prise. Le but est d'apporter emplois et dynamisme au quartier. Les ZFU sont des quartiers de plus de 10 000 habitants, situés dans des zones dites sensibles ou défavorisées. Ils ont été définis à partir des critères suivants : taux de chômage ; proportion de personnes sorties du système scolaire sans diplôme ; proportion de jeunes ; potentiel fiscal par habitant. Les entreprises implantées ou devant s'implanter dans ces quartiers bénéficient d'un dispositif complet d'exonérations de charges fiscales et sociales durant cinq ans [définition INSEE].

Les commerçants attendent beaucoup de cette ZFU à la fois pour redynamiser la zone et pour enrayer les problèmes qui s'aggravent. Toutefois, les retombées sur l'insertion professionnelle des résidents sont minimes.

De plus, les commerces qui ferment sont de moins en moins remplacés. L'image du quartier, relayée dans les journaux, effraie les commerçants qui ne souhaitent pas s'installer au Mont Gaillard.

## B - Donner une nouvelle identité au Mont Gaillard

Le changement est un élément frappant du quartier. Il s'impose avec les travaux, les ouvriers, les engins, il entrave la circulation avec les routes bloquées, les déviations, les feux alternés, et il est, bien entendu, présent dans les discours. Il s'est manifesté dans le questionnaire par des termes comme « *changement* », « *mutation* », « *développement* », « *en transformation* », « *nouveau visage* », « *travaux* ».

Ces transformations donnent au quartier une allure particulière fragile et instable, qui allie confusion et dynamisme, comme s'il fallait du désordre pour apporter l'ordre. Le quartier déboussole, les repères habituels étant modifiés ou supprimés, maintenus ou oubliés. Quel impact social engendrent ces transformations ? Et comment ces transformations peuvent-elles modifier les rapports sociaux entre les habitants ?

Photogr. 28 : Travaux, bâtiment du centre commercial Auchan, juin 2012, A. Dubreuil



### • Les grands projets urbains

En 2001, plusieurs quartiers de la ville haute du Havre sont inscrits en Grand Projet de Ville (GPV) dans le cadre du programme de rénovation urbaine des quartiers nord du Havre. Mont Gaillard est intégré en 2004 dans la convention de l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU). En partenariat avec les bailleurs, de nombreux projets urbains sont engagés sur le quartier dans le but d'améliorer la qualité de vie des habitants à partir de trois objectifs principaux : améliorer et diversifier l'habitat, valoriser les espaces verts structurants, organiser une centralité à travers la réalisation d'aménagements et d'équipements. Nous ne traiterons pas en détail de toutes les opérations accomplies sur le quartier mais nous retiendrons les principales.

Le projet ANRU a préféré développer le logement privé plutôt que social. Ainsi, on constate une baisse des logements sociaux de 3 points soit 400 logements en moins et une augmentation de 3 points des logements privés et intermédiaires après le programme ANRU (tableau 20). Ces opérations permettent de diversifier la population du quartier et attirent de nouveaux résidents qui renouvellent et entretiennent la dynamique du quartier. Selon la ville du Havre, les nouveaux propriétaires sont des jeunes couples avec des enfants en bas-âge.

Tableau 20 : Reconstitution de l'offre de logement au Mont Gaillard

Logement (effectifs et %)	Nbre avant ANRU	Part avant ANRU (%)	Nbre après ANRU	Part après ANRU (%)
Sociaux	2 857	61,6	2 456	58,4
Privés et intermédiaires	1 778	38,4	1 797	41,6
Total	4 635	100,0	4 353	100,0

Source avril 2012 - Service d'urbanisme ville du Havre

L'événement le plus marquant lors de ce programme de rénovation aura été le foudroyage des deux tours de la place du Mont Gaillard (photogr. 29 à 32), accompagné du réaménagement de la dalle.

Photogr. 29 à 32 : Le foudroyage des tours du Mont Gaillard, 26 novembre 2006 (<http://tce76.canalblog.com>)



Cette place constituait le cœur du quartier avec ces immeubles collectifs et ces deux tours de 18 étages. Elle concentrait une part importante de la population du quartier. Elle était connue de tous pour son caractère imposant dans le paysage mais aussi pour ses problèmes d'insalubrité, de délinquance, de drogue.

*« les cages d'escaliers étaient défoncées et il n'y avait pas de lumière, il fallait monter chez soi avec une lampe de poche ! »*

*« les jeunes traînaient tout le temps, certains squattaient les ascenseurs, laissaient leurs déchets ».*

Alors, lorsque les tours sont démolies en novembre 2006, les habitants sont partagés entre la nostalgie et le soulagement de voir s'écrouler en quelques minutes ces immeubles qui ont marqué leur quotidien, les appartements où ils ont vécu.

Un jeune ayant habité 5 ans dans l'une des tours témoigne :

*« c'était le symbole du Havre, et euh... ça représente... toute une enfance... enfin c'est... j'sais pas... c'est triste de les détruire... tout simplement. »* [Journal 12-13 Normandie France 3, 2006]

Aujourd'hui, cet événement reste un fait marquant pour les habitants du quartier et il est souvent revenu au cours de mes entretiens. De toutes les personnes rencontrées, aucune ne regrette la décision de démolition et affirme que cela « *a apaisé le quartier* ». Certaines vont même jusqu'à dire :

« *Faire tomber les tours, peut être que ça permettra aux gens de se parler* », tout en précisant que cela n'a pas suffi pour régler les problèmes.

Le lieu, en tant que tel, paraît plus tranquille mais les difficultés sociales demeurent.

Photogr. 33 : La place du Mont Gaillard, avant le foudroyage des deux tours  
(<http://tce76.canalblog.com>)



Photogr. 34 : La place du Mont Gaillard après le foudroyage des deux tours (<http://tce76.canalblog.com>)

La résidentialisation<sup>2</sup> de près de 1 500 logements a également été réalisée sur le quartier pour améliorer le cadre de vie des habitants du parc social. L'îlot des Pépinières (n°⑤ figure 5 p.41) a ainsi été résidentialisé et dédensifié (avec la démolition d'un bâtiment de 20 logements). L'opération s'est achevée en 2007.

---

<sup>2</sup> La résidentialisation est un type d'opération de rénovation urbaine. Elle consiste à rénover des espaces extérieurs de bâtiments : installation de containers enterrés, mise en lumière, rénovation des halls, aire de jeux pour les enfants, végétalisation des abords des immeubles, etc.

Ces rénovations de l'habitat s'inscrivent dans un projet global de « *redynamisation* » du Mont Gaillard. Des interventions lourdes sur des d'îlots structurants le quartier ont été réalisées. Les petits centres commerciaux situés place Sainte Catherine et place Raymond Queneau ont bénéficié d'une rénovation afin de leur insuffler une nouvelle dynamique. Près de l'hypermarché Auchan, un pôle regroupant la CPAM, Pôle Emploi, Police a été aménagé.

Aujourd'hui, ce sont les travaux du tramway qui modifient la physionomie et l'accès au quartier. En effet, la première ligne de tramway du Havre traverse le quartier. Beaucoup d'habitants semblent satisfaits par cet aménagement qui permettra de désenclaver le quartier et de rejoindre le centre-ville du Havre en 20 minutes. L'idée soutenue par la ville est de « *faire sortir les gens* ». En effet, l'appartenance au quartier est très forte au Havre :

« *Certaines personnes ont l'impression de vivre dans leur quartier et pas au Havre* ».

C'est le cas au Mont Gaillard mais aussi à Caucriauville, deux quartiers desservis par la ligne de tramway. Ainsi, selon les propos du Maire du Havre, le tramway permettra de « *vivre dans toute la ville* ».

- **Le changement, illusion ou réalité d'un « mieux vivre » ?**

Les nombreux travaux engagés transforment physiquement le quartier, affecte son image et les représentations que s'en font les habitants. Ainsi 54% des habitants interrogés répondent que le quartier s'est amélioré depuis qu'ils s'y sont installés « *c'est mieux maintenant qu'avant* » et semblent satisfaits de l'implication de la ville :

« *On sent une volonté de changement de la part de la ville* ».

Dans le questionnaire, à la question *Ce qui vous dérange dans votre quartier*, très peu de personnes ont coché « *le quartier est délaissé* ». Les réponses, d'après les témoignages recueillis, auraient été bien différentes il y a une dizaine d'années. Lorsqu'ils précisent le type d'amélioration, une importante majorité des réponses concerne les infrastructures et les équipements sportifs, le tramway, la rénovation des logements.

La satisfaction des habitants est souvent nuancée. Pour eux, toutes ces améliorations, appréciables et souvent indispensables, restent « *une façade* » car « *la pauvreté est toujours là* » et « *les comportements ne changent pas, les jeunes squattent ailleurs, c'est tout* ».

Le sentiment d'être délaissé et les mécanismes d'exclusion ont profondément marqué certains habitants.

« *Tu sais ce que pensent les jeunes ici ? le Mc Do, tout ça, tous les trucs nouveaux qu'ils font, ils pensent que c'est pour les faire rester dans le quartier, pour ne pas les faire descendre [dans la ville basse = centre ville]* ».

La défiance vis-à-vis des institutions demeure.

D'autres, plus nostalgiques, sauvegardent l'image de leur quartier. Les jeunes notamment se sont mobilisés en créant des blogs qui retraçaient les étapes des travaux. Un certain nombre a été créé en

2006, année de la destruction des deux tours, symbole du Mont Gaillard. Aujourd'hui, ces blogs ne sont plus mis à jour.

## C - A Beaulieu, une implication ponctuelle

- **Des projets de proximité**

L'implication de la ville dans l'entretien et l'aménagement du quartier de Beaulieu est ponctuelle. Les besoins sont d'ailleurs modérés. Les HLM sont bien entretenus par le bailleur social. La ville mise sur le développement durable. Depuis plusieurs mois, des travaux pour poser des panneaux solaires sur les toits des HLM créent un désordre inhabituel dans cette partie du quartier à cause des tranchées creusées pour faire passer les câbles et des barrières. A ce sujet, une habitante m'a confiée une certaine inquiétude pour ses enfants car certaines tranchées sont profondes et ne sont pas couvertes.

La place commerçante Guy de Maupassant est entrée en activité en 1954. Elle a été réaménagée il y a 20 ans pour favoriser son accès en voiture.

En 2002, tout près de la place Guy de Maupassant, un pôle de service a été construit (photogr. 35 et 36). Le bâtiment se compose de deux étages séparés, l'un étant accessible par la rue, l'autre par la place. Coté route se trouve le pôle accueil population où des assistantes maternelles assurent un rôle d'informatrice deux demis journée par semaine, ainsi que le pôle d'insertion professionnel (FODENO). Coté place, une annexe de la mairie permet aux habitants de réaliser des tâches administratives simples sans se déplacer jusqu'au centre-ville. Il y a également une Poste et un distributeur automatique de billets.

Photogr. 35 : Le pôle administratif côté rue, mai 2012, A. Dubreuil



Photogr. 36 : Le pôle administratif côté place, mai 2012, A. Dubreuil



D'autres projets d'envergure concernent davantage le centre-ville d'Harfleur, notamment avec la construction de La Forge, une structure accueillant des expositions, des spectacles et des concerts. L'investissement budgétaire pour mener ce projet a accentué les difficultés financières auxquelles la ville doit faire face depuis quelques années. Harfleur est aujourd'hui en déficit. Cela a eu des conséquences

sur certains projets qui ont été supprimés ou reportés, ainsi que sur les effectifs des techniciens de la ville qui ont été réduits.

- **Un réseau d'acteurs brouillé**

Sur le quartier de Beaulieu, différentes structures, liées aux services de la mairie sont présentes. Certaines sont durables, d'autres assurent des permanences et proposent des services aux habitants. Les acteurs intervenants sur le quartier se concentrent majoritairement sur des actions sociales, souvent ciblées vers les jeunes et sur le logement.

La municipalité est très présente auprès des populations et peut les soutenir dans de nombreuses démarches (famille, logement, insertion). Vu de l'extérieur, la forte présence de la ville auprès des populations paraît parfois trop interventionniste.

*« Pour peu qu'une famille soit inscrite dans plusieurs programmes d'aides, la ville peut tout connaître de sa vie ».*

Plus que de l'aide, l'investissement de la ville est parfois vu comme intrusif.

Le réseau des techniciens de la ville est assez bien identifié mais les liens avec les acteurs extérieurs sont moins connus. Au cours de mes entretiens, j'ai recueilli des informations qui concordaient partiellement entre elles, mais parfois elles étaient totalement contradictoires. Les déménagements, les restructurations, les fermetures et réouvertures de plusieurs structures n'aident pas à maintenir une visibilité claire de la situation. L'exemple de la permanence du CMS assurée à Beaulieu est révélateur. C'est au cours d'une séance de terrain que j'ai remarqué le petit écriteau sur une maison (photogr. 37) derrière une grille fermée. Au cours de mes entretiens, personne n'a su me renseigner sur ce CMS. Est-il fonctionnel ? La structure était méconnue par les acteurs du quartier :

*« Un CMS ? »,*

*« Ah non, je n'ai jamais remarqué ce panneau... »,*

*« Je ne sais pas... Allez au CMS du centre-ville, ils sauront vous renseigner, c'est sûr ».*

Je suis donc allée au « CMS du centre-ville » pour lever mes incertitudes. Une assistante sociale a su me renseigner en m'expliquant qu'il y a 20 ans de cela, Harfleur comptait deux CMS. Celui de Beaulieu a fermé car la demande était trop faible. Il y a quelques années, un besoin s'est fait sentir dans le quartier et une permanence a été organisée à Beaulieu. Le poste d'infirmière est longtemps resté vacant ce qui a joué en la défaveur du CMS. De plus, et comme la majorité des structures du quartier, le CMS n'est indiqué par aucun panneau. Le fait de ne pas être visuellement identifiable freine l'attractivité et donc la viabilité des structures. Encore une fois, le quartier montre une image « d'entre soi ».

Photogr. 37 : Le CMS Beaulieu,  
mars 2012, A. Dubreuil



Les personnes extérieures à la ville qui travaillent à Beaulieu, sont parfois surprises par les réactions de la mairie :

*« On avait une idée de projet que nous avons partagé avec la mairie et quelques mois plus tard, nous avons appris que la ville montait le même type de projet. C'est peut être une coïncidence... Mais alors, pourquoi ne pas avoir voulu qu'on travaille ensemble ? »*

Un habitant partage son incompréhension concernant la politique de rachat de la ville :

*« la ville achète tout en centre-ville : les bâtiments, les commerces qui ferment, mais ce n'est pas forcément reloué, ça crée un déficit, la ville n'a pas besoin de ça... »*

Plus que de la surprise, certains acteurs sont embarrassés par les demandes formulées par la ville :

*« C'est une ville où tout se sait, mais moi, dans mon travail, je ne peux pas tout divulguer, alors parfois, ça passe mal ».*

L'image véhiculée par la ville de tout voir et de tout connaître laisse supposer que le réseau d'acteurs sur le terrain est bien relié. Ce n'est que partiellement le cas. En fait, le réseau d'acteurs sur le terrain est parfois difficile à déchiffrer. Ce manque de connexion entre les acteurs peut nuire au bon fonctionnement des structures et à leur attractivité auprès des populations.

## II - Le travail sur-mesure des structures associatives

Grâce au questionnaire, nous savons que 48,2% de la population interrogée au Mont Gaillard pratique une activité, qu'elle soit sportive, artistique, associative ou autre. Cela favorise les contacts, agrandit le réseau de connaissances et permet de lutter contre l'isolement. 53,6% de ces personnes pratiquent leur activité dans le quartier.

A Beaulieu, il y a très peu d'associations intervenant sur le quartier et toutes mènent des actions plus générales sur l'ensemble d'Harfleur. D'après le questionnaire, 43,6% des habitants pratiquent une activité (tableau 21).

Tableau 21 : Pratique d'une activité par les habitants dans les deux quartiers (en %)

Au Mont Gaillard		A Beaulieu	
Pratique d'une activité	48,2 (n=41)	Pratique d'une activité	43,6 (n=17)
Dont au Mont Gaillard	26,5 (n=22)	Dont à Beaulieu	15,4 (n=6)
Aucune activité	50,6 (n=42)	Aucune activité	56,4 (n=22)

Source : enquête habitant, 2012

Bien qu'abondant, le paysage associatif du Mont Gaillard semble s'organiser avec cohérence, chacune des associations menant des actions dans des domaines différents ou s'adressant à des publics particuliers, souvent fragilisés. Ainsi, sur les trois structures majeures du quartier, l'une se rapproche d'un centre social, l'autre est devenu l'ANPE du quartier, une autre encore cible les jeunes en leur proposant activités de loisirs et soutien scolaire. Aucune d'entre elles n'est spécialisée en santé mais toutes servent de relais aux campagnes nationales comme pour le dépistage du cancer du sein avec Octobre Rose ou pour faire de la prévention santé sur des sujets majeurs comme alimentation, le diabète ou l'hygiène de vie. D'après des témoignages, les associations et leurs activités sont clairement identifiées par les populations. Globalement, toutes s'efforcent d'améliorer les conditions de vie des habitants et pour les publics les plus précaires, cela passe souvent par du soutien social et relationnel qui se crée au sein de l'association. Elle devient alors « *une grande famille qui aide à passer des étapes difficiles* » dans un « *cadre convivial* ». Une légère tension est latente entre les associations, dont certaines actions entrent en concurrence ou plus généralement sur des conflits d'idées, sur la façon de gérer et de concevoir une association.

La vie associative est ancienne au Mont Gaillard et certaines associations ont réellement marquées l'histoire du quartier.

Au début des années 90, malgré les bénéfices, en particulier ceux réalisés par le rayon alcool, l'hypermarché Auchan était sur le point de fermer car il subissait de nombreuses dégradations et des vols fréquents, si bien qu'un camion de police stationnait en permanence sur le parking [La Vie, novembre 1995]. A l'époque, un jeune témoigne :

« *C'était quand même une bonne ambiance. Auchan, c'était... c'était le ravitaillement quoi, c'est ça, le ravitaillement, on allait se servir, vider les rayons* ».

Des habitants de bonne volonté, qu'ils soient élus, responsables associatifs, commerçants ou chefs d'entreprise se sont alors réunis pour donner naissance à l'association Trait d'union. L'initiative fut soutenue par Auchan qui fournit des locaux dans le centre commercial et largement relayée par les médias. Le pari était de transformer « *ce lieu d'envies* » en « *un lieu de vie* » pour les jeunes. Des activités sportives comme de la boxe, de la danse, des matchs de foot avec le HAC (Havre Athletic Club) ont alors été organisées ainsi que des séjours et des sorties à la plage. La grande surface a engagé des « *grands frères* » comme vigiles qui étaient des jeunes respectés dans le quartier. Cette méthode a montré ses limites à la fin des années 90 car ces derniers participaient parfois à des activités illicites. L'association

modifia alors ses méthodes d'insertion et mit en place des formations qui aboutissaient sur un diplôme d'animateur ou d'entraîneur sportif.

Aujourd'hui, Trait d'Union mène toujours des actions auprès des jeunes en organisant des activités pour les 6-18 ans et en aidant les plus de 18 ans à s'insérer dans le monde professionnel. Par le biais d'animations, ils essayent de « *faire passer des messages pour lutter contre l'exclusion et prévenir la délinquance* ». Quelques actions de prévention santé ont été organisées en partenariat avec la CPAM sur l'importance du petit déjeuner, la protection de l'environnement, l'hygiène bucco-dentaire ou l'hygiène corporelle. Ces actions de prévention semblent entièrement justifiées car comme certains membres associatifs aiment le rappeler :

*« Certaines personnes balancent leurs déchets par les fenêtres... »*

*« Un certain nombre d'enfants ne se changent pas après le sport ».*

Ils insistent par ailleurs sur le rôle parental :

*« Il faut qu'ils comprennent que [l'hygiène] c'est important. Mais je vais te dire, le problème, le vrai problème, ce ne sont pas les enfants, ce sont les parents, ce sont les parents qu'on devrait éduquer ».*

Une autre structure, l'Association Réseau Echanges Culture (AREC) est née en 1996. Comme l'indique le nom de l'association, son but est de proposer à l'individu de se créer un réseau permettant de lutter contre l'isolement et l'exclusion. Cela peut aussi bien concerner des personnes en difficultés que des nouveaux arrivants dans le quartier. Ses actions s'articulent autour de deux thématiques. La première centrée sur la famille, en organisant des sorties, des ateliers couture, cuisine ou informatique. La seconde se concentre sur l'insertion en dispensant des cours d'alphabetisation (financé par le CUCS) et des cours de Français Langue Etrangère (FLE). Les jeunes étant déjà pris en charge par Trait d'Union, l'AREC ne cible que les adultes.

C'est à travers des valeurs sportives qu'une autre association s'est décidée à aider les habitants du Mont Gaillard. En 2002, l'association Emergence installe ses locaux dans une piscine non exploitable car ne répondant pas aux normes de sécurité. Son activité est basée sur trois thématiques : le sport, la médiation et l'insertion professionnelle. Le bassin de la piscine est transformé en salle de sport accessible à tous sans distinction d'âge, et l'accès aux salles de musculation, de boxe et de fitness est libre. L'axe médiation s'organise autour de sorties familiales, de rencontres entre les jeunes et des professionnels parfois mal accueillis dans le quartier (sapeurs-pompiers, police, conducteurs de bus) afin de lutter contre les vols, la violence, les caillassages. L'axe de l'insertion professionnelle se base essentiellement sur un projet intitulé « *au top pour un job* ». Depuis 2005, des groupes de 15 personnes participent à 2 semaines de formation suivies d'un coaching sportif de six mois. L'association a des partenariats avec des gros employeurs de la région comme Bus Océane/Lia, Auchan, ERDF, qui permettent d'insérer les demandeurs d'emplois sur le marché du travail. Selon Emergence, « *le sport*

*est un vecteur essentiel d'apprentissage et de connaissance de soi, permettant à chacun de prendre sa vie en main* ». Une habitante témoigne :

*« Avant le quartier craignait davantage, c'est un peu grâce à Emergence que ça va mieux, les jeunes s'occupent ».*

Depuis 2009, une convention a été établie entre Emergence et la CPAM pour aider 50 personnes fragilisées dans leur parcours de soins. L'intérêt de la démarche est d'offrir un suivi complet à l'individu, l'aider dans ses démarches administratives (dépôt d'un dossier CMU-C, aide dans la recherche d'un professionnel de santé et prise de rendez-vous). En 2010, le suivi a été augmenté à 60 personnes.

C'est lors d'une intervention débat avec les habitants du Mont Gaillard dans les locaux de l'association Emergence, que le Maire du Havre a réaffirmé son soutien à l'association. Il met en parallèle la ville du Havre, *« une ville mal barrée où il y a plus de chômage qu'ailleurs, plus d'échec scolaire, un moins bon état de santé »* avec le projet associatif d'Emergence construit dans une piscine non exploitable et au sein d'un quartier qui a connu des difficultés importantes. C'est le *« symbole d'un lieu et d'un projet assez mal barré, qui grâce à des gens malins, a permis d'élever tout le monde à travers et au-delà de valeurs sportives »*.

La réussite d'Emergence est due à sa capacité de *« faire du sur-mesure »*, à écouter au cas par cas les habitants pour trouver une solution adaptée à leur situation. Ce travail de proximité est irréalisable à l'échelle d'une ville, c'est pourquoi le Maire soutient l'engagement de l'association et de ses salariés parce qu'*« un projet ce n'est pas que de l'argent, bon, bien sûr il en faut, mais, ce sont surtout et avant tout des gens »*.

### **III - Les habitants entre solidarités et tensions**

Les relations que les habitants entretiennent entre eux à l'intérieur du quartier permettent de rendre compte d'un degré d'ouverture ou d'isolement des individus et de l'ambiance générale du quartier.

Nous avons vu que Beaulieu était vu par ses habitants comme un village. Des éléments dans la constitution et le fonctionnement de la vie du quartier confirment ce point de vue. Tout d'abord les liens familiaux très forts mais aussi la place commerçante du quartier qui ressemble à une place de village. Au Mont Gaillard, les relations semblent moins fortes et davantage fractionnées entre les différents habitats (pavillons/immeubles).

#### **A - Les relations de voisinage déséquilibrées**

Le degré des relations humaines a été testé par le biais du voisinage. Les informations récoltées avec les questionnaires ne permettent pas de caractériser la nature des liens entre les habitants, s'il s'agit de

rendre un service occasionnel ou de partager des activités, néanmoins, les liens semblent plus forts entre les habitants des pavillons que ceux des immeubles.

Au Mont Gaillard, les propriétaires semblent entretenir davantage de relations amicales avec leurs voisins (64,5% contre 33,3% pour les locataires). Inversement, les locataires entretiennent des relations de courtoisies sans affinités avec leurs voisins (60,4% contre 29,0% pour les propriétaires). Que ce soit pour l'un ou l'autre, environ 6% des résidents ne se parlent pas (tableau 22).

Tableau 22 : Les relations de voisinages au Mont Gaillard

(en %)	Propriétaire	Locataire	Total
Vous ne vous parlez pas	6,5	6,3	6,0 (n=5)
Simplement bonjour	29,0	60,4	47,6 (n=40)
Relations amicales	64,5	33,3	46,4 (n=39)

Source : enquête habitant, 2012

Le statut de locataire ou de propriétaire, matérialisé physiquement par le type d'habitat, connote un niveau économique et social. Les ressentis des habitants les uns vis-à-vis des autres sont distincts. Les propriétaires paraissent méfiants face à la jeunesse des immeubles. Ils sortent en groupe, s'adonnent à des trafics, à des rodéos avec leurs scooters, ou à des cambriolages. Les propos sont souvent nuancés par des « *tous les jeunes ne sont pas comme ça* ». Faits avérés ou non, une minorité d'événements marque suffisamment les esprits pour figer les représentations. Les résidents des immeubles quant à eux semblent plutôt indifférents :

« *Ah ouais mais ceux des pavillons vivent dans un autre monde* » me dit un jeune en haussant les sourcils avec dans le ton de sa voix un léger reproche mêlé de convoitise. Il signifie ainsi que les habitants des pavillons ne connaissent pas autant de situations difficiles que ceux des immeubles.

Au cours d'un entretien, une personne m'informe qu'elle a grandi au Mont Gaillard puis précise « *dans un pavillon* » comme pour m'indiquer l'ensemble auquel elle appartenait. Cet élément reflète une distanciation, souvent diffuse pour les habitants eux-mêmes, qui se crée entre les résidents de deux types d'habitats. Les habitants ne s'identifient pas les uns par rapport aux autres, ne se ressemblent pas, ne partagent pas les mêmes valeurs. Ils n'osent pas le signaler ouvertement mais signalent discrètement leur différence pour ne pas être assimilés à la population stigmatisée des immeubles.

A Beaulieu, la situation du logement est elle aussi révélatrice des relations qu'entretiennent les voisins entre eux. Ainsi, 25% des propriétaires se disent bonjour contre 68,8% de locataires. Par contre, 75% des propriétaires entretiennent des relations amicales avec leurs voisins contre 31,3% pour les locataires (tableau 23).

Tableau 23 : Les relations de voisinages selon le statut d'occupation à Beaulieu

(en %)	Propriétaire	Locataire	Total
Vous ne parlez pas	0,0	0,0	0,0 (n=0)
Simplement bonjour	25,0	68,8	45,9 (n=17)
Relations amicales	75,0	31,3	54,1 (n=20)

Source : enquête habitant, 2012

La cohésion sociale est fortement entretenue par les liens familiaux. Des familles entières habitent le quartier, il n'est pas rare que plusieurs générations se côtoient à quelques maisons d'écart. Ainsi, un jeune m'annonce que, bien qu'il trouve le quartier « *mort* », il souhaite trouver une maison à Beaulieu pour s'y installer parce qu'« *il y a ma famille et je connais tout le monde* ».

Les liens forts semblent surtout se maintenir entre les personnes âgées. Elles se connaissent depuis longtemps et ont l'occasion de se retrouver lors de sorties organisées par la ville (activités culturelles, randonnées, etc.). Par contre, entre les anciens et « *les nouveaux* » habitants, les relations sont moins amicales. Les anciens ne les voient pas forcément d'un bon œil car :

« *Ils ne disent pas bonjour* »

« *Ils mettent des grandes haies pour se cacher* ».

L'ambiance « *village* » semblent contribuer à modeler une règle sociale, une ligne de conduite car « *tout le monde sait tout* » et il faut donc « *faire attention à ce qu'on dit et à ce qu'on fait* ». Les commérages sont omniprésents, « *les gens parlent* ». Par exemple, la pharmacie de Beaulieu, fait facilement crédit aux habitants du quartier, à l'inverse de celle du Mont Gaillard. Cette confiance accordée n'est pas forcément bénéfique pour les affaires, certains ne reviennent jamais payer, même des habitués.

Bien que le quartier ait évolué, l'impression de vivre dans un village est entretenue par les anciens et par les familles qui y restent groupées.

Les liens et les tensions ne se matérialisent pas de la même façon dans les quartiers. Au Mont Gaillard, le niveau social et économique semble créer une barrière diffuse entre les habitants alors qu'à Beaulieu c'est l'ancienneté qui crée le lien ou le conflit. Les lieux de rencontre sont également un aspect à creuser pour comprendre les relations entre habitants.

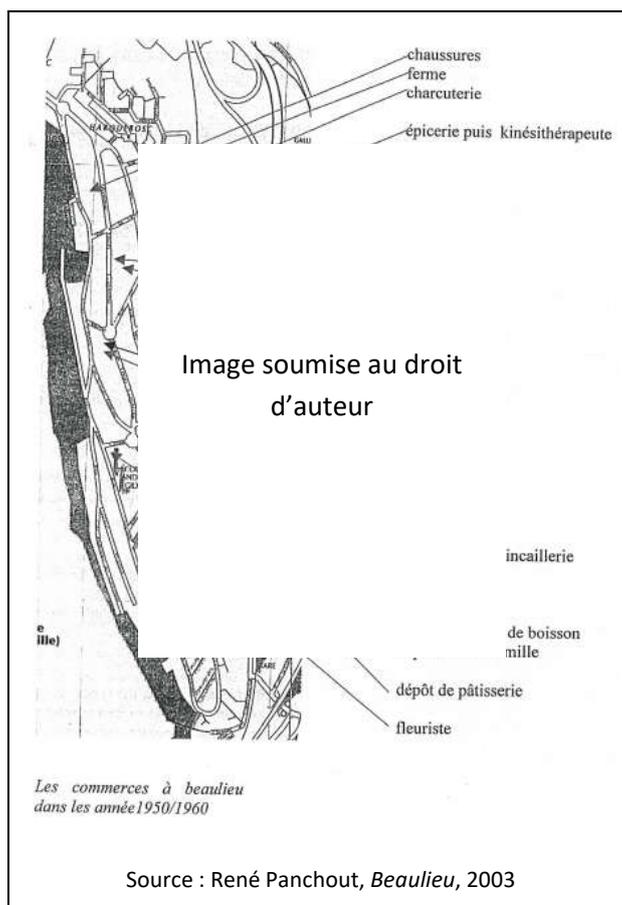
## **B - La place commerçante du quartier et l'hypermarché, des lieux de rencontre**

Pour les habitants du Mont Gaillard, l'hypermarché Auchan est un élément structurant du quartier. Bien plus qu'un simple centre commercial, c'est un lieu où l'on va flâner, retrouver des amis, discuter. Il n'est d'ailleurs pas décrit comme un hypermarché, mais comme « *l'épicerie du quartier* », certains habitants vont y faire leurs courses tous les jours, « *acheter du pain ou une brique de lait* ». Cette structure est devenue le commerce de proximité. L'emploi du mot « *épicerie* » traduit parfaitement l'idée de pratique quotidienne, on se rend tous les jours au centre commercial pour acheter des produits de consommation courante au détail alors que les habitants des alentours y viennent pour faire les courses de la semaine et ressortent avec des caddies pleins à ras bord.

Les petits commerces subissent l'attractivité de l'hypermarché Auchan Mont Gaillard qui se traduit par de nombreuses fermetures. Dans la galerie marchande, deux boulangeries ont déjà fermé depuis qu'Auchan a ouvert la sienne. Les commerces des deux autres places commerçantes prévues lors de la construction du quartier ont du mal à se maintenir. Les vols et cambriolages passés, additionnés à la concurrence de l'hypermarché freine le dynamisme des petits commerces qui sont regrettés par les habitants. L'impact de la ZFU a été très limité et les commerçants désapprouvent qu'aucun arrêt de tramway n'ait été prévu sur les deux places commerçantes du quartier : Sainte Catherine et Raymond Queneau.

A Beaulieu, la place Guy de Maupassant constitue le cœur du quartier. Entourée par les immeubles, elle est appelée « *la cité commerciale* ». Plus d'une dizaine de commerces se côtoient : tabac, boulangerie, pharmacie, coiffeur, auto-école, opticien, fruits et légumes. Elle a remplacée en 1954 tous les commerces qui étaient éparpillés dans le quartier (figure 12). Elle constitue un pôle commercial de proximité complet et certains résidents, souvent les plus âgés, affirment qu'ils n'ont que très rarement besoin de sortir du quartier.

Figure 12 : Les commerces place Guy de Maupassant à Beaulieu dans les années 1950/1960



Cependant, deux discours s'opposent à propos de la cité. Certains habitants soutiennent que la place a perdu de son dynamisme tant commercial qu'événementiel avec la fermeture de certains commerces et l'interruption de l'organisation de certains événements sur la place :

*« Avant y'avait le marché aux fleurs, le marché de Noël, maintenant y'a plus rien ».*

Les propos sont parfois teintés d'un certain reproche :

*« La ville n'investit pas suffisamment, par exemple, le marché aux plantes, il a bien fonctionné 4 ou 5 ans. Puis d'autres villes ont piqué l'idée qui a bien marché aussi, alors cette année, pas de marché aux plantes à Beaulieu ».*

Un autre discours prétend que les commerces sont ancrés durablement dans le quartier, qu'ils « tiennent le coup » contrairement à ceux du centre-ville qui ferment beaucoup plus fréquemment. La place a conservé un côté convivial :

*« Aller à la cité, c'est aussi l'occasion de discuter, et puis les commerçants sont sympas, plus qu'en centre-ville ».*

Ces deux discours qui paraissent contradictoires sont en réalité complémentaires. Relever les impressions des habitants sur la vitalité de la place permet de saisir les changements qui s'opèrent dans le quartier, de montrer que celui-ci se transforme avec les habitants qui l'occupent.

Selon des témoignages, les trois premières générations résidants à Beaulieu étaient très investies dans le quartier et côtoyaient avec fidélité les commerces de la place. Aujourd'hui les populations se renouvellent davantage et les nouveaux arrivants s'insèrent dans le quartier avec leurs propres modes de vie et de consommations, différents des premiers résidents. Les anciens restent fidèles à leurs commerçants alors que les nouveaux, bien que satisfaits de trouver des commerces de proximité, ne s'investissent pas autant dans la vie du quartier. Les rapports entre les commerçants et les clients sont parfois inégaux :

*« Les gens ne vont pas systématiquement à leur pharmacie de quartier mais veulent absolument qu'elle reste et qu'elle soit ouverte quand ils en ont besoin, s'ils ont oublié d'acheter leurs médicaments près de leur travail par exemple »,*

*« Maintenant, ce n'est plus gênant d'aller ailleurs ».*

Les commerçants ressentent une exigence de la part de leurs clients, une disponibilité permanente et *« si on commet une erreur, ça ne sera pas pardonné ».*

L'investissement des commerçants a également changé. Les premiers à s'être installés habitaient souvent Beaulieu et contribuaient à dynamiser la vie du quartier, notamment lors d'événements particuliers en restant ouverts plus longtemps ou en préparant des produits spécifiques pour les fêtes par exemple. Avec les départs de ces anciens commerçants, une partie de l'esprit du quartier s'en est allée. Les nouveaux commerçants n'habitent plus forcément le quartier et s'investissent à leur mesure ; la motivation et l'attachement à Beaulieu ne sont pas aussi forts que les premiers commerçants.

Le type de commerces qu'on l'on rencontre sur la place a évolué. Les commerces de bouche se sont réduits, le cordonnier, le droguiste et le quincaillier ont disparu, remplacé par des services et par des commerces comme un salon de coiffure ou une moto école.

Au Mont Gaillard, les petits commerces sont peu à peu absorbés par la présence imposante de l'hypermarché Auchan. La proximité avec ce géant n'est pas viable financièrement. De plus, les habitants du Mont Gaillard se sont appropriés l'espace de la galerie marchande comme un lieu de proximité retirant ainsi aux petites places de quartier leur rôle de lieu de rencontres et d'échanges.

A Beaulieu, la place commerçante se maintient et s'adapte aux nouveaux besoins des habitants malgré la présence d'une grande zone commerciale à Montivilliers, commune voisine d'Harfleur.

## CONCLUSION CHAPITRE 5

Le quartier du Mont Gaillard, marqué par de profonds problèmes sociaux et économiques, se voit depuis une dizaine d'années redynamisé par de nombreux aménagements sur l'habitat, les équipements et les

transports. Ces changements participent à donner une nouvelle image, presque une nouvelle identité, au quartier et à le rendre davantage attractif. Dans un même temps, l'investissement de la ville valorise les habitants qui se sentent considérés par l'attention qu'on leur porte. Le domaine associatif est particulièrement actif et ses actions dans le domaine social sont bénéfiques et appréciées par ceux dont les situations de vies sont compliquées et par les jeunes à l'écart du système scolaire et professionnel. Toutes ces structures s'évertuent à créer du lien avec ceux dont les rapports humains se sont détériorés et contribuent à entretenir une cohésion au sein du quartier.

A Beaulieu, les logements et les équipements sont bien entretenus. Le quartier maintient un train de vie calme avec une vie commerçante stable. Les actions d'aménagement de la ville sont ponctuelles mais répondent aux besoins des habitants facilitant souvent leur quotidien comme avec le pôle administratif. Par contre, un manque d'animation est ressenti par les habitants qui souhaiteraient voir le quartier plus vivant. Les liens entre les habitants se maintiennent grâce à l'esprit familial du quartier et aux liens de parenté.

## CHAPITRE 6 - SOIGNER ET SE SOIGNER, DÉCRYPTER LES PRATIQUES LOCALES

Ce dernier chapitre mérite de rappeler deux éléments. Premièrement, notre postulat de départ sur les consommations de soins : les habitants du Mont Gaillard consomment davantage de soins que la moyenne de l'agglomération havraise alors que ceux de Beaulieu se situent dans la moyenne inférieure. Deuxièmement, c'est à la suite de ce constat qu'une étude sur les facteurs de recours et de renoncement aux soins s'est révélée intéressante. Bien que les éléments semblent logiquement liés, il ne faut pas s'arrêter à la vision réductrice pouvant lier la sous-consommation avec un fort taux de renoncement ou la surconsommation avec un faible taux de renoncement aux soins. Une surconsommation de soins médicaux n'exclut pas un renoncement de la part de certains individus. Les logiques de recours ou de renoncement peuvent simplement être attribuées à des individus ou des groupes sociaux différents dans un même espace. Les résultats présentés dans ce chapitre n'ont pas la prétention de balayer tous les aspects émanant de ces questions mais d'éclairer certains parcours de soins permettant une meilleure compréhension de logiques de recours aux soins dans les deux quartiers.

Dans les parties précédentes, nous avons vu que le quartier était une entité vivante, résultant de multiples interactions entre image et vécu, intentions personnelles, collectives et politiques. La façon de vivre et de concevoir son lieu de vie et son impact sur les habitants est différente selon les quartiers. Nous supposons que les modalités des quartiers, intériorisées individuellement et collectivement, se répercutent sur les comportements de soins.

L'engagement de la ville dans les quartiers a déjà été abordé dans la partie précédente en termes de projets d'aménagement, d'entretien ou de valorisation des espaces, nous précisons ici son rôle dans le domaine des services de santé. En outre, nous aborderons les différents freins ou facilitateurs du recours appréhendés dans les deux quartiers afin d'éclairer les différences de consommation de soins. La dernière partie du chapitre permettra d'illustrer les différents points de vue, la perception des acteurs des quartiers, professionnels de santé, membres associatifs et habitants, à propos des recours ou des renoncements aux soins dans leur quartier.

## I - Soutiens de proximité et offre de santé, une alliance salubre

Depuis quelques années, les décideurs politiques se saisissent et s'impliquent de plus en plus dans les politiques de santé, s'intéressant aux questions de l'implantation et du maintien de l'offre de soins. Les débats sur l'offre de soins sont d'autant plus virulents que la tendance nationale est au vieillissement des professionnels de santé et que leurs remplacements sont difficilement envisageables du fait du *numerus clausus* imposé dans les années 90, ayant réduit de près de la moitié le nombre d'étudiants admis en médecine. L'implantation des médecins est inégale sur le territoire national, ce qui amène certains à parler de « *déserts médicaux* ».

Le territoire local et son offre de proximité sont mis en avant pour être au plus près des besoins de santé des populations. « *C'est la responsabilité des collectivités locales de faciliter la vie des gens [...] de façon à leur permettre de vivre dans la plénitude* » [Lévy-Jurin, 2010]. C'est donc aux instances locales de décliner des politiques de santé adaptées aux problématiques spécifiques de leurs territoires.

Dans ce premier sous-chapitre, l'offre de soins ambulatoire existante au Mont Gaillard et à Beaulieu sera décrite et localisée, puis nous verrons l'impact des politiques sur son maintien.

### A - Une offre de soins « satisfaisante » ...

Au Mont Gaillard en 2012, 32 professionnels libéraux exercent sur le quartier, en dehors de l'Hôpital Privé de l'Estuaire (HPE) (figure 13 p.93). Il y a deux pôles médicaux regroupant un nombre important de professionnels de santé.

Le **pôle médical des Pépinières** (photogr. 38) a ouvert en février 2011 et regroupe vingt professionnels de santé en 2012. Il y a sept médecins généralistes, deux orthophonistes, deux masseurs-kinésithérapeutes, un ostéopathe, un diététicienne-nutritionniste, cinq infirmières et deux sages-femmes. Le pôle médical accueille également deux établissements publics : un Centre Médico-Psychologique (CMP) et un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) gérés par le Groupe Hospitalier du Havre (GHH). Une pharmacie se tient au rez-de-chaussée.

Le **centre Charcot** (photogr. 39) est composé de deux espaces : un centre médical et un Centre Médico-Social (CMS). Le centre médical regroupe six professionnels de santé en 2012. Il y a un médecin généraliste, quatre ophtalmologues et un psychiatre. Côté CMS, le suivi social est assuré par des assistantes sociales sur rendez-vous. Pour le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), des infirmières assurent une permanence deux fois par semaine pour la pesée des nourrissons et délivrer des conseils aux parents. Il est également possible d'obtenir une consultation médicale sur rendez-vous un matin dans la semaine.

Photogr. 38 : Le pôle médical de Pépinières,  
mars 2012, A. Dubreuil

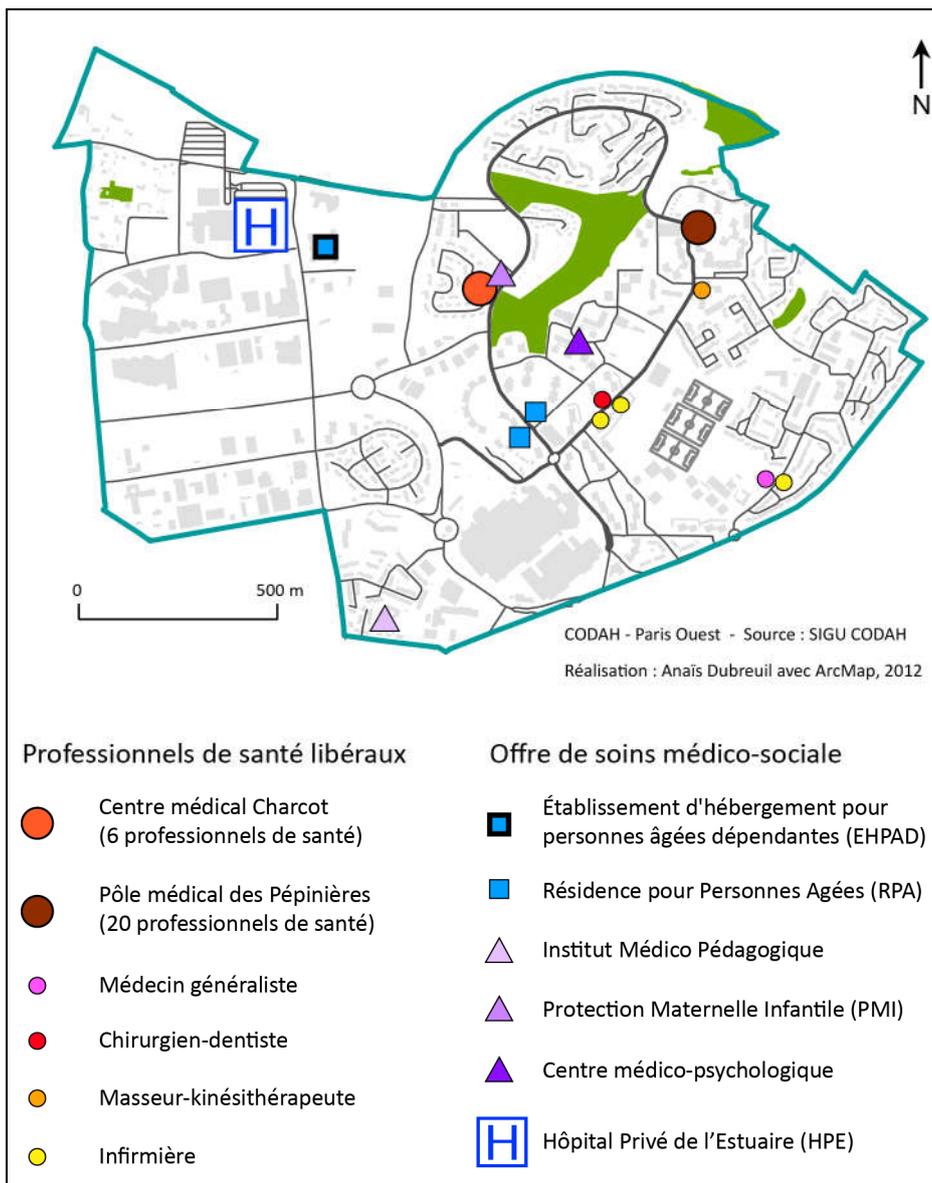


Photogr. 39 : Le centre médical Charcot,  
mars 2012, A. Dubreuil

Que ce soit au pôle des Pépinières ou au centre médical Charcot, les cabinets d'un même bâtiment fonctionnent individuellement. Les transferts de patients vers un confrère sont faits normalement par le biais de lettres de recommandation, sans transfert particulier du dossier du patient. Les médecins que j'ai rencontrés aux Pépinières travaillent en réseau à l'intérieur de leur cabinet, ceci permettant de remplacer facilement un confrère en congé, mais aucun lien n'est fait avec les cabinets des autres étages du pôle médical.

En 2008, l'offre de soins au Mont Gaillard était plutôt similaire à celle d'aujourd'hui, seule la localisation des cabinets a changé. Certains médecins actuellement installés aux Pépinières avaient leur cabinet au rez-de-chaussée des tours place du Mont Gaillard.

Figure 13 : L'offre de soins libérale dans le quartier du Mont Gaillard



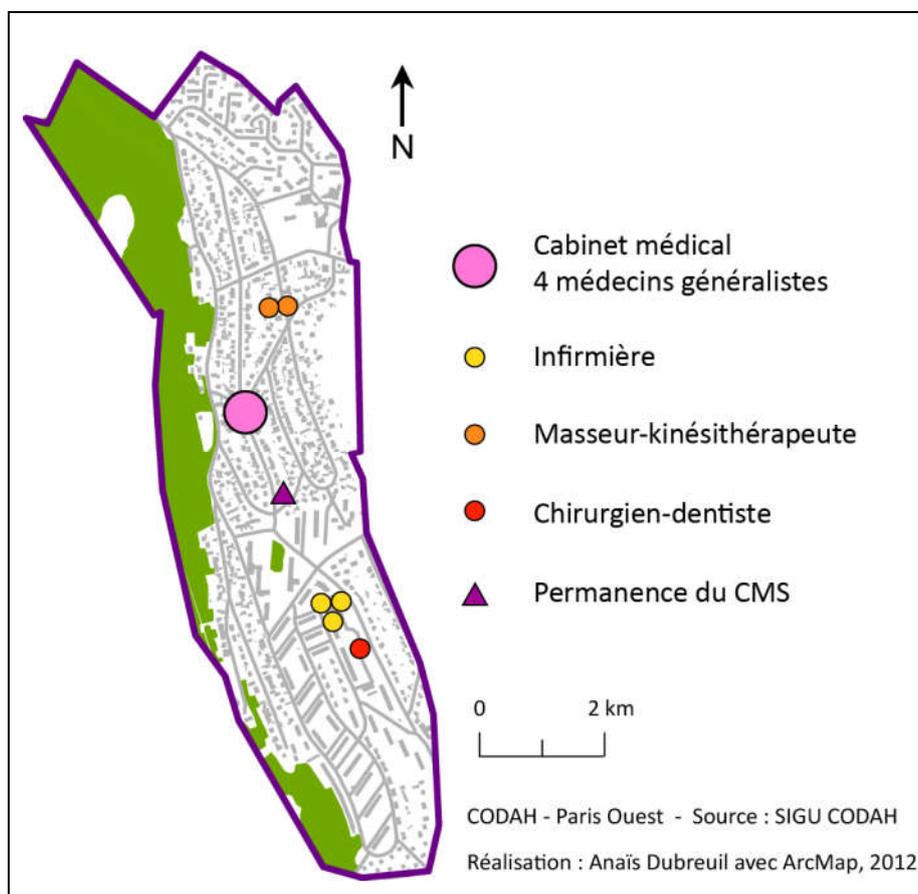
En 2012, à Beaulieu, dix professionnels de santé libéraux exercent sur le quartier (figure 14 p.94). Un **cabinet médical** regroupe les quatre médecins généralistes, un autre deux masseurs-kinésithérapeutes. Sur la place Guy de Maupassant, sont situés les cabinets d'un dentiste et trois infirmières.

En centre-ville d'Harfleur, l'offre à disposition est variée et permet de compléter celle de Beaulieu. On trouve entre autre cinq généralistes, un chirurgien-dentiste, sept infirmières, cinq masseurs-kinésithérapeutes, un ophtalmologue, un orthophoniste, un cardiologue et un radiologue.

Photogr. 40 : Le cabinet médical de Beaulieu, dont l'accès, comme beaucoup de pavillons du quartier reste difficile pour des personnes à mobilité réduite, mars 2012, A. Dubreuil



Figure 14 : L'offre de soins libérale dans le quartier de Beaulieu



L'offre de soins est jugée satisfaisante pour 79,6% des habitants du Mont Gaillard et 62,3% des habitants de Beaulieu (tableau 24). Néanmoins, certaines plaintes ont été formulées, notamment vers les orthophonistes, chez qui les rendez-vous sont difficiles à obtenir.

Tableau 24 : Satisfaction des vis-à-vis de l'offre de soins

(en %)	Beaulieu	Mont Gaillard
Offre satisfaisante	62,2	79,6
Offre incomplète	13,5	10,8
Sans avis	24,3	9,7

Source : Enquête habitant, 2012

La présence d'une offre de soins abondante peut être considérée comme facteur facilitant le recours aux soins des habitants, en diversifiant les choix de médecins et en réduisant les délais de rendez-vous.

## B - ... pour combien de temps ?

### • Initiatives personnelles et municipales au Mont Gaillard

Le quartier du Mont Gaillard est en pleine mutation, de nombreux projets d'aménagement sont réalisés sur son territoire. C'est dans le contexte de résidentialisation de l'îlot des Pépinières qu'un projet de pôle médical a pris forme. Un immeuble de quatre étages, appartenant à un bailleur social, a été réaménagé. Ce projet a concilié les attentes de plusieurs acteurs. Les professionnels de santé souhaitaient créer un regroupement médical qui réunirait en un même lieu différentes spécialités facilitant ainsi la prise en charge et le parcours des patients. En outre, le projet s'accordait avec la volonté de la ville du Havre qui soutient le projet de renouvellement urbain et avec la politique de la CODAH qui souhaite accueillir plus de professionnels de santé sur son territoire. La localisation de ce site est intéressante puisqu'à proximité immédiate d'une station du tramway qui verra le jour en décembre 2012. De plus, certains médecins qui occupaient un cabinet dans l'une des tours foudroyées de la place du Mont Gaillard, sont venus s'installer dans ce nouveau pôle. Tous ces éléments (contexte de redynamisation urbaine, proximité du tramway, initiative personnelle des médecins, maintien de l'offre de soins) ont favorisé l'installation du pôle au Mont Gaillard. Néanmoins, l'offre de soins déjà satisfaisante dans le quartier interroge sur son implantation, justifiée ou non.

Dans ce mémoire, l'offre hospitalière n'est pas étudiée. Pourtant, nous nous accordons un aparté rapide à propos de l'Hôpital Privé de l'Estuaire qui a ouvert ses portes en 2010 au Mont Gaillard. Ce nouveau centre hospitalier regroupe et remplace deux cliniques des alentours : la clinique François 1er au Havre et la Clinique du Petit Colmoulins à Harfleur.

Le maintien de l'offre sur le quartier du Mont Gaillard est en partie dû à une initiative personnelle dirigée par un ophtalmologue. Ce dernier a acheté en 2008 le centre médical Charcot pour garantir un loyer minimal pour tous les médecins exerçant dans la structure.

La quasi-totalité du quartier est classé en ZFU qui détaxe les entreprises présentes sur le territoire. Cette politique concerne aussi l'offre médicale. Ainsi, les médecins installés au Mont Gaillard ne paient pas de charges fiscales et sociales pendant les 5 premières années. Cette défiscalisation est valable dès l'installation dans le quartier et non pas selon la première installation du professionnel de santé. Cela engendre des déplacements de médecins qui partent d'une zone pour venir s'installer en ZFU afin de bénéficier des exonérations fiscales. On les surnomme les « *médecins financiers* ». Deux médecins du pôle des Pépinières ont d'ailleurs profité de cette politique pour déménager. On peut alors s'interroger sur la pertinence de ces zones particulières, sur leurs modalités de fonctionnement et les effets pervers qu'elles peuvent engendrer car l'intérêt n'est pas de créer un effet de vase communicant en déplaçant les professionnels mais d'en attirer de nouveaux.

- **« J'ai mal aux dents, revenez dans 1 an »**

Dans la formulation du sujet, il était question de s'intéresser aux médecins généralistes et à un spécialiste, le chirurgien-dentiste.

Nous rappelons que la densité de chirurgiens-dentistes libéraux est faible sur l'agglomération. Au cours des entretiens, de nombreux acteurs ont soulevé la difficulté d'obtenir un rendez-vous auprès d'un chirurgien-dentiste. Les délais de rendez-vous s'étendent jusqu'à un an parfois plus.

Une habitante du Mont Gaillard témoigne :

*« Je suis restée plusieurs jours avec ma rage de dent. C'était infernal. J'ai appelé je ne sais pas combien de dentistes, aucun n'a voulu me prendre. J'en ai eu marre. Je suis allée dans un cabinet sans rendez-vous et j'ai dit au dentiste que je resterai là tant qu'il ne s'occuperait pas de moi. Il a dû m'arracher la dent alors que si on m'avait donné un rendez-vous quelques jours plus tôt, j'aurais pu avoir un soin ».*

D'après les résultats du questionnaire au Mont Gaillard, la dernière visite chez un chirurgien-dentiste remonte à moins d'un an pour 62,8% des interrogés (tableau 25) et 37% de l'échantillonnage a consulté ce dentiste parce qu'« *il le connait bien* » (tableau 26). La prise de rendez-vous est facilitée par l'ancienneté, mais c'est un réel problème pour les personnes consultant rarement ou n'ayant jamais consulté (enfants, personne ne réalisant pas sa visite de contrôle tous les ans, nouveaux arrivants au Havre) ou pour les urgences.

Tableau 25 : Dernière visite chez le dentiste pour les habitants du Mont Gaillard (en %)

Part de la population ayant réalisé sa dernière visite il y a :	
Moins de 6 mois	37,2
Moins d'un an	25,5
Plus d'un an	18,1
Plus de deux ans	11,7
Ne se souvient pas	7,4

Source : Enquête habitant, 2012

Tableau 26 : Critères de choix du dentiste pour les habitants du Mont Gaillard (en %)

Proximité	27,7
Rapidité rendez-vous	8,4
Connaît depuis longtemps	37,4
Recommandé par une connaissance	22,9
Dentiste mutualiste	16,9
Par hasard	8,4
Autre	3,6

Source : Enquête habitant, 2012

Depuis janvier 2012, le Groupe Hospitalier du Havre (GHH) a ouvert un nouveau centre dentaire au sein de l'hôpital. Ce partenariat réalisé avec la Faculté d'odontologie de Lille et soutenu financièrement par la CODAH a pour objectif d'accueillir au Havre des étudiants en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année d'odontologie pour la réalisation de leurs stages pratiques. L'objectif de la démarche est de fidéliser les étudiants au territoire pour qu'au terme de leur formation, certains s'installent dans la région. Ainsi, sept « *fauteuils dentaires* » ont été mis à la disposition des étudiants lillois qui ont ainsi réalisé leur formation au Havre encadrés par des professionnels qualifiés. Le centre dentaire accepte les urgences et l'accès aux personnes bénéficiant de la CMU-C est facilité. Le dispositif a permis de réduire le délai d'attente pour les prises de rendez-vous mais la demande est telle que le délai est déjà de 4 mois. Toutes les personnes interrogées ont apprécié cet investissement des services publics.

Cet exemple montre qu'une action ciblée et réfléchie de la part d'une collectivité, en fonction des besoins de santé, peut impacter favorablement l'offre de soin, favoriser le recours et ainsi améliorer l'état de santé des habitants. La situation quant à l'avenir du nombre de chirurgiens-dentistes au sein de l'agglomération reste en suspens car rien ne permet de prédire si les étudiants décideront de s'installer au Havre.

- **Un avenir inquiétant pour l'offre de soins à Beaulieu**

La ville d'Harfleur a été marquée en 2010 par le déménagement de la clinique du Petit Colmoulins qui a été transférée dans le nouvel hôpital HPE au Mont Gaillard. Pour 48,6% des habitants interrogés, ce déménagement est regrettable parce que la clinique était proche de chez eux, qu'ils y avaient leur

médecin ou simplement parce qu'« *on savait qu'elle était là, c'était mieux, plus rassurant* » (tableau 27).

Malgré ce déménagement, le quartier reste proche de l'hôpital Jacques Monod, accessible en moins de 10 minutes en voiture et desservi par la LER en 5 minutes depuis la gare d'Harfleur-Beaulieu. Toutefois, l'arrêt de la gare est en contre bas de l'hôpital et son accès est fastidieux pour des personnes à mobilité réduite.

Tableau 27 : Les éléments perturbants le quartier selon les habitants de Beaulieu (plusieurs réponses possibles)

	Effectifs	%
Le bruit	7	20,0
L'insécurité	4	11,4
Les transports communs (arrêts, horaires, fréquences des passages)	6	17,2
Le manque d'animation	12	34,3
Le quartier est délaissé (manque de services/commerces de proximité)	6	17,2
L'éloignement par rapport au centre-ville du Havre	2	5,7
La réputation des établissements scolaires	0	0,0
L'esthétique des immeubles, des constructions	3	8,6
L'aménagement de la cité commerciale (accès difficile en voiture, etc.)	5	14,3
Le voisinage	2	5,7
<b>Le déménagement de la Clinique du Petit Colmoulins</b>	17	<b>48,6</b>
Autre	2	5,7

Source : enquête habitant, 2012

Dans le cabinet des généralistes à Beaulieu, les médecins sont débordés. Les départs en retraite non remplacés des communes voisines grossissent leurs agendas et le volume de leur patientèle. L'avenir du cabinet de Beaulieu est incertain car deux des quatre médecins doivent partir en retraite durant l'été 2012. Si les omnipraticiens ne sont pas remplacés, les charges pour les deux médecins restants seront trop onéreuses et ils devront quitter Beaulieu. Durant ma période d'enquête, de nombreuses informations se sont croisées (et désaccordées) en fonction des acteurs si bien qu'à ce jour, je n'ai pas d'idée claire à propos de l'avenir de ce cabinet. Certaines personnes de la municipalité, bien que travaillant sur le pôle santé, ignoraient les perspectives d'avenir du cabinet, d'autres pensaient que deux médecins seraient remplacés par des internes. Dans l'une des pharmacies de la cité commerciale, on m'a affirmé que les médecins ne partiraient pas vraiment en retraite, qu'ils allaient continuer à exercer à temps partiel. Quant au médecin que j'ai rencontré, il m'a informée que les départs en retraite étaient retardés jusqu'à décembre 2012 et que « *nous avons peut être une solution mais je ne peux pas vous la dévoiler* ». Ce médecin était très préoccupé par la situation, et regrettait qu'aucune aide ne soit apportée aux deux professionnels restants « *pourtant j'ai demandé partout* » m'annonça-t-il dépité.

Dans le centre-ville, trois généralistes sur les cinq en activité ont plus de 55 ans. Leur remplacement n'est pas certain. Si aucune action n'est mise en place pour attirer des professionnels de santé, la situation à Beaulieu et à Harfleur d'une façon générale sera problématique.

Le quartier du Mont Gaillard est un espace en devenir, la ville investit dans son développement, par des projets d'aménagement mais aussi dans des équipements, avec notamment l'installation de l'HPE. Les professionnels de santé sont eux-mêmes actifs dans leur quartier, portant des initiatives pour maintenir l'offre de soins. Beaulieu, au contraire, voit ses professionnels disparaître avec les départs en retraite et son offre de soins se réduire avec le déménagement de la Clinique du Petit Colmoulins, déplaçant ainsi l'offre au Mont Gaillard. Bien que les médecins s'investissent pour sauvegarder leur cabinet à Beaulieu, le manque d'aide extérieure et de soutien semble être un frein majeur. Pour le Mont Gaillard, la dynamique générale qui émane du quartier semble se répercuter dans les équipements de soins, contrairement à Beaulieu.

## II - Des pratiques de recours différenciées

Le recours aux soins, l'image que l'on porte sur son corps et sa santé sont variables en fonction des individus et de leur situation de vie. Quels éléments avons-nous recueilli dans chacun des quartiers étudiés qui ont vérifié ou réfuté cette hypothèse. Comment expliquer les chiffres de sur et de sous consommation ?

### A - Les problèmes de santé soulignés par les acteurs

Dans les deux quartiers, les acteurs soutiennent que l'état de santé n'est pas plus dégradé ici qu'ailleurs.

- **À Beaulieu**

Des problèmes d'addiction sont souvent soulevés, notamment des problèmes d'alcoolisme. Ils semblent moins marqués aujourd'hui que dans les années 80. L'infirmière scolaire ajoute que les problèmes d'alcoolisme du ou des parents ont un impact direct sur les enfants qui sont plus instables psychologiquement et sur la scolarité de ceux-ci, moins suivis à la maison pour les devoirs. Ce sont souvent ces mêmes familles qui développent un sentiment de méfiance face aux convocations de l'infirmière. Ils ne veulent pas que celle-ci « mette son nez » dans la vie familiale craignant d'être jugés. Les acteurs sociaux sont davantage confrontés à des jeunes dépendants au cannabis. Le médecin précise qu'il voit de nombreuses complications de santé liées au tabac.

Ensuite, ce sont des états de dépression qui ont été mentionnés le plus souvent. Ces problèmes sont presque toujours couplés à des situations de précarité et de perte de confiance en soi : des individus rencontrant des problèmes d'insertion professionnelle, des familles monoparentales qui « *ont du mal à joindre les deux bouts* ». Pour les plus âgés, l'isolement est souvent la cause de la maladie. Pour les plus jeunes, en particulier les filles, la dépression peut s'accompagner d'anorexie ou de boulimie.

- **Au Mont Gaillard**

Les problèmes d'addictions sont également abordés : alcoolisme, dépendance au cannabis, des problèmes qui concernent plutôt des adultes. Une association Espoir Mare Rouge aidait les habitants des Quartiers Nord qui voulaient s'en sortir. Cette structure a fermé depuis plusieurs années et est regrettée par les acteurs de terrain. Les problèmes de drogue se couplent parfois à des violences familiales.

Des récurrences de diabète et des cas d'obésité ont été signalées par plusieurs acteurs, plus fréquemment rencontrées chez des populations fragilisées socialement et économiquement.

Des problèmes mentaux et de stress ont également été évoqués.

Des recours tardifs notamment pour les soins bucco-dentaires ont été mentionnés :

« *Les gens ne se soignent pas, ils restent avec des chicots* ».

Les recours sont tellement tardifs que les médecins ne peuvent pas les soigner, il faut alors orienter les patients vers l'hôpital pour extraire les dents.

Dans les deux quartiers, les problèmes d'addictions sont revenus fréquemment, avec une mention spécifique liée au trafic de drogue sur le Mont Gaillard. Ce dernier est également plus touché par des maladies « *socialement déterminées* » comme le diabète ou l'obésité. Étonnamment, les problèmes de pollution n'ont pas été abordés alors que la zone industrialo-portuaire de Havre accueille des infrastructures polluantes.

## **B - Les principaux freins du recours aux soins**

Les résultats présentés ne sont pas exhaustifs mais apportent des éléments pouvant expliquer les différences de consommations entre les deux quartiers.

De nombreuses études ont montré que le niveau de ressources influençait fortement le recours aux soins. Selon une étude de l'IRDES, 15,4% de la population nationale aurait ainsi renoncé à des soins en 2008. Au Mont Gaillard, 15,4% de l'échantillonnage a déclaré avoir renoncé à des soins médicaux au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire 14 individus sur les 91 ayant répondu, contre 27% à Beaulieu, soit 10

individus sur les 37 ayant répondu (tableau 28). D'après ces chiffres, le Mont Gaillard se situe dans la moyenne nationale à la différence de Beaulieu qui est au-dessus. Néanmoins, le faible taux de réponses invite à la prudence dans l'interprétation de ces chiffres qui ne sont pas représentatifs de la population des quartiers. Les facteurs de renoncement seront présentés avec des effectifs afin de relativiser les forts pourcentages et d'éviter d'induire en erreur le lecteur.

Tableau 28 : Le renoncement aux soins dans les deux quartiers

	Au Mont Gaillard		A Beaulieu	
	Effectifs	%	Effectifs	%
A renoncé dans les 12 derniers mois	14	15,4	10	27,03
N'a pas renoncé dans les 12 derniers mois	77	84,6	27	72,97
Total	91	100,0	37	100,0

Source : Enquête habitant, 2012

Au Mont Gaillard, l'argument avancé le plus fréquemment est d'**ordre financier**, 9 individus l'ont déclaré. Dans une moindre mesure, les délais pour obtenir des rendez-vous (4 individus) et des horaires inadaptés (2 individus) sont présentés comme des facteurs de renoncement. A Beaulieu, c'est le **délai pour obtenir des rendez-vous** (4 individus) qui est principalement mentionné puis les problèmes financiers (3 individus) (tableau 29).

Tableau 29 : Les motifs de renoncement aux soins dans les deux quartiers étudiés (en effectifs)

(en effectifs)	Mont Gaillard	Beaulieu
<b>Problèmes financiers</b>	<b>9</b>	<b>3</b>
Problème de déplacement	0	1
Pas trouvé de médecin	2	1
Barrière de la langue	0	0
Sexe du médecin	0	0
Raisons culturelle ou religieuse	0	0
Manque d'information	0	0
<b>Délai de rendez-vous trop long</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Horaires inadaptés	1	2
Refus du médecin	0	1
Peur du diagnostic	1	1
Manque de temps	2	0
Pas de visite de contrôle	3	2
Aspect du cabinet	0	1
Attendre que les choses s'améliorent d'elles-mêmes	1	1
Contraintes familiales	1	1
Total	24	18

Source : Enquête habitant, 2012

La diversité culturelle est un élément caractéristique du quartier du Mont Gaillard puisque 9% de la population est issue de l'immigration contre 6,9% pour Le Havre et 5,5% pour l'agglomération (tableau 3 p.45). On y rencontre essentiellement des communautés d'Afrique de l'Ouest, sénégalaises notamment, ainsi qu'une part importante de Maghrébins.

La santé, le besoin de santé et le recours aux soins sont liés à des **normes culturelles ou religieuses**. Ainsi, une habitante du quartier, française mais ayant vécu 10 ans au Maghreb m'apprend :

*« Là-bas, un bon médecin est un médecin qui prescrit beaucoup de médicaments, s'il n'en donne pas assez, la personne ne reviendra pas, c'est encore pire si on ressort sans ordonnance ».*

Pour les populations immigrées, la communauté est une ressource notoire. Etre de la même origine, partager les mêmes valeurs facilite la compréhension et la confiance. Dans l'un des cabinets du pôle médical des Pépinières, un médecin reçoit presque toutes les populations immigrées alors que ces trois confrères très peu. Tout d'abord, ce médecin est Turc et parle la langue couramment. Cet élément est vu comme un avantage par la communauté turque et bien plus que la seule population turque du quartier, c'est toute la communauté du Havre qui se déplace jusqu'à lui. Il a également gagné une certaine notoriété auprès des Africains (Sénégalais et Guinéens) et des Maghrébins. Il explique sa situation de la sorte :

*« Si tu t'entends bien avec un, tous les autres viennent. Ça s'est bien passé avec le premier ».*

La **langue française**, mal connue par certains immigrés, peut créer dans un premier temps une distance entre le patient et le médecin. Des moments de flottements ont été mentionnés par les professionnels de santé mais jamais de réelles situations d'incompréhension durables. Bien que l'échange soit parfois difficile, *« si la personne est motivée, on trouve un moyen pour se comprendre, sinon elle ne revient pas »*. D'après les professionnels de santé, les femmes sont les plus touchées par ces situations et certaines contournent la difficulté en venant à la consultation accompagnées d'une amie ou de l'un de ses enfants.

Ces retards, exprimés à travers les soins bucco-dentaires, sont généralisables à toutes les pathologies. Les individus attendent le dernier moment pour consulter, si bien que leur état de santé s'est largement dégradé. Ces recours tardifs diminuent la probabilité de guérison rapide et demandent souvent un suivi plus long ce qui provoque inmanquablement un recours plus fréquent vers les professionnels de santé. Les situations de précarité étant plus fréquentes au Mont Gaillard, les chiffres de consommations de soins plus importantes dans ce quartier semblent cohérents.

Dans ce sens, un acteur a soulevé l'hypothèse qu'une mauvaise pratique du sport était un facteur pouvant expliquer la surconsommation de soins médicaux. En fait, ce serait davantage la mauvaise prise en

charge de traumatismes ou blessures liées à une pratique sportive qui serait visée. Les recours tardifs sont plus longs à soigner et nécessitent plusieurs rendez-vous.

A Beaulieu, la **vétusté du cabinet médical** a été mentionnée à plusieurs reprises. Un patient a précisé que « *ça ne donne pas envie* » d'y aller et que s'il pouvait, il changerait de médecin mais l'offre à disposition ne lui permet pas un tel... luxe.

Au Mont Gaillard, à l'image des autres ZUS, la population consulte peu/moins les **médecins spécialistes**.

En 2005, Chaix et Chauvin montrent que selon les zones géographiques de résidence, les individus n'ont pas le même comportement de recours aux soins : les personnes vivant dans des milieux socio-économiques défavorisés recourent plus fréquemment au médecin généraliste qu'au médecin spécialiste. Aux barrières financières s'ajoutent un manque de confiance. On m'a affirmé au Mont Gaillard aller chez le généraliste car « *le spécialiste, il m'prendra pas, moi* ».

### III - La réalité des professionnels de santé

#### A - Patience et persévérance, le quotidien des infirmières

Au Mont Gaillard, j'ai pu rencontrer deux infirmières scolaires, chacune exerçant dans un collège différent du quartier. Elles s'accordent à dire que les parents ne viennent pas spontanément les voir et que la réaction des familles à l'annonce du rendez-vous est différente. Au collège Henri Wallon, les familles sont réceptives et lorsque qu'elles sont convoquées, très peu refusent le rendez-vous. « *Elles se sentent vraiment concernées* ». Les familles sont davantage réceptives qu'à Caucriauville où les problèmes sociaux et économiques sont plus prononcés. Plus que des problèmes de santé, l'infirmière est confrontée à des problèmes de rythme de vie qui vont impacter la santé de l'enfant : manque de sommeil, addiction aux jeux vidéo.

« *Bien souvent, les mamans sont au courant que leur enfant manque de sommeil mais elles ne savent pas comment faire [pour s'imposer et pour obliger l'enfant à se coucher]* ».

Les médecins se sont également attardés sur les situations des femmes élevant leur(s) enfant(s) seule. Ils dressent un portrait de mamans débordées par les événements, épuisées par leur travail, cumulant parfois plusieurs petits emplois pour subvenir aux besoins de la famille. Plus qu'un problème de santé, c'est à l'origine un problème de parentalité : les enfants sont réceptifs aux messages de préventions mais les parents « *ne jouent pas le jeu* ».

Au collège Descartes, c'est plus « *dur de faire venir les familles* ». L'infirmière explique :

*« Parfois, je vais chercher les parents sur le trottoir à la sortie pour discuter avec eux de l'enfant sinon ils ne viendraient pas ».*

Les familles sont méfiantes face à la convocation de l'infirmière : *« les familles n'aiment pas qu'on mette le nez chez eux », « elles craignent d'être jugées alors elles ne viennent pas »*, d'autres voient d'un mauvais œil les instances sanitaires et sociales (assistantes sociales, psychologues, etc.).

Ainsi, la facilité de recours ou au contraire de défiance vis-à-vis des personnels médicaux semble liée au niveau socio-économique des familles.

Plus que d'être informées, les familles ont besoin d'être soutenues et suivies dans leurs démarches. Une infirmière consacre une importante partie de son temps à rappeler aux familles leurs rendez-vous. En plus de créer le lien avec les familles, *« ce qui pose problème c'est le suivi »*. Les infirmières constatent que les familles font le minimum, se plient à ce qu'elles recommandent mais les soins sont rapidement abandonnés. Pour les soins optiques qui sont coûteux, la barrière économique est très présente. Les infirmières en croisant un enfant 5 ans après se rendent souvent compte qu'il porte toujours les mêmes lunettes.

Les infirmières se sentent parfois dépassées et impuissantes face aux situations. Comment agir sur les comportements, sur les modes de vie des familles ?

*« Comment demander à l'enfant de manger un fruit alors qu'il n'y a que des barres chocolatées dans les placards ? »*

Les infirmières convoquent les parents et font de la prévention mais les discours ne suffisent pas :

*« Parfois j'ai l'impression de mobiliser encore et encore sans résultat. Je convoque la maman pour le grand frère, 5 ans après je la re-convoque pour le même problème pour le petit frère. Il faut être patient... très patient... Parfois ça marche, parfois rien ne bouge alors qu'on a tout essayé ».*

Lors d'un entretien, nous sommes interrompues par un jeune garçon. Il a mal au ventre. Tous deux vont dans une pièce à côté, je les entends discuter. Lorsque l'infirmière ressort, elle m'explique :

*« Je travaille beaucoup à l'affectif, je pense que c'est ce qui manque ici, le mal de ventre, il peut y avoir autre chose, un problème dans la famille. J'aimerais avoir plus de temps, mais je suis tellement occupée à courir après les parents, à les contacter pour leur rappeler leurs rendez-vous ».*

## **B - La mécompréhension entre médecins et patients**

Les liens sociaux s'étant dégradés, voire *« brisés »* d'une façon générale dans le quartier du Mont Gaillard, la solitude absorbe les individus, fige le dialogue. Vers qui se tourner pour parler, trouver du réconfort ? Pas vers le psychologue, parce que *« j'suis pas fou »* mais vers son médecin généraliste, une

personne connue depuis longtemps à laquelle on accorde sa confiance. Sa fonction de médecin lui impose le secret médical, il est ainsi plus facile de se confier. Il devient un peu le « *psychologue de la famille* ». Il incarne bien souvent « *la seule personne capable de résoudre les problèmes* ». Les individus attendent quelque chose du médecin, de son savoir médical et son discours a une réelle importance :

« *Ici [au Mont Gaillard], les gens nous écoutent* » me dit un médecin « *ce n'est pas comme en centre-ville où certains patients croient tout savoir* ».

Simultanément, l'attitude attentive du médecin face aux propos des habitants procure à ces derniers une reconnaissance. Etre écouté par une personne qui a fait des longues études « *les valorisent* ». Ainsi, l'un et l'autre s'entretiennent mutuellement, l'un procurant une oreille attentive et l'autre reconnaissant le médecin à sa juste fonction.

Mais quelle réponse le médecin peut-il procurer ? Malgré l'écoute, il ne peut pas s'improviser magicien bien que ce soit le souhait de certains patients comme l'affirme un médecin :

« *Certains attendent des miracles de nous, mais on est que médecins* ».

Le savoir médical ne peut pas régler tous les problèmes alors on revient « *pour un rien* » :

« *Un jour, il y une dame qui m'a dit qu'elle venait parce qu'elle avait mal aux cheveux* ».

Ce recours presque compulsif agace parfois les médecins, le recours est jugé inadapté et contribue à engorger les cabinets alors que les médecins sont déjà surchargés :

« *Les gens viennent pour n'importe quoi, le moindre petit truc, un nez qui coule alors qu'ils pourraient attendre, deux jours après, s'il coule toujours, ils reviennent* ».

Ces recours sont souvent attribués aux bénéficiaires de la CMU-C avec comme argument qu'« *ils s'en moquent puisqu'ils ne paient pas* ».

Aux yeux des médecins, ces recours paraissent d'autant plus injustifiés :

« *Lorsque les gens perdent la CMU pour x ou y raison, ils viennent moins, ils se débrouillent. Dès qu'ils ont de nouveau la CMU, ils reviennent. On voit vraiment la différence* ».

On ne consulte pas parce qu'on souffre d'une pathologie ou pour avoir des médicaments, on consulte pour se sentir écouté, être rassuré, et pour avoir une place, exister parce que « *les gens vivent dans le désespoir* », le « *mal-être est tenace dans le quartier* » et que « *le quotidien use* ».

Parallèlement, les médecins restent méfiants. La population du Mont Gaillard est « *particulière* » et « *il faut faire attention à ne pas froisser les gens* » car ils « *peuvent péter les plombs à tout moment si on les contrarie* ».

A Beaulieu, les médecins sont également confrontés à des recours répétitifs mais dans une mesure moindre et ils ne sont pas systématiquement attribués aux bénéficiaires de la CMU-C. Ces recours sont souvent interprétés comme inutiles et les médecins qui surnomment les patients les « *qui toussent* ».

Pour les personnes âgées dont le réseau social est faible ou inexistant, le recours au médecin constitue une alternative à la sociabilité et au soutien moral que d'autres trouvent parmi leurs proches. Le médecin compense le manque d'interactions sociales.

*« Les vieux, ils sont très seuls, tu vas rigoler mais il y a beaucoup de vieux qui ne voient que leur médecin généraliste et la caissière, c'est le seul moment où elles discutent ».*

Dans les deux quartiers les professionnels sont confrontés à des recours qu'ils jugent inadaptés de la part des bénéficiaires de la CMU-C comme de ceux bénéficiant d'une mutuelle privée. Dans les esprits, au Mont Gaillard, ce sont essentiellement les CMU-C qui viennent pour un rien. Cela se couple, pour certains professionnels, avec un sentiment d'impuissance du fait que leurs discours n'atteignent pas les objectifs escomptés.

Le recours fréquent, notamment pour les CMU-C au Mont Gaillard, n'est qu'un révélateur d'un niveau social et économique précaire et d'un environnement de vie qu'on juge défavorable. Ressentant un mal-être, et favorisé par la gratuité de la consultation pour ces mêmes individus, c'est vers le médecin généraliste qu'ils se tournent, vers celui qui soigne, celui qui guérit. Mais le médecin n'a pas la vocation de régler les problèmes sociaux ou économiques, ni d'améliorer les conditions de vie dans le quartier. N'obtenant pas une amélioration notable de leur situation, les habitants reviennent, encore. La relation entre le médecin et son patient est ainsi entretenue dans l'ambiguïté.

## CONCLUSION CHAPITRE 6

Lors de mes entretiens, j'ai toujours veillé à ne pas révéler les tendances des consommations de soins afin de ne pas influencer le discours de l'individu qui aurait pu faire correspondre la réalité aux chiffres que je lui indiquais.

Au Mont Gaillard, peu d'enquêtés ont été surpris par la consommation de soins plus importante dans leur quartier par rapport à la moyenne de l'agglomération. Plusieurs d'entre eux m'ont même coupé la parole pour affirmer « *Mont Gaillard, on est au-dessus* ». Cette réaction renforce et complète l'image qu'ils ont du quartier, « *un quartier avec des problèmes* » sociaux et économiques, un quartier en mauvaise santé.

A Beaulieu, au contraire, si les avis étaient moins affirmés, la consommation inférieure à la moyenne de l'agglomération n'étonnait pas.

Cette étude mériterait un approfondissement par des entretiens plus poussés, des données plus précises sur l'état de santé pour avoir un point de vue objectif sur la question. La véracité des propos n'est pas toujours contrebalancée par des chiffres, ils ne sont basés que sur les regards croisés des habitants et

des professionnels, sur une image subjective que chacun projette sur le quartier en fonction de ses expériences, de son vécu.

Ces résultats mettent en valeur des réalités multiples qui se jouent et s'entrecroisent au sein d'un quartier. Bien que le Mont Gaillard ait une consommation de soins supérieure à la moyenne, ce n'est pas pour autant que les habitants ne renoncent pas à des soins.

Le soutien social, le fait de pouvoir compter sur des amis, d'être inséré socialement, est également très corrélé au recours aux soins. Si l'on ne peut compter sur ses amis dans aucun domaine, on renonce sept fois plus à des soins pour raisons financières [Chauvin, 2003].

## CONCLUSION GÉNÉRALE

L'hypothèse posée en introduction supposait l'existence d'interrelations entre l'environnement de vie des populations dans leur quartier et leurs logiques recours aux soins.

L'environnement de vie s'est décliné à travers les différents modes d'existence des habitants. Des conditions individuelles et collectives ont été questionnées.

Interroger des facteurs personnels était indispensable pour saisir des facteurs freinant ou favorisant le recours aux soins. Cela renvoie au statut de l'individu face à l'emploi, à son niveau d'étude ou au type d'habitation par exemple. Ces indicateurs révèlent un certain niveau de vie, qui nous l'avons vu, n'est pas sans conséquence sur le recours aux soins, le renoncement étant souvent attribué aux populations les plus fragilisées.

Les aspects du collectif sont plus difficiles à saisir car ils se manifestent à travers des normes ou des processus sociaux. C'est un domaine investit par les images et les représentations dont la force invisible agit sur l'appréciation de la santé et du bien-être, pouvant les améliorer ou les dégrader.

Ces facteurs, individuels et collectifs, n'appartiennent pas forcément au champ de la géographie de la santé et sont empruntés à des disciplines variées (la sociologie, l'aménagement, l'urbanisme, la médecine, etc.) mais sont pourtant indispensables pour approcher toutes les dimensions de la santé. Le croisement de différents domaines de connaissances est une condition primordiale.

Des tendances communes se dessinent au Mont Gaillard et à Beaulieu, en accord avec les résultats d'études nationales, notamment sur le renoncement aux soins. Ainsi, le critère financier reste un frein majeur pour l'accès aux soins d'une façon générale et plus particulièrement vers les spécialistes, surtout pour les populations les plus précaires.

Malgré des similitudes, les deux quartiers ont une histoire, une évolution et une composition (architecturale, démographique, socio-économique) qui leurs sont propres ce qui engendrent inévitablement des particularismes sur chaque zone.

En dépit des évolutions récentes, le quartier du Mont Gaillard reste marqué par une stigmatisation manifeste. Il est associé à un quartier défavorisé et soumis à la délinquance. Les conditions d'existence précaires et l'atmosphère pesante qui y règnent se conjuguent et agissent sur l'état de bien-être des habitants, favorisant un sentiment de malaise. Ce ressenti impalpable se matérialise par des consultations fréquentes de certains bénéficiaires de la CMU-C cherchant une réponse à leur mal être quotidien. De plus, les recours sont facilités par la non avance de frais. L'environnement de vie dans le quartier, les images et les représentations qui en découlent, ont un impact sur le recours des habitants et expliquent les consommations de soins médicaux particulièrement importantes au Mont Gaillard. Parallèlement, ce recours fréquent, connu par de nombreux habitants, entretient la vision d'un quartier dégradé où vivent des populations précaires. Ainsi, quartier et santé se reflètent l'un et l'autre par un jeu de miroir : l'environnement de vie influence le recours qui en retour entretient l'image du quartier.

A l'inverse, Beaulieu est perçu comme un petit village tranquille. Bien que certains indicateurs socio-économiques soient similaires à ceux du Mont Gaillard, les situations de précarité sont moins prononcées et les besoins de santé moindres. L'atmosphère calme du quartier procure un cadre de vie rassurant. Par ailleurs, les habitants rencontrent de plus en plus de difficultés pour obtenir un rendez-vous au cabinet de Beaulieu où les médecins absorbent la patientèle de leurs confrères partis en retraite. Cela a pour conséquence d'allonger les délais d'attente. Tous ces éléments peuvent concourir à expliquer des consommations médicales inférieures par rapport à la moyenne de l'agglomération havraise.

Bien que les situations soient différentes en termes de besoins et d'actions à entreprendre, les résultats présentés interpellent dans les deux quartiers.

Au Mont Gaillard, les consommations de soins exagérées traduisent des conditions de vies précaires, qu'elles soient sociales, économiques ou psychologiques. Malgré l'amélioration du cadre de vie par de nombreux aménagements et la volonté de diversifier l'habitat, ressentie positivement par les habitants, cela ne suffit pas pour apporter des conditions de vie agréables à tous les habitants du quartier. Ce sont par d'autres actions que les problématiques de santé doivent être abordées en agissant dans la sphère du social. La défiance et les comportements hermétiques face aux institutions sont des freins majeurs. Certaines expériences associatives montrent néanmoins qu'ils sont possibles à contourner en soutenant les individus et en leur permettant de reconstruire une vie sociale.

A Beaulieu, l'approche s'oriente vers le maintien de l'offre de soins de proximité, menacée par les départs en retraite. Soutenir les médecins, impliqués dans des démarches pour garder leur cabinet, en favorisant l'installation de nouveaux professionnels, à l'image du dispositif des « *fauteuils dentaires* », serait une démarche à envisager.

C'est dans l'action locale, ciblée et adaptée aux besoins des populations que les instances publiques peuvent trouver une force d'intervention valable. Mais soutenir et développer des initiatives locales, au plus près des populations et de leurs problèmes quotidiens, supposent avant tout d'harmoniser les actions politiques, sociales et sanitaires.

D'autres outils, plus techniques, pourraient également être étudiés, notamment dans le cadre de l'amélioration du parcours de soins des individus. L'information (brochure, guide, campagne de communication) pourrait être développée d'une part pour mettre en avant des recommandations de bonnes pratiques, de « *bons* » comportements de soins et d'autre part pour délivrer aux populations des renseignements actualisés sur l'offre de soins locale disponible. Outre une amélioration de la prise en charge (moins de recours tardifs, moins d'errances médicales), de meilleurs comportements de soins contribueraient à lutter contre l'engorgement des services de santé.

Enfin, dans le cadre de l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé, de nouvelles coopérations entre personnels médicaux et paramédicaux devraient émerger. Elles constituent une opportunité d'évolution du système de santé en termes d'attractivité des professions de santé, de qualité de la prise en charge des patients et d'efficience. Il s'agit par exemple de mettre en œuvre les pratiques

## Conclusion générale

de délégation de tâche du médecin vers le personnel paramédical, de renforcer l'offre de formation continue des professionnels de santé tout au long de leur carrière.

## ANNEXES

## Annexe 1 : Questionnaire pour les habitants du Mont Gaillard

 Dans le cadre de ses missions santé, la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) réalise une étude sur la santé et l'utilisation des soins dans le quartier du Mont-Gaillard. Ce questionnaire sera analysé anonymement par Anaïs DUBREUIL ([anaïs.dubreuil.stagiaire@agglo-havraise.fr](mailto:anaïs.dubreuil.stagiaire@agglo-havraise.fr)), étudiante en Master 1 et stagiaire à la CODAH.

VOUS	
<p><b>1- Où habitez-vous à Mont-Gaillard ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Près de la place du Mont-Gaillard</p> <p><input type="checkbox"/> Secteur Sainte-Catherine</p> <p><input type="checkbox"/> Les Pépinières/secteur Raymond Queneau</p> <p><input type="checkbox"/> Pavillons Bigne à Fosse/hameau de la Borde/des Corneilles</p> <p><input type="checkbox"/> Secteur Pauline Kergomard</p> <p><input type="checkbox"/> Près du centre médical Charcot</p> <p><input type="checkbox"/> Les Canadiens (maisons solaires)</p> <p><input type="checkbox"/> Cité de l'Ormaie</p> <p><input type="checkbox"/> Si vous ne vous reconnaissez pas dans ces propositions, précisez la résidence/la rue : _____</p> <p>-----</p> <p><b>2- Dans quel type de logement ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Immeuble <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>3- Etes-vous :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé(e)</p> <p><b>4- Avez-vous une mutuelle de santé ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui, est-ce ?</p> <p><input type="checkbox"/> Une mutuelle complémentaire</p> <p><input type="checkbox"/> La CMU-Complémentaire <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><b>5- Bénéficiez-vous du RSA (Revenu de Solidarité Active) ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	<p><b>6- Occupez-vous un emploi ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, où travaillez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Dans votre quartier (Mont-Gaillard)</p> <p><input type="checkbox"/> Ailleurs au Havre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> En dehors du Havre : _____</p> <p>Si non, êtes-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Etudiant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> A la recherche d'un emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Personne au foyer</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>7- Comment vous déplacez-vous le plus souvent ? (2 réponses possibles)</b></p> <p><input type="checkbox"/> A pied <input type="checkbox"/> A vélo <input type="checkbox"/> En bus</p> <p><input type="checkbox"/> En scooter ou moto <input type="checkbox"/> En voiture</p> <p><b>8- Est-ce que votre famille possède une voiture ou plus ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>9- Quelles relations avez-vous avec vos voisins ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vous ne vous parlez pas <input type="checkbox"/> Vous vous dites bonjour</p> <p><input type="checkbox"/> Vous avez des relations amicales</p> <p><b>10- Pratiquez-vous une activité (sportive, artistique, associative,...)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dans votre quartier</p> <p><input type="checkbox"/> Ailleurs au Havre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> En dehors du Havre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne pratique aucune activité</p>
VOTRE QUARTIER	
<p><b>11- Pouvez-vous écrire un mot qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez à votre quartier ?</b></p> <p>-----</p> <p><b>12- Depuis combien de temps habitez-vous le quartier ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> Entre 1 et 4 ans</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/> Depuis 10 ans ou plus</p> <p><b>15- Ce que j'apprécie dans mon quartier (3 réponses maximum) :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Y vivre</p> <p><input type="checkbox"/> Les espaces publics (espaces verts, places, jeux pour enfants, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> La tranquillité</p> <p><input type="checkbox"/> Auchan et sa galerie marchande</p> <p><input type="checkbox"/> Les petits commerces de quartier</p> <p><input type="checkbox"/> Les services (CAF, CPAM, pôle emploi, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Les loisirs disponibles (équipements sportifs, activités manuelles, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> L'animation, la vie de quartier, les associations</p> <p><input type="checkbox"/> La Coulée Verte</p> <p><input type="checkbox"/> L'esprit d'appartenance au Mont-Gaillard</p> <p><input type="checkbox"/> La qualité de l'enseignement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>	<p><b>13- Est-ce que vous voudriez vivre ailleurs ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><b>14- D'une façon générale, depuis que vous êtes ici, pensez-vous que la situation du quartier :</b></p> <p><input type="checkbox"/> S'améliore <input type="checkbox"/> Se dégrade <input type="checkbox"/> Reste pareille</p> <p>Qu'est-ce qui a changé ? _____</p> <p>-----</p> <p><b>16- Ce qui me dérange dans mon quartier (3 réponses maximum) :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Le bruit</p> <p><input type="checkbox"/> L'insécurité</p> <p><input type="checkbox"/> Les transports en commun (arrêts, horaires, fréquence des passages, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> La saleté (ordures, tags, déchets, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Le quartier est délaissé (manque de services/commerces de proximité)</p> <p><input type="checkbox"/> La mauvaise image du quartier</p> <p><input type="checkbox"/> L'éloignement par rapport au centre-ville du Havre</p> <p><input type="checkbox"/> La réputation des établissements scolaires</p> <p><input type="checkbox"/> L'esthétique des immeubles, des constructions</p> <p><input type="checkbox"/> Les trafics dans le quartier (marché noir, drogues, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Le voisinage</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>



VOTRE SANTE	
<p><b>17- L'offre médicale</b> dans votre quartier est :</p> <input type="checkbox"/> Satisfaisante <input type="checkbox"/> Incomplète <input type="checkbox"/> Je n'ai pas d'avis <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p><b>18- A quand remonte votre dernière visite chez un médecin généraliste ?</b></p> <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> Plus d'un an <input type="checkbox"/> Plus de 2 ans <input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas <p><b>19- Pourquoi avez-vous choisi ce médecin (2 réponses possibles) ?</b></p> <input type="checkbox"/> Sa proximité <input type="checkbox"/> Sa rapidité pour obtenir un rendez-vous <input type="checkbox"/> Il me connaît bien <input type="checkbox"/> On me l'a recommandé <input type="checkbox"/> Je préfère une femme (ou un homme) <input type="checkbox"/> Sans raison particulière, par hasard <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p><b>20- Son cabinet se trouve :</b></p> <input type="checkbox"/> Au Mont-Gaillard <input type="checkbox"/> Au pôle médical des Pépinières (avenue du Mont-Gaillard) <input type="checkbox"/> Au centre médical Charcot (rue de la Bigne à Fosse) <input type="checkbox"/> A l'hôpital Privé de l'Estuaire (HPE) <input type="checkbox"/> Dans un autre quartier du Havre, lequel : _____ <input type="checkbox"/> Dans une autre commune, laquelle : _____ <p><b>21- Rencontrez-vous des difficultés pour vous y rendre ? (2 réponses possibles) :</b></p> <input type="checkbox"/> Oui, précisez : <input type="checkbox"/> Travaux dans la ville <input type="checkbox"/> Handicap physique <input type="checkbox"/> Mauvaise desserte en transport <input type="checkbox"/> Coût du transport <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de moyen de transport <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Non <p><b>22- A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?</b></p> <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> Plus d'un an <input type="checkbox"/> Plus de 2 ans <input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas <p><b>23- Pourquoi avez-vous choisi ce dentiste (2 réponses possibles) ?</b></p> <input type="checkbox"/> Sa proximité <input type="checkbox"/> Sa rapidité pour obtenir un rendez-vous <input type="checkbox"/> Il me connaît bien <input type="checkbox"/> On me l'a recommandé <input type="checkbox"/> C'est un dentiste mutualiste <input type="checkbox"/> Sans raison particulière, par hasard <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p><b>24- Son cabinet se trouve :</b></p> <input type="checkbox"/> Au Mont-Gaillard <input type="checkbox"/> Dans un autre quartier du Havre, lequel : _____ <input type="checkbox"/> Dans une autre commune, laquelle : _____	<p><b>25- Aujourd'hui, quel est votre état de santé ?</b></p> <input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Plutôt bon <input type="checkbox"/> Plutôt mauvais <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Je ne peux/veux pas me prononcer <p><b>26- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à des soins médicaux dont vous aviez besoin (consultations, soins dentaires, lunettes, kiné, etc.) ?</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez pourquoi (plusieurs réponses possibles) : <input type="checkbox"/> Problèmes financiers <input type="checkbox"/> Problème pour se déplacer <input type="checkbox"/> Je n'ai pas trouvé de médecin <input type="checkbox"/> La barrière de la langue <input type="checkbox"/> Le sexe du médecin <input type="checkbox"/> Pour des raisons culturelles ou religieuses <input type="checkbox"/> Le manque d'information <input type="checkbox"/> Un délai de rendez-vous trop long <input type="checkbox"/> Des horaires inadaptés <input type="checkbox"/> Un refus du médecin (pas de CMU-C ou de nouveaux patients) <input type="checkbox"/> La peur du diagnostic <input type="checkbox"/> Le manque de temps <input type="checkbox"/> Je ne fais pas de visites de contrôle (dentiste, gynécologue, etc.) <input type="checkbox"/> L'aspect du cabinet (vieillissant, abimé, etc.) <input type="checkbox"/> J'attends que les choses aillent mieux d'elles-mêmes <input type="checkbox"/> Contraintes familiales (garde d'enfants, etc.) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p><b>27- Avez-vous arrêté ou renoncé à un traitement que votre médecin vous a prescrit ?</b></p> <input type="checkbox"/> Oui, souvent <input type="checkbox"/> Oui, parfois <input type="checkbox"/> Non, jamais Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Coût financier trop important <input type="checkbox"/> Il y avait des effets secondaires <input type="checkbox"/> J'estimais ne pas en avoir besoin <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ <p><b>28- Dès les premiers symptômes d'un problème de santé (2 réponses possibles) :</b></p> <input type="checkbox"/> Vous consultez directement <input type="checkbox"/> Vous vous soignez par vous-même <input type="checkbox"/> Vous vous renseignez sur internet <input type="checkbox"/> Vous demandez conseil à votre pharmacien <input type="checkbox"/> Vous demandez conseil à un proche (ami, famille) <input type="checkbox"/> Vous attendez que ça passe <input type="checkbox"/> Vous attendez d'être très malade ou d'avoir trop mal pour consulter <p style="text-align: center;"><b>Merci pour votre participation !</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Un commentaire, une remarque, une précision ? Vous avez la parole !</i></p> <p>-----          -----          -----          -----</p>

## Annexe 2 : Questionnaire pour les habitants de Beaulieu



Dans le cadre de ses missions santé, la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) réalise une étude sur la santé et l'utilisation des soins dans le quartier de Beaulieu. Ce questionnaire sera analysé anonymement par Anaïs DUBREUIL (anaïs.dubreuil.stagiaire@agglo-havraise.fr), étudiante en Master 1 et stagiaire à la CODAH.

VOUS	
<p><b>1- Où habitez-vous à Beaulieu ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vieux Beaulieu</p> <p><input type="checkbox"/> Résidence Harquebosc</p> <p><input type="checkbox"/> Près de la gare</p> <p><input type="checkbox"/> Beaulieu HLM</p> <p><input type="checkbox"/> Secteur derrière les HLM, près de Caucriauville</p> <p><input type="checkbox"/> Camping des Vallées</p> <p><input type="checkbox"/> Si vous ne vous reconnaissez pas dans ces propositions, précisez la résidence/la rue : _____</p> <p>-----</p> <p><b>2- Dans quel type de logement ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Maison    <input type="checkbox"/> Immeuble    <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>3- Etes-vous :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Propriétaire    <input type="checkbox"/> Locataire    <input type="checkbox"/> Hébergé(e)</p> <p><b>4- Avez-vous une mutuelle de santé ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui, est-ce ?</p> <p><input type="checkbox"/> Une mutuelle complémentaire</p> <p><input type="checkbox"/> La CMU-Complémentaire    <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><b>5- Bénéficiez-vous du RSA (Revenu de Solidarité Active) ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	<p><b>6- Occupez-vous un emploi ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, où travaillez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Dans votre quartier (Beaulieu)</p> <p><input type="checkbox"/> Ailleurs à Harfleur : _____</p> <p><input type="checkbox"/> En dehors d'Harfleur : _____</p> <p>Si non, êtes-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité(e)    <input type="checkbox"/> Etudiant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> A la recherche d'un emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Personne au foyer</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>7- Comment vous déplacez-vous le plus souvent ? (2 réponses possibles)</b></p> <p><input type="checkbox"/> A pied    <input type="checkbox"/> A vélo    <input type="checkbox"/> En scooter ou moto</p> <p><input type="checkbox"/> En bus    <input type="checkbox"/> En train    <input type="checkbox"/> En voiture</p> <p><b>8- Est-ce que votre famille possède une voiture ou plus ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>9- Quelles relations avez-vous avec vos voisins ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vous ne vous parlez pas    <input type="checkbox"/> Vous vous dites bonjour</p> <p><input type="checkbox"/> Vous avez des relations amicales</p> <p><b>10- Pratiquez-vous une activité (sportive, artistique, associative,...)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dans votre quartier</p> <p><input type="checkbox"/> Ailleurs à Harfleur</p> <p><input type="checkbox"/> En dehors d'Harfleur : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne pratique aucune activité</p>

VOTRE QUARTIER	
<p><b>11- Pouvez-vous écrire un mot qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez à votre quartier ?</b></p> <p>-----</p> <p><b>12- Depuis combien de temps habitez-vous le quartier ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Moins d'un an    <input type="checkbox"/> Entre 1 et 4 ans</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans    <input type="checkbox"/> Depuis 10 ans ou plus</p> <p><b>15- Ce que j'apprécie dans mon quartier (3 réponses maximum) :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Y vivre</p> <p><input type="checkbox"/> La tranquillité</p> <p><input type="checkbox"/> Les espaces publics (places, jeux pour enfants, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Les commerces de quartier (cité commerciale place Guy de Maupassant)</p> <p><input type="checkbox"/> Les services (pôle administratif de Beaulieu, le relais 16-25, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Les loisirs disponibles (équipements sportifs, associations, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> La solidarité entre les habitants du quartier</p> <p><input type="checkbox"/> La proximité avec le parc de Rouelles</p> <p><input type="checkbox"/> La Lézard'Express Régionale (LER) (train TER)</p> <p><input type="checkbox"/> L'esprit d'appartenance à Beaulieu</p> <p><input type="checkbox"/> La qualité de l'enseignement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>	<p><b>13- Est-ce que vous voudriez vivre ailleurs ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><b>14- D'une façon générale, depuis que vous êtes ici, pensez-vous que la situation du quartier :</b></p> <p><input type="checkbox"/> S'améliore    <input type="checkbox"/> Se dégrade    <input type="checkbox"/> Reste pareille</p> <p>Qu'est-ce qui a changé ? _____</p> <p>-----</p> <p><b>16- Ce qui me dérange dans mon quartier (3 réponses maximum) :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Le bruit</p> <p><input type="checkbox"/> L'insécurité</p> <p><input type="checkbox"/> Les transports en commun (arrêts, horaires, fréquence des passages, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Le manque d'animation</p> <p><input type="checkbox"/> Le quartier est délaissé (manque de services/commerces de proximité)</p> <p><input type="checkbox"/> L'éloignement par rapport au centre-ville du Havre</p> <p><input type="checkbox"/> La réputation des établissements scolaires</p> <p><input type="checkbox"/> L'esthétique des immeubles, des constructions</p> <p><input type="checkbox"/> L'aménagement de la cité commerciale (accès difficile en voiture, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Le voisinage</p> <p><input type="checkbox"/> Le déménagement de la clinique du Petit Colmoulins</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>



VOTRE SANTE	
<p><b>17- L'offre médicale</b> dans votre quartier est :</p> <input type="checkbox"/> Satisfaisante <input type="checkbox"/> Incomplète <input type="checkbox"/> Je n'ai pas d'avis <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p><b>18- A quand remonte votre dernière visite chez un médecin généraliste ?</b></p> <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> Plus d'un an <input type="checkbox"/> Plus de 2 ans <input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas <p><b>19- Pourquoi avez-vous choisi ce médecin (2 réponses possibles) ?</b></p> <input type="checkbox"/> Sa proximité <input type="checkbox"/> Sa rapidité pour obtenir un rendez-vous <input type="checkbox"/> Il me connaît bien <input type="checkbox"/> On me l'a recommandé <input type="checkbox"/> Je préfère une femme (ou un homme) <input type="checkbox"/> Sans raison particulière, par hasard <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p><b>20- Son cabinet se trouve :</b></p> <input type="checkbox"/> A Beaulieu (cabinet médical rue Youri Gagarine) <input type="checkbox"/> A Harfleur centre <input type="checkbox"/> Rue Bât de l'Orge <input type="checkbox"/> Rue Saint Just <input type="checkbox"/> Dans une autre commune, laquelle : _____ <p><b>21- Rencontrez-vous des difficultés pour vous y rendre ? (2 réponses possibles) :</b></p> <input type="checkbox"/> Oui, précisez : <input type="checkbox"/> Travaux dans la ville <input type="checkbox"/> Handicap physique <input type="checkbox"/> Mauvaise desserte en transport <input type="checkbox"/> Coût du transport <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de moyen de transport <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Non <p><b>22- A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?</b></p> <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> Plus d'un an <input type="checkbox"/> Plus de 2 ans <input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas <p><b>23- Pourquoi avez-vous choisi ce dentiste (2 réponses possibles) ?</b></p> <input type="checkbox"/> Sa proximité <input type="checkbox"/> Sa rapidité pour obtenir un rendez-vous <input type="checkbox"/> Il me connaît bien <input type="checkbox"/> On me l'a recommandé <input type="checkbox"/> C'est un dentiste mutualiste <input type="checkbox"/> Sans raison particulière, par hasard <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p><b>24- Son cabinet se trouve :</b></p> <input type="checkbox"/> A Beaulieu (place Guy de Maupassant) <input type="checkbox"/> A Harfleur centre (place d'Armes) <input type="checkbox"/> Dans une autre commune, laquelle : _____	<p><b>25- Aujourd'hui, quel est votre état de santé ?</b></p> <input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Plutôt bon <input type="checkbox"/> Plutôt mauvais <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Je ne peux/veux pas me prononcer <p><b>26- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à des soins médicaux</b> dont vous aviez besoin (consultations, soins dentaires, lunettes, kiné, etc.) ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Si oui, précisez pourquoi (plusieurs réponses possibles) :</p> <input type="checkbox"/> Problèmes financiers <input type="checkbox"/> Problème pour se déplacer <input type="checkbox"/> Je n'ai pas trouvé de médecin <input type="checkbox"/> La barrière de la langue <input type="checkbox"/> Le sexe du médecin <input type="checkbox"/> Pour des raisons culturelles ou religieuses <input type="checkbox"/> Le manque d'information <input type="checkbox"/> Un délai de rendez-vous trop long <input type="checkbox"/> Des horaires inadaptés <input type="checkbox"/> Un refus du médecin (pas de CMU-C ou de nouveaux patients) <input type="checkbox"/> La peur du diagnostic <input type="checkbox"/> Le manque de temps <input type="checkbox"/> Je ne fais pas de visites de contrôle (dentiste, gynécologue, etc.) <input type="checkbox"/> L'aspect du cabinet (vieillissant, abimé, etc.) <input type="checkbox"/> J'attends que les choses aillent mieux d'elles-mêmes <input type="checkbox"/> Contraintes familiales (garde d'enfants, etc.) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p><b>27- Avez-vous arrêté ou renoncé à un traitement</b> que votre médecin vous a prescrit ?</p> <input type="checkbox"/> Oui, souvent <input type="checkbox"/> Oui, parfois <input type="checkbox"/> Non, jamais <p>Si oui, précisez :</p> <input type="checkbox"/> Coût financier trop important <input type="checkbox"/> Il y avait des effets secondaires <input type="checkbox"/> J'estimais ne pas en avoir besoin <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ <p><b>28- Dès les premiers symptômes</b> d'un problème de santé (2 réponses possibles) :</p> <input type="checkbox"/> Vous consultez directement <input type="checkbox"/> Vous vous soignez par vous-même <input type="checkbox"/> Vous vous renseignez sur internet <input type="checkbox"/> Vous demandez conseil à votre pharmacien <input type="checkbox"/> Vous demandez conseil à un proche (ami, famille) <input type="checkbox"/> Vous attendez que ça passe <input type="checkbox"/> Vous attendez d'être très malade ou d'avoir trop mal pour consulter <p style="text-align: center;"><b>Merci pour votre participation !</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Un commentaire, une remarque, une précision ? Vous avez la parole !</i></p> <p>-----          -----          -----          -----          -----</p>

## Annexe 3 : Résultats des questionnaires au Mont Gaillard

VOUS		
<b>1- Où habitez-vous à Beaulieu ?</b>		
Taux de réponse : 99,0%		
place Mont Gaillard	37	38,5%
sainte Catherine	17	17,7%
Les Pépinières / R. Queneau	11	11,5%
Bigne-à-Fosse	14	14,6%
P. Kergomard	3	3,1%
Près du centre médical Charcot	2	2,1%
Canadiens	0	0,0%
Ormaie	0	0,0%
Autre	11	11,5%
Total	96	99,0%
<b>2- Dans quel type de logement ?</b>		
Taux de réponse : 100,0%		
maison	31	32,3%
immeuble	63	65,6%
autre	2	2,1%
Total	96	100,0%
<b>3- êtes-vous ?</b>		
Taux de réponse : 97,4%		
propriétaire	32	33,3%
locataire	57	59,4%
hébergé	5	5,2%
Total	96	97,9%
<b>4- Avez-vous une mutuelle de santé ?</b>		
Taux de réponse : 97,4%		
oui	91	94,8%
non	3	3,1%
je ne sais pas	0	0,0%
Total	96	97,9%
<b>Si oui, est-ce ?</b>		
Taux de réponse : 80,2%		
complémentaire	67	69,8%
CMU-C	8	8,3%
je ne sais pas	2	2,1%
Total	96	80,2%
<b>5- Bénéficiez-vous du RSA (Revenu de Solidarité Active) ?</b>		
Taux de réponse : 87,5%		
oui	11	11,5%
non	73	76,0%
je ne sais pas	0	0,0%
Total	96	87,5%
<b>6- Occupez-vous un emploi ?</b>		
Taux de réponse : 94,8%		
oui	40	41,7%
non	51	53,1%
Total	96	94,8%
<b>7- Comment vous déplacez-vous le plus souvent ? (2 réponses possibles)</b>		
Taux de réponse : 93,8%		
piéd	39	40,6%
vélo	2	2,1%
scooter/moto	1	1,0%
bus	21	21,9%
voiture	59	61,5%
Total	96	
<b>8- Est-ce que votre famille possède une voiture ou plus ?</b>		
Taux de réponse : 97,4%		
oui	76	79,2%
non	18	18,8%
Total	96	97,9%
<b>9- Quelles relations avez-vous avec vos voisins ?</b>		
Taux de réponse : 89,6%		
vous ne parlez pas	5	5,2%
bonjour	41	42,7%
relations amicales	40	41,7%
Total	96	89,6%
<b>10- Pratiquez-vous une activité (sportive, artistique, associative,...)?</b>		
Taux de réponse : 88,5%		
au mont gaillard	22	22,9%
au havre	14	14,6%
hors havre	5	5,2%
aucune activité	44	45,8%
Total	96	88,5%

VOTRE QUARTIER		
<b>11- Un mot lorsque vous pensez à votre quartier ?</b>		
Taux de réponse : 62,5%		
agréable	4	4,2%
changement	3	3,1%
Bien	2	2,1%
Désolation	2	2,1%
vivant	2	2,1%
a beaucoup changé	1	1,0%
aucune activité pour les jeunes	1	1,0%
Beaucoup mieux	1	1,0%
Beaucoup plus agréable	1	1,0%
Bravo	1	1,0%
Bruit	1	1,0%
calme	1	1,0%
Centre hospitalier	1	1,0%
changeant	1	1,0%
déprimant	1	1,0%
développement	1	1,0%
Diversité	1	1,0%
En transformation	1	1,0%
Ennui	1	1,0%
Espaces verts	1	1,0%
hétéroclite	1	1,0%
insécurité	1	1,0%
insécurité grandissante	1	1,0%
Interculturel	1	1,0%
J'aime mon quartier.	1	1,0%
jeunes	1	1,0%
joie	1	1,0%
L'insécurité	1	1,0%
la campagne à la ville	1	1,0%
la Peur	1	1,0%
la plénitude	1	1,0%
la tranquillité	1	1,0%
Le calme	1	1,0%
Manque de civilité	1	1,0%
misère	1	1,0%
misère sociale	1	1,0%
Mixité	1	1,0%
Moche	1	1,0%
Mutation	1	1,0%
Normal	1	1,0%
nouveau visage	1	1,0%
pas conviviale	1	1,0%
<b>(suite question 11)</b>		
quartier cool	1	1,0%
sa clarté	1	1,0%
sans âme	1	1,0%
silence	1	1,0%
tranquillité	1	1,0%
tranquille	1	1,0%
Tranquille malgré les préjugés	1	1,0%
travaux	1	1,0%
très bonne entente	1	1,0%
trop de culture différente	1	1,0%
Total	96	62,5%
<b>12- Depuis combien de temps habitez-vous le quartier ?</b>		
Taux de réponse : 100,0%		
-1an	3	3,1%
1-4ans	11	11,5%
5-10ans	14	14,6%
+10ans	68	70,8%
Total	96	100,0%
<b>13- Est-ce que vous voudriez vivre ailleurs ?</b>		
Taux de réponse : 96,9%		
oui	29	30,2%
non	42	43,8%
je ne sais pas	22	22,9%
Total	96	96,9%
<b>14- D'une façon générale, depuis que vous êtes ici, pensez-vous que la situation du quartier</b>		
Taux de réponse : 93,8%		
amélioration	49	51,0%
dégradation	21	21,9%
semblable	20	20,8%
Total	96	93,8%

VOTRE QUARTIER (2)		
(suite question 14) <b>Qu'est-ce qui a changé (depuis que vous êtes installé dans le quartier) ?</b> Taux de réponse : 50,0%		
le tramway	4	4,1%
environnement	2	2,1%
rien	2	2,1%
Aménagement du quartier. Complexe sportif, moins d'immeubles, tramway.	1	1,0%
Aménagement, tramway, revalorisation du quartier... APF ...	1	1,0%
Beaucoup de verdure	1	1,0%
Bruit des Motos et autre	1	1,0%
cadre de vie plus agréable	1	1,0%
Equipements de santé.	1	1,0%
Impasse appartenant à VDHavre et construction du tramway à proximité	1	1,0%
L'ambiance	1	1,0%
L'environnement (Moins d'immeubles Plus de Pavillon)	1	1,0%
L'implication des parents dans la surveillance des enfants	1	1,0%
la construction de petit ensemble d'habitation	1	1,0%
la démolition des tours et la venue du tramway	1	1,0%
la population, la saleté, l'incivilité	1	1,0%
La propreté	1	1,0%
la sécurité, les espaces verts	1	1,0%
La séparation des HLM place MT gaillard	1	1,0%
la venue du tramway	1	1,0%
Le cadre de vie	1	1,0%
le décor / les arbres	1	1,0%
le retrait des gardiens	1	1,0%
le tout dans l'ensemble	1	1,0%
Le tramway, l'APF	1	1,0%
Les commerces / aménagements	1	1,0%
les rues et les habitations principalement	1	1,0%
les services	1	1,0%
les travaux	1	1,0%
mais la drogue circule toujours	1	1,0%
manque de gardien	1	1,0%
Moins de grands ensembles Arrivée du tram	1	1,0%
nombre de cambriolages, nuisance motorisée, squat dans les allées privées	1	1,0%
plus calme	1	1,0%
Plus d'insécurité dans les halles d'immeuble	1	1,0%
plus de dégradations matérielles qu'il y a 30 ans	1	1,0%
propreté, calme	1	1,0%
Réhabilitation	1	1,0%
rénovation des habitations	1	1,0%
Rénovation générale du quartier	1	1,0%
services (tramway)	1	1,0%
total changement avec le tramway	1	1,0%
un peu moins de bruit avec les motos (très désagréable)	1	1,0%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>50,0%</b>

## VOTRE QUARTIER (3)

(suite question 14)

Moins de grands ensembles Arrivée du tram	1	1,0%
nombre de cambriolages, nuisance motorisée, squat dans les allées privées	1	1,0%
plus calme	1	1,0%
Plus d'insécurité dans les halles d'immeuble	1	1,0%
plus de dégradations matérielles qu'il y a 30 ans	1	1,0%
propreté, calme	1	1,0%
Réhabilitation	1	1,0%
renovation des habitations	1	1,0%
Rénovation générale du quartier	1	1,0%
services (tramway)	1	1,0%
total changement avec le tramway	1	1,0%
tramway	1	1,0%
un peu moins de bruit avec les motos (très désagréable)	1	1,0%
Total	96	50,0%

## 15- Ce que vous appréciez dans votre quartier (plusieurs réponses possibles)

Taux de réponse : 89,6%

y vivre	29	30,2%
les espaces publics	16	16,7%
la tranquillité	25	26,0%
Auchan et galerie marchande	48	50,0%
les commerces quartier	22	22,9%
les services	29	30,2%
les loisirs dispos	7	7,3%
l'animation, les associations	2	2,1%
la Coulée verte	15	15,6%
l'appartenance au quartier	5	5,2%
la qualité enseignement	3	3,1%
autre	6	6,3%
Total	96	

## 16- Ce qui vous dérange dans votre quartier (plusieurs réponses possibles)

Taux de réponse : 93,8%

le bruit	32	33,3%
l'insécurité	32	33,3%
les transports commun	5	5,2%
saleté	34	35,4%
le quartier délaissé	8	8,3%
mauvaise image quartier	52	54,2%
l'éloignement du Havre	8	8,3%
la réputation écoles	11	11,5%
l'esthétique bâtiments	6	6,3%
trafics quartier	26	27,1%
le voisinage	7	7,3%
autre	5	5,2%
Total	39	

## VOTRE SANTE

**17- L'offre médicale dans votre quartier est :**

Taux de réponse : 96,9%

satisfaisante	74	77,1%
incomplète	10	10,4%
je n'ai pas d'avis	9	9,4%
autre	0	0,0%
Total	96	96,9%

**18 A quand remonte votre dernière visite chez un médecin généraliste ?**

Taux de réponse : 96,9%

-6mois	76	79,2%
-1an	11	11,5%
+1an	5	5,2%
+2ans	1	1,0%
je ne me souviens pas	0	0,0%
Total	96	96,9%

**19- Pourquoi avez-vous choisi ce médecin généraliste (2 réponses possibles) ?**

Taux de réponse : 93,8%

proximité	41	42,7%
rapidité RDV	16	16,7%
connaît bien	39	40,6%
recommandé	19	19,8%
homme/femme	4	4,2%
par hasard	9	9,4%
autre	6	6,3%
Total	96	

**20- Le cabinet de votre médecin généraliste se trouve :**

Taux de réponse : 94,8%

au Mont Gaillard	45	46,9%
au Havre	43	44,8%
autre commune	3	3,1%
Total	96	94,8%

**21- Rencontrez-vous des difficultés pour vous rendre au cabinet de votre médecin généraliste ? (2 réponses possibles) :**

Taux de réponse : 90,6%

oui	34	35,4%
non	53	55,2%
Total	96	90,6%

**Si oui, précisez :**

Taux de réponse : 35,4%

travaux	30	31,3%
handicap	0	0,0%
mauvaise desserte	4	4,2%
coût	2	2,1%
pas de transport	2	2,1%
autre	1	1,0%
Total	96	

**22- A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?**

Taux de réponse : 97,9%

-6mois	35	36,5%
-1an	24	25,0%
+1an	17	17,7%
+2ans	11	11,5%
je ne me souviens pas	7	7,3%
Total	96	97,9%

**23- Pourquoi avez-vous choisi ce dentiste (2 réponses possibles) ?**

Taux de réponse : 86,5%

proximité	23	24,0%
rapidité RDV	7	7,3%
connaît bien	31	32,3%
recommandé	19	19,8%
mutualiste	14	14,6%
par hasard	7	7,3%
autre	3	3,1%
Total	96	

**24- Le cabinet de votre dentiste se trouve :**

Taux de réponse : 89,7%

au mont gaillard	21	21,9%
au havre	52	54,2%
dans autre commune	10	10,4%
Total	96	86,5%

**25 Aujourd'hui, quel est votre état de santé ?**

Taux de réponse : 95,8%

très bon	23	24,0%
plutôt bon	48	50,0%
plutôt mauvais	5	5,2%
mauvais	3	3,1%
ne se prononce pas	13	13,5%
Total	96	95,8%

**26- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à des soins médicaux dont vous aviez besoin (consultations, soins dentaires, lunettes, kiné, etc.) ?**

Taux de réponse : 94,9%

oui	14	14,6%
non	77	80,2%
Total	96	94,8%

VOTRE SANTE (2)						
<b>Si vous avez renoncé à des soins, précisez pourquoi ?</b>		<b>27- Avez-vous arrêté ou renoncé à un traitement que votre médecin vous a prescrit ?</b>		<b>28- Dès les premiers symptômes d'un problème de santé, vous (2 réponses possibles) :</b>		
Taux de réponse : 14,6%		Taux de réponse : 95,8%		Taux de réponse : 93,8%		
problèmes financiers	9	9,4%	oui, souvent	6	6,3%	
problèmes de déplacement	0	0,0%	oui, parfois	15	15,6%	
pas trouvé de médecin	2	2,1%	non, jamais	71	74,0%	
barrière langue	0	0,0%	Total	96	95,8%	
sexe médecin	0	0,0%	<b>Si oui, précisez pourquoi :</b>			
raisons culturelle ou religieuse	0	0,0%	Taux de réponse : 21,9%			
manque information	0	0,0%	coût financier trop important	2	2,1%	
décali rendez-vous trop long	4	4,2%	effets secondaires	11	11,5%	
horaires inadaptés	1	1,0%	pas besoin	8	8,3%	
refus du médecin	0	0,0%	autre	0	0,0%	
peur du diagnostic	1	1,0%	Total	96	21,9%	
manque de temps	2	2,1%				
pas de visite contrôle	3	3,1%				
aspect du cabinet	0	0,0%				
attendre que les choses mieux d'elles-mêmes	1	1,0%				
contraintes familiales	1	1,0%				
autre	1	1,0%				
Total	96					
				consultez directement	49	51,0%
				vous soignez vous-même	27	28,1%
				vous renseignez sur internet	3	3,1%
				demandez conseil à un pharmacien	12	12,5%
				demandez conseil à un proche	7	7,3%
				attendez que ça passe	11	11,5%
				attendez d'être très malade ou d'avoir trop mal	22	22,9%
				autre	2	2,1%
				Total	2	2,1%

## Annexe 4 : Résultats des questionnaires à Beaulieu

<b>VOUS</b>		
<b>1- Où habitez-vous à Beaulieu ?</b>		
Taux de réponse : 97,4%		
Vieux Beaulieu	12	30,8%
Harquebosc	3	7,7%
gare	2	5,1%
Beaulieu HLM	16	41,0%
Caucriauville	1	2,6%
Camping des Vallées	0	0,0%
Autre	4	10,3%
Total	39	97,4%
<b>2- Dans quel type de logement ?</b>		
Taux de réponse : 100,0%		
maison	21	53,8%
immeuble	18	46,2%
autre	0	0,0%
Total	39	100,0%
<b>3- êtes-vous ?</b>		
Taux de réponse : 97,4%		
propriétaire	20	51,3%
locataire	17	43,6%
hébergé	1	2,6%
Total	39	97,4%
<b>4- Avez-vous une mutuelle de santé ?</b>		
Taux de réponse : 97,4%		
oui	38	97,4%
non	0	0,0%
je ne sais pas	0	0,0%
Total	39	97,4%
<b>Si oui, est-ce ?</b>		
Taux de réponse : 84,6%		
complémentaire	24	61,5%
CMU-C	5	12,8%
je ne sais pas	4	10,3%
Total	39	84,6%
<b>5- Bénéficiez-vous du RSA (Revenu de Solidarité Active) ?</b>		
Taux de réponse : 92,3%		
oui	5	12,8%
non	31	79,5%
je ne sais pas	0	0,0%
Total	39	92,3%
<b>6- Occupez-vous un emploi ?</b>		
Taux de réponse : 100,0%		
oui	20	51,3%
non	19	48,7%
Total	39	100,0%
<b>7- Comment vous déplacez-vous le plus souvent ? (2 réponses possibles)</b>		
Taux de réponse : 92,3%		
pied	14	35,9%
vélo	1	2,6%
scooter/moto	2	5,1%
bus	3	7,7%
train	2	5,1%
voiture	25	64,1%
Total	39	
<b>8- Est-ce que votre famille possède une voiture ou plus ?</b>		
Taux de réponse : 97,4%		
oui	33	84,6%
non	5	12,8%
Total	39	97,4%
<b>9- Quelles relations avez-vous avec vos voisins ?</b>		
Taux de réponse : 97,4%		
vous ne parlez pas	0	0,0%
bonjour	17	43,6%
relations amicales	21	53,8%
Total	39	97,4%
<b>10- Pratiquez-vous une activité (sportive, artistique, associative,...)?</b>		
Taux de réponse : 100,0%		
Beaulieu	6	15,4%
Harfleur	1	2,6%
Hors Harfleur	10	25,6%
aucune activité	22	56,4%
Total	39	100,0%

VOTRE QUARTIER								
<b>11- Un mot lorsque vous pensez à votre quartier ?</b> Taux de réponse : 84,6%			<b>13- Est-ce que vous voudriez vivre ailleurs ?</b> Taux de réponse : 97,4%			<b>15- Ce que vous appréciez dans votre quartier (plusieurs réponses possibles)</b> Taux de réponse : 71,8%		
tranquille	6	15,4%	oui	8	20,5%	y vivre	8	20,5%
agréable	3	7,7%	non	20	51,3%	la tranquillité	17	43,6%
calme	3	7,7%	je ne sais pas	10	25,6%	les espaces publics	4	10,3%
agréable, calme	1	2,6%	Total	39	97,4%	les commerces quartier	14	35,9%
Amical	1	2,6%	<b>14- D'une façon générale, depuis que vous êtes ici, pensez-vous que la situation du quartier</b> Taux de réponse : 94,9%			les services	6	15,4%
amis	1	2,6%	amélioration	6	15,4%	les loisirs dispos	4	10,3%
campagne	1	2,6%	dégradation	7	17,9%	la solidarité entre habitants	3	7,7%
Commerçant très agréable	1	2,6%	semblable	24	61,5%	le parc de rouelles	9	23,1%
convivial	1	2,6%	Total	39	94,9%	la LER (train)	9	23,1%
convivialité	1	2,6%	<b>Qu'est-ce qui a changé ?</b> Taux de réponse : 25,6%			l'appartenance au quartier	2	5,1%
école	1	2,6%	équipements, entretien des espaces verts et bâtiments	1	2,6%	la qualité enseignement	2	5,1%
Je me trouve bien	1	2,6%	Il y a plus rien pour les jeunes	1	2,6%	autre	0	0,0%
je suis très bien	1	2,6%	la vitesse excessif dans l'avenue	1	2,6%	Total	39	
la campagne	1	2,6%	les travaux	1	2,6%	<b>16- Ce qui vous dérange dans votre quartier (plusieurs réponses possibles)</b> Taux de réponse : 89,7%		
la tranquillité, la proximité de tous	1	2,6%	Mentalité	1	2,6%	le bruit	7	17,9%
merde ya rien a faire !	1	2,6%	plus de cambriolage	1	2,6%	l'insécurité	4	10,3%
ouvrier	1	2,6%	plus de cambriolages	1	2,6%	les transports commun	6	15,4%
Paisible	1	2,6%	plus de commerces (auto-école), plus de services (pôle admin), plus d'équipements (jeux pour enfants)	1	2,6%	le manque animation	12	30,8%
Quartier délaissé.	1	2,6%	Rien, Route avec des trous Trottoir à refaire (Rue des loisirs)	1	2,6%	le quartier délaissé	6	15,4%
sympa	1	2,6%	trottoir, espace vert	1	2,6%	l'éloignement du Havre	2	5,1%
tranquillité	1	2,6%	Total	39	25,6%	la réputation écoles	0	0,0%
travaux	1	2,6%				l'esthétique bâtiments	3	7,7%
vide très vide même	1	2,6%				l'aménagement cité commerciale	5	12,8%
village	1	2,6%				le voisinage	2	5,1%
Total	39	84,6%				le déménagement clinique	17	43,6%
<b>12- Depuis combien de temps habitez-vous le quartier ?</b> Taux de réponse : 100,0%						autre	2	5,1%
-1an	0	0,0%				Total	39	
1-4ans	8	20,5%						
5-10ans	6	15,4%						
+10ans	25	64,1%						
Total	39	100,0%						

## VOTRE SANTE

**17- L'offre médicale dans votre quartier est :**

Taux de réponse : 94,9%

satisfaisante	23	59,0%
incomplète	5	12,8%
je n'ai pas d'avis	9	23,1%
autre	0	0,0%
Total	39	94,9%

**18 A quand remonte votre dernière visite chez un médecin généraliste ?**

Taux de réponse : 97,4%

-6mois	32	82,1%
-1an	4	10,3%
+1an	1	2,6%
+2ans	1	2,6%
je ne me souviens pas	0	0,0%
Total	39	97,4%

**19- Pourquoi avez-vous choisi ce médecin généraliste (2 réponses possibles) ?**

Taux de réponse : 87,2%

proximité	16	41,0%
rapidité RDV	6	15,4%
connaît bien	20	51,3%
recommandé	5	12,8%
homme/femme	0	0,0%
par hasard	3	7,7%
autre	0	0,0%
Total	39	

**20- Le cabinet de votre médecin généraliste se trouve :**

Taux de réponse : 97,4%

Beaulieu	21	53,8%
Harfleur centre	3	7,7%
autre commune	14	35,9%
Total	39	97,4%

**21- Rencontrez-vous des difficultés pour vous rendre au cabinet de votre médecin généraliste ? (2 réponses possibles) :**

Taux de réponse : 92,3%

oui	5	12,8%
non	31	79,5%
Total	39	92,3%

**Si oui, précisez :**

Taux de réponse : 12,8%

travaux	4	10,3%
handicap	0	0,0%
mauvaise desserte	0	0,0%
coût	0	0,0%
pas de transport	0	0,0%
autre	1	2,6%
Total	39	12,8%

**22- A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?**

Taux de réponse : 97,4%

-6mois	17	43,6%
-1an	7	17,9%
+1an	7	17,9%
+2ans	3	7,7%
je ne me souviens pas	4	10,3%
Total	39	97,4%

**23- Pourquoi avez-vous choisi ce dentiste (2 réponses possibles) ?**

Taux de réponse : 94,9%

proximité	10	25,6%
rapidité RDV	2	5,1%
connaît bien	14	35,9%
recommandé	5	12,8%
mutualiste	5	12,8%
par hasard	6	15,4%
autre	3	7,7%
Total	39	

**24- Le cabinet de votre dentiste se trouve :**

Taux de réponse : 89,7%

Beaulieu	7	17,9%
Harfleur centre	7	17,9%
autre commune	21	53,8%
Total	39	89,7%

**25 Aujourd'hui, quel est votre état de santé ?**

Taux de réponse : 97,4%

très bon	12	30,8%
plutôt bon	22	56,4%
plutôt mauvais	3	7,7%
mauvais	1	2,6%
ne se prononce pas	0	0,0%
Total	39	97,4%

**26- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à des soins médicaux dont vous aviez besoin (consultations, soins dentaires, lunettes, kiné, etc.) ?**

Taux de réponse : 94,9%

oui	10	25,6%
non	27	69,2%
Total	39	94,9%

VOTRE SANTE (2)						
<b>Si vous avez renoncé à des soins, précisez pourquoi ?</b>		<b>27- Avez-vous arrêté ou renoncé à un traitement que votre médecin vous a prescrit ?</b>		<b>28- Dès les premiers symptômes d'un problème de santé, vous (2 réponses possibles) :</b>		
Taux de réponse : 25,6%		Taux de réponse : 92,3%		Taux de réponse : 92,3%		
problèmes financiers	3	7,7%	oui, souvent	0	0,0%	
problèmes de déplacement	1	2,6%	oui, parfois	9	23,1%	
pas trouvé de médecin	1	2,6%	non, jamais	27	69,2%	
barrière langue	0	0,0%	<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>92,3%</b>	
sexe médecin	0	0,0%	<b>Si oui, précisez :</b>			
raisons culturelle ou religieuse	0	0,0%	Taux de réponse : 23,1%			
manque information	0	0,0%	coût financier trop important	1	2,6%	
décali rendez-vous trop long	4	10,3%	effets secondaires	6	15,4%	
horaires inadaptés	2	5,1%	pas besoin	2	5,1%	
refus du médecin	1	2,6%	autre	0	0,0%	
peur du diagnostic	0	0,0%	<b>Total</b>	<b>39</b>		
manque de temps	1	2,6%				
pas de visite contrôle	2	5,1%				
aspect du cabinet	1	2,6%				
attendre que les choses mieux d'elles-mêmes	1	2,6%				
contraintes familiales	1	2,6%				
autre	1	2,6%				
<b>Total</b>	<b>39</b>					
				consultez directement	25	64,1%
				vous soignez vous-même	8	20,5%
				vous renseignez sur internet	1	2,6%
				demandez conseil à un pharmacien	11	28,2%
				demandez conseil à un proche	1	2,6%
				attendez que ça passe	4	10,3%
				attendez d'être très malade ou d'avoir trop mal	3	7,7%
				<b>Total</b>	<b>39</b>	

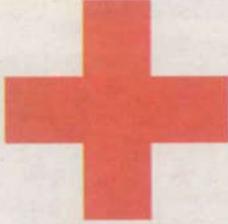
Annexe 5 : Article de presse « J'ai testé le rendez-vous chez le médecin »

---

## J'ai testé le rendez-vous chez le médecin

**Pour une fois, j'ai vite appelé le médecin lorsque j'ai ressenti les premiers symptômes d'un état fébrile... Mais j'ai oublié que nous étions au Havre.**

**J**e le sens, je tombe malade. Allez vite, un rendez-vous chez le médecin. Mais j'ai oublié, nous sommes au Havre. La profession est débordée; je m'entends dire qu'il me faut attendre 4 jours pour être vue de mon docteur. Bon, ce n'est peut-être pas si grave que cela, je vais résister. Mais non, mon état empire. Une amie me conseille son propre médecin, qui donne des rendez-vous dans la journée même. J'appelle, nous sommes vendredi. Oh surprise: le standard téléphonique est décroché. Autre possibilité: me rendre au Domus Medica, rue Jules-Siegfried. Mais désormais, il faut appeler le numéro des médecins de garde et s'inscrire sur une liste pour obtenir un rendez-vous. Plus de possibilité d'y aller spontanément. Au secours, je suis malade!



Karine Lebrun

## BIBLIOGRAPHIE

**AÏACH P., FASSIN D.**, 2004, *L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé*, La Revue du praticien, 22 décembre 2004.

**ALLONIER C., BOISGUERIN B., LE FUR P.**, *Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population*, Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 173, février 2012.

**AMAT-ROZE J.-M.**, 2011, *La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat*, Hérodote, avril 2011, n° 143, p. 13-32.

**AMAT-ROZE J.-M., SCHOENE M., BUISSON J., GINOT L., GROSSARD J.**, 1995, *Etude géographique des systèmes de recours aux soins à l'échelle locale. L'exemple de la Plaine Saint-Denis*. In: Espace, populations, sociétés, janvier 1995. La géographie de la santé en question. pp. 127-129.

**Anonyme**, 1976, *De nouveaux quartiers au Mont Gaillard*, Journal municipal, mai 1976, n°22.

**BASSET B.** (sous la direction de), 2008, *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : 208 p.

**BAZIN F.**, 2006, *Les déterminants psychosociaux du recours aux soins*, Thèse de doctorat, Université paris VI, 159p.

**BEAUD S., WEBER F.**, 2003, *Guide de l'enquête de terrain*, Guides Repères, 356p.

**BUNGENER M., ULMANN P.**, 2006, *Les déterminants socio-économiques des inégalités de santé : de nouvelles pistes à explorer*, Sciences sociales et santé, volume 24, n°3, 2006. pp. 5-9.

**CAHIERRE A.**, 2008, *Le Havre ANRU 2004 – 2009, Un élan de renouveau dynamise les quartiers Nord*, Ville du Havre, 93p.

**CHAUVIN P., LEBAS J.**, 2007, *Inégalités et disparités sociales de santé en France*, pp : 331-341

**CHAUVIN P.**, 2003, *Les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins*, Résultats du programme de recherche Santé, Inégalités et Ruptures Sociales (SIRS). In : Santé et Précarité : l'évolution des déterminants, Colloque régional, 30 octobre 2003, Centre Hospitalier du Pays d'Aix.

**CHAUVIN P., PARIZOT I.**, 2007, *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*, Études et recherches, 129p.

**COGNARD M., POLLIOT T.**, 1975, *Mont-Gaillard : la ville aux champs*, Le Havre Presse, 23 avril 1975.

**COLLET M., MENAHEM G., PICARD H.**, 2006, *Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits*, Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 113, octobre 2006.

**DE FLEURIEU A.** (présidente), 2010, *Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise*, ONPES.

**DE HAAS P.**, 2012, *Monter et faire vivre une maison de santé*, Partages D'expert, 173p.

**DE KONINCK M.**, 2008, *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Institut National de Santé Publique du Québec.

**DESPRES C.**, 2011, *Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique*, Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 169, octobre 2011.

**DESPRES C.**, 2011, *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique*, Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 170, novembre 2011.

DRESS, Etudes et Résultats, *L'état de santé de la population en France*, Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011, n° 805, juin 2012.

**DUFOUR-KIPPELEN S., LEGAL A., WITTEWER J.** (responsable scientifique), 2006, *Comprendre les causes du non-recours à la CMUC*, LEGOS, Rapport final, septembre 2006.

**DURU-BELLAT M.**, 2008, *Les inégalités nuisent gravement à la santé*, [lavedesidees.fr](http://lavedesidees.fr), in : Wilkinson R., 2007, *The impact of Inequality. How to Make Sick Societies Healthier*, Londres, Routledge, 1ère ed. 2005, 372 p.

**FLEURET S., SECHET R.**, 2004, *Géographie sociale et dimension sociale de la santé*, colloque ESO, 14 décembre 2004.

**HARANG-CISSE M., DEMARE-LECOSSAIS A.**, 2011, *Du soin à la prévention, l'action d'une collectivité territoriale pour la santé publique : l'exemple de la Communauté de l'agglomération havraise*, Hérodote, avril 2011, n° 143, p. 51-64.

Haut Conseil de la santé publique, rapport : *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Président T. Lang, décembre 2009.

**HOUCARD B.**, 1995, Au Havre, *Trait d'union crée des liens*, 30 novembre 1995 - La Vie n°2622.

IRDES, Questions d'économie de la santé, *Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins*, n° 74, novembre 2003.

IRDES, Questions d'économie de la santé, *Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins*, L'apport des méthodes d'analyse multiniveaux et spatiales, n° 104, décembre 2005.

IRDES, Questions d'économie de la santé, *Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ?*, n° 165, mai 2011.

IRDES, Questions d'économie de la santé, *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen, Deuxième partie : quelques expériences européennes*, n° 93, février 2005.

IRDES, Questions d'économie de la santé, *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen, Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé*, n° 92, février 2005.

Journal Municipal d'information, *De nouveaux quartiers au Mont Gaillard*, n° 22, 23 avril 1975.

**LEVY-JURIN V.**, 2010, in Amat-Roze J.-M., *La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat*, Hérodote, avril 2011, n° 143, p. 13-32.

**LOMBRAIL P.**, 2000, Accès aux soins in A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.

**LOMBRAIL P., PASCAL J.**, 2005, *Inégalités sociales de santé et accès aux soins*, Les Tribunes de la santé, mars 2005, n°8, p. 31-39.

**MASULLO A.**, 2006, *Santé et recours aux soins des populations précaires*, Bib, Paris, 15 p.

**MENARD B.**, 2002, *Questions de géographie de la santé*, L'Espace géographique, mars 2002, tome 31, p. 264-275.

Observatoire national des zones urbaines sensibles, Rapport 2011.

Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais, 2010, *Territoire et santé*.

**PANCHOUT R.**, 2003, *Beaulieu*, Les Amis du Musée d'Harfleur, 79p.

**PARIZOT I., CHAUVIN P.**, 2003, *Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France*, INSERM, INED, juin 2003.

**PARIZOT I., RENAHY E., BAZIN F., CHAUVIN P.**, 2005, *Santé, inégalités et ruptures sociales*, Rapport pour la Délégation Interministérielle à la Ville, INSERM, juin 2005.

**PERETTI-WATEL P.**, 2006, *Lien social et santé en situation de précarité, État de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide*, Economie et Statistique n° 391-392, 2006.

**PICHERAL H.**, 2001, *Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé*, Montpellier, Université de Montpellier. 130p.

**PINÇON M., PINÇON-CHARLOT M.**, 2009, *Paris, quinze promenades sociologiques*, coll Payot, Paris.

**PISSARRO B.**, 1992, *Les inégalités dans la ville*, Le social dans la sante, Congres international, Liège, 18-20 novembre 1992.

Plan Local d'Urbanisme, ville du Havre, 2009, DEUP, Urbanisme & prospective.

Populations et Sociétés, INED, *La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte*, n°441, janvier 2008.

**POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C.** (sous la dir.), 2010, *Réduire les inégalités sociales en santé*, *Saint-Denis*, INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.

**RENAHY E., PARIZOT I., VALLEE 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 DREES, 65p.

**RODE A.**, 2011, *Non-recours aux soins et autonomie assumée, récit d'enquête*, Document de travail/Working paper, n°9, août 2011.

**RUFFIN D.**, 2006, *Les expériences de santé comme vecteur de l'identité*. Economie et Statistique, pp 61-79.

**SALEM G.**, 1995, *Géographie de la santé, santé de la géographie*. In : Espace, populations, sociétés, janvier 1995, pp : 25-30.

**SALEM, G.**, 1998, *La santé dans la ville, géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, Paris, Karthala-Orstom.

**LECOMTE T., MIZRAHI A.**, 1996, *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux*, CREDES

**TUDREJ B.**, 2007, *Précarité analyse d'un concept* Master 1, Recherche en Ethique Médicale, Université René Descartes Paris V, 50p.

**VAILLANT Z.**, 2006, *La Réunion, Komen i lé ? Les constructions socio-territoriales de santé à l'île de la Réunion*, Thèse de Doctorat, Université de Paris Ouest Nanterre-La Défense, 521p.

**WARIN P.**, (coordinateur), 2008, *Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP)*, Rapport scientifique final, novembre 2008.

**WARIN P.**, 2011, *Renoncement à des soins et précarité*, Colloque DREES-DSS, Espace Charenton, Paris, 22 novembre 2011.

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

### LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 :	Questionnaire pour les habitants du Mont Gaillard .....	106
Annexe 2 :	Questionnaire pour les habitants de Beaulieu.....	108
Annexe 3 :	Résultats des questionnaires au Mont Gaillard .....	110
Annexe 4 :	Résultats des questionnaires à Beaulieu.....	116
Annexe 5 :	Article de presse « J’ai testé le rendez-vous chez le médecin » .....	120

### LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Localisation des zones d’étude dans l’agglomération havraise .....	15
Figure 2 :	Distribution du nombre moyen standardisé de consultations médicales en 2008 vers les généralistes, les chirurgiens-dentistes et les spécialistes par assuré et par an dans la CODAH .....	16
Figure 3 :	Localisation des quartiers d’étude dans leurs communes respectives .....	19
Figure 4 :	ZAC du Mont Gaillard.....	34
Figure 5 :	Localisation des différents habitats et des pôles commerçants au Mont Gaillard .....	36
Figure 6 :	Extraits d’articles portant sur le Mont Gaillard.....	39
Figure 7 :	Localisation des différents habitats et de la place commerçante à Beaulieu .....	42
Figure 8 :	Image satellite du Grand quartier du Mont Gaillard au Havre .....	47
Figure 9 :	Les structures dans le quartier du Mont Gaillard .....	48
Figure 10 :	Image satellite de la commune d’Harfleur .....	50
Figure 11 :	Les structures dans le quartier de Beaulieu.....	51
Figure 12 :	Commerces place Guy de Maupassant à Beaulieu dans les années 1950/1960.....	82
Figure 13 :	L’offre de soins dans le quartier du Mont Gaillard.....	88
Figure 14 :	L’offre de soins dans le quartier de Beaulieu .....	89

### LISTE DES PHOTOGRAPHIES

Photogr. 1 :	Le Havre après les bombardements.....	30
Photogr. 2 :	La place de l’Hôtel de ville et les immeubles du centre-ville du Havre reconstruits .....	31
Photogr. 3 :	Camp Herbert Tareyton, forêt de Montgeon .....	31
Photogr. 4 :	« des pavillons écrasés sous des immeubles en béton » .....	33
Photogr. 5 :	Immeubles et pavillons .....	33
Photogr. 6 :	Les immeubles de la place du Mont Gaillard.....	36
Photogr. 7 :	La place Sainte Catherine .....	37

Photogr. 8 : Les immeubles Sainte Catherine .....	37
Photogr. 9 : La place Raymond Queneau près des immeubles des Pépinières .....	37
Photogr. 10 : Les pavillons de la Bigne à Fosse .....	37
Photogr. 11 : Les immeubles du pôle Pauline Kergomard .....	38
Photogr. 12 : L'ensemble pavillonnaire des Canadiens.....	38
Photogr. 13 : La Cité de l'Ormaie.....	38
Photogr. 14 : Une des entrées de la galerie marchande, celle de l'hypermarché Auchan .....	38
Photogr. 15 : L'ensemble du Grand Harquebosc, partie pavillons .....	43
Photogr. 16 : L'ensemble du Grand Harquebosc, partie immeubles .....	43
Photogr. 17 : Beaulieu ancien ou « <i>Vieux Beaulieu</i> » .....	43
Photogr. 18 : Les pavillons Mauger.....	43
Photogr. 19 : « <i>Les cubes</i> » .....	44
Photogr. 20 : Les immeubles HLM .....	44
Photogr. 21 : La place Guy de Maupassant appelée la « <i>Cité commerciale</i> » .....	44
Photogr. 22 : Stade, devant la place du Mont Gaillard .....	47
Photogr. 23 : Tunnel permettant de rejoindre Harfleur-centre depuis Beaulieu.....	51
Photogr. 24 : Ordures place Sainte Catherine .....	64
Photogr. 25 : Ordures au pied des immeubles Kergomard.....	64
Photogr. 26 : Caddie abandonné dans le quartier.....	65
Photogr. 27 : Travaux du tramway avenue du Mont Gaillard .....	65
Photogr. 28 : Travaux, bâtiment du centre commercial Auchan .....	69
Photogr. 29 à 32 : Foudroyage des tours du Mont Gaillard .....	70
Photogr. 33 : La place du Mont Gaillard, avant le foudroyage des deux tours.....	71
Photogr. 34 : La place du Mont Gaillard après le foudroyage des deux tours.....	71
Photogr. 35 : Pôle administratif côté rue.....	73
Photogr. 36 : Pôle administratif côté place.....	73
Photogr. 37 : Le CMS Beaulieu.....	75
Photogr. 38 : Pôle médical de Pépinières .....	87
Photogr. 39 : Centre médical Charcot.....	87
Photogr. 40 : Cabinet médical de Beaulieu .....	89
Photogr. Page de garde : à droite, le cabinet médical de Beaulieu, à gauche, le pôle médical des Pépinières au Mont Gaillard	

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Type de résidences et statut des occupants au Mont Gaillard.....	35
Tableau 2 : Comparaison du statut des occupants du Mont Gaillard avec d'autres quartiers ZUP ..	35
Tableau 3 : Chiffres de cadrage .....	41
Tableau 4 : Bénéficiaires du RSA en fonction du statut d'occupation au Mont Gaillard .....	40
Tableau 5 : Type de résidences et statut des occupants à Beaulieu.....	45

Tableau 6 :	Bénéficiaires du RSA en fonction du statut d'occupation à Beaulieu .....	45
Tableau 7 :	Bénéficiaires d'une mutuelle en fonction du statut d'occupation à Beaulieu .....	45
Tableau 8 :	Type de mutuelle en fonction du statut d'occupation à Beaulieu .....	46
Tableau 9 :	Les modes de déplacements des habitants au Mont Gaillard (en %) .....	49
Tableau 10 :	Propriétaire d'une voiture au Mont Gaillard (en %) .....	49
Tableau 11 :	Les modes de déplacement en fonction du statut d'occupation à Beaulieu .....	52
Tableau 12 :	Propriétaires d'une voiture selon le type d'occupation .....	52
Tableau 13 :	Propriétaires d'une voiture sans activité salariée .....	52
Tableau 14 :	Durée d'emménagement à Beaulieu et au Mont Gaillard .....	53
Tableau 15 :	Ancienneté d'installation en fonction du statut d'occupation .....	54
Tableau 16 :	Population souhaitant déménager selon le statut d'occupation .....	54
Tableau 17 :	Chiffres de cadrage par IRIS dans le quartier du Mont Gaillard .....	57
Tableau 18 :	Le chômage des jeunes au Mont Gaillard .....	58
Tableau 19 :	Les éléments perturbants selon les habitants du Mont Gaillard .....	63
Tableau 20 :	Reconstitution de l'offre de logement au Mont Gaillard .....	70
Tableau 21 :	Pratique d'une activité par les habitants dans les deux quartiers .....	76
Tableau 22 :	Les relations de voisinages au Mont Gaillard .....	79
Tableau 23 :	Les relations de voisinages selon le statut d'occupation à Beaulieu .....	80
Tableau 24 :	Satisfaction des vis-à-vis de l'offre de soins .....	90
Tableau 25 :	Dernière visite chez le dentiste pour les habitants du Mont Gaillard .....	92
Tableau 26 :	Critères de choix du dentiste pour les habitants du Mont Gaillard .....	92
Tableau 27 :	Les éléments perturbants selon les habitants de Beaulieu .....	93
Tableau 28 :	Le renoncement aux soins dans les deux quartiers .....	96
Tableau 29 :	Motifs de renoncement aux soins dans les deux quartiers étudiés .....	96

## RÉSUMÉ

En 2008, en France, 15% des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les renoncements concernent davantage des soins spécifiques, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge du ménage sont les plus importantes.

A l'échelle de la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH), une étude a révélé d'importantes disparités sur le territoire infra-communautaire, notamment en termes de consommations de soins. Comprendre ces disparités en interrogeant les déterminants du recours et du renoncement aux soins était l'objectif du mémoire.

C'est en se détachant de l'aspect exclusivement financier et en envisageant la santé comme la résultante de divers facteurs influencés par les conditions d'existence des individus (se nourrir, s'instruire, se loger, travailler, se déplacer et se soigner) que ce mémoire s'est construit. Dans deux quartiers de l'agglomération, le recours a été étudié en supposant qu'il était intimement lié à l'environnement de vie des populations. Ce dernier ne semble alors plus uniquement déterminé par des facteurs propres à chaque individu mais plutôt comme une construction collective influencée par les pratiques de l'espace, les représentations qu'il véhicule, les relations sociales qui se nouent en son sein.

En adoptant deux approches complémentaires, l'une quantitative rendant compte de la réalité à travers des chiffres, et l'autre qualitative, basée sur les discours des différents acteurs des quartiers, nous caractériserons les interrelations entre cadre de vie des habitants et logiques de recours aux soins.

**Mots clé :** Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) ; disparités ; santé ; territoire ; renoncement aux soins ; conditions d'existence ; environnement ; comportement de soins ; quartier