

Entre effets de genre et effets de lieux. Géographies du dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers (92).

Emmanuelle Faure

▶ **To cite this version:**

Emmanuelle Faure. Entre effets de genre et effets de lieux. Géographies du dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers (92).. Géographie. Université Paris Nanterre, 2016. Français. ⟨NNT : ⟩. ⟨tel-01842443⟩

HAL Id: tel-01842443

https://hal.science/tel-01842443v1

Submitted on 18 Jul 2018

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

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



HAL Authorization

Université Paris Ouest Nanterre la Défense - École doctorale milieux, cultures et sociétés du passé et du présent
Laboratoire dynamiques sociales et recompositions des espaces

Entre effets de genre et effets de lieux

Géographies du dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers (92)



Emmanuelle Faure

Thèse présentée et soutenue publiquement le **12 Décembre 2016**
en vue de l'obtention du grade de **Docteure en géographie**
de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense
sous la direction de Mr Gérard SALEM

Sylvie Fainzang, Professeure d'anthropologie de la santé, Directrice de recherche Inserm – Cermes3 (examinatrice)
Louise Potvin, Professeure de santé publique, Université de Montréal (rapportrice)
Yves Raibaud, Maître de conférences – HDR de géographie, Université de Bordeaux (rapporteur)
Stéphane Rican, Maître de conférences de géographie, Université Paris Ouest Nanterre la Défense (co-encadrant)
Gérard Salem, Professeur émérite de géographie, Université Paris Ouest Nanterre la Défense (directeur de thèse)
Hervé Vieillard-Baron, Professeur émérite de géographie, Université Paris Ouest Nanterre la Défense (examinateur)

Cette thèse a été préparée au sein du LADYSS – UMR 7533
Université Paris Ouest Nanterre la Défense
200 Avenue de la République
92001 Nanterre

Illustrations de couverture : E. Faure, Gennevilliers et Boulogne-Billancourt, 2013-2014 ; ADK92.

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier Gérard Salem d'avoir encadré cette thèse avec attention. De ma « découverte » de la géographie de la santé à la finalisation de ce travail, sa confiance, ses encouragements et sa rigueur intellectuelle m'ont guidée et accompagnée. Je remercie également chaleureusement Stéphane Rican pour sa grande disponibilité, son soutien ainsi que nos échanges constructifs tout au long de cette thèse.

J'adresse mes sincères remerciements à Louise Potvin ainsi qu'à Yves Raibaud qui me font l'honneur d'être rapportrice et rapporteur de ce travail.

Je remercie également chaleureusement Sylvie Fainzang et Hervé Vieillard-Baron d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je tiens à remercier les Gennevilloises et les Gennevillois, les Boulonnaises et les Boulonnais que l'anonymisation des données m'empêche de nommer, mais sans qui cette thèse n'aurait pas pu être possible. Je garde de très bons souvenirs des mois passés sur le terrain et des discussions qui, dans un bureau, un salon ou une cuisine, m'ont permis d'appréhender combien « *le fait d'être un homme ou une femme ici ou là* » peut avoir un sens en matière de santé et d'appropriation d'un territoire.

Je remercie également les médecins généralistes boulonnais et gennevillois qui m'ont accordé le temps nécessaire à une meilleure compréhension de leur profession et leurs conditions d'exercice en ville.

J'adresse mes sincères remerciements à la municipalité de Gennevilliers. Que les élu-e-s que j'ai pu rencontrer, les membres des services santé, personnes âgées, et l'ensemble de l'équipe des archives municipales et d'AGIR soient ainsi remerciés. De la même façon, je tiens à remercier la municipalité de Boulogne-Billancourt, et tout particulièrement l'équipe des services santé, personnes âgées et politique de la ville.

Je remercie également les professionnel-le-s et bénévoles intervenants dans les antennes de quartiers et les centres sociaux de ces deux communes, les nombreuses associations ou groupes plus informels, qui, au Luth, aux Agnettes, au Pont-de-Sèvres et aux Squares m'ont ouvert tant de portes et permis de mieux comprendre leur(s) territoire(s).

Je remercie la Ligue nationale contre le cancer, financeur de ce travail de recherche, de m'avoir permis de me consacrer sereinement à l'élaboration de ma thèse. Je remercie tout particulièrement le Professeur Rouessé pour son soutien et sa confiance. Je remercie les membres du comité départemental de la Ligue contre le cancer pour l'attention qu'ils et elles ont porté à mon travail lors des restitutions intermédiaires des résultats.

J'adresse mes remerciements aux docteures Dehé et Delattre-Massy, directrices successives de l'ADK92, m'ayant permis de disposer des données statistiques nécessaires à l'analyse de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal.

Je tiens à remercier les membres de mon comité de thèse, qui, par nos rencontres et échanges, m'ont « obligée » à clarifier mon propos à certains moments cruciaux de mon parcours doctoral.

Des premières questions de recherche aux choix méthodologiques, nous avons décrypté ensemble les (en)jeux d'acteurs, *ces oubliés du territoire* ! Je remercie donc affectueusement Guillaume Chevillard et Marianne Viot ainsi que l'ensemble des personnes ayant participé aux séances « méthodo-labo », moments d'échanges toujours constructifs et bienveillants.

Je remercie l'équipe des géographes de la santé de Nanterre et les membres du Ladyss pour leurs soutiens et les moments de convivialité qui ont ponctué mes semaines, mois et années nanterroises. Je remercie Zoé Vaillant, qui, depuis mon premier cours de géographie sociale jusqu'à nos échanges ces dernières années, m'a donnée envie de chausser les lunettes de la santé pour interroger le monde qui m'entoure. Je tiens également à remercier tout particulièrement Audrey Bochaton et Marianne Viot avec qui j'ai pris plaisir à échanger, travailler et *pimper* ! Merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de ce parcours de thèse, ses hauts et ses bas.

Je remercie chaleureusement les membres du projet de recherche-action « La ville côté femmes » avec qui j'ai pu explorer une nouvelle facette des liens entre genre et territoire et une autre façon de travailler. Je remercie tout particulièrement Corinne Luxembourg pour sa confiance, son envie de partager son expérience et sa connaissance de la ville dont la plus proche banlieue est Paris !

Mes pensées vont également à la « BnF team » grâce à qui la rédaction de cette thèse a pu s'inscrire dans un contexte collectif, bienveillant et amical. Je remercie chaleureusement Hugo Sesolis, Sophie Noyé, Mathilde Fautras, Mathilde Riboulot-Chetrit, Ornella Puschiasis, Simon Labussière, Anne Follet, Guillaume Chevillard, Mathilde Simon et Audrey Bochaton pour leur aide précieuse au cours de l'écriture et des relectures de ce manuscrit.

Comment articuler les concepts de genre, territoire et santé ? Cette interrogation résulte d'un ancrage disciplinaire et d'un contexte scientifique, mais aussi, d'un intérêt personnel nourri d'engagements collectifs. Je pense donc à Claire, Eva, Anouk, Manon, Elise et Hélène, aux collectifs *G.A.R.C.E.S* et *Gynandco* grâce à qui au cours de ces années la bienveillance et la solidarité ont pris tout leur sens.

Merci à « la bande des Nanterrois-e-s » et ses nombreux élargissements (des Toulousaines à la Londonienne), qui, depuis l'amphi du DD et la BG jusqu'aux soirées et pavés parisiens m'accompagnent de leur camaraderie, soutien et amitié sans faille.

Je pense à toute la famille Séso et nos moments partagés depuis quelques années. Merci (pardon !) de m'avoir permis d'aller écrire une partie de ces pages à *Yoave*, au rythme des cloches et des meuglements.

Je remercie du fond du cœur mes parents et ma sœur qui m'ont soutenue tout au long de cette aventure avec autant de confiance et d'amour qu'ils l'ont toujours fait, de Longuesse à l'Argentine, des randos pyrénéennes aux escapades parisiennes, viennoises et bruxelloises.

Enfin, mon coin, tu promettais dans ces mêmes lignes (chimiques et non géographiques) de me « rendre la pareille », de m'épauler lors de cette (fin) de thèse. Alors merci, car oui, tu m'as accompagnée de ta sérénité et ton amour. Les thèses derrière nous, de nouveaux projets devant, que nos deux-roues continuent alors, à grimper conjointement.

Sommaire

Introduction générale 9

Chapitre 1. Genre-Territoire(s)-Santé : des termes qui s'ignorent ? 19

Chapitre 2. Construction d'un projet de recherche : questionnements, choix et méthodologie 87

Chapitre 3. Les espaces des uns et des unes au regard des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal 171

Chapitre 4. Choisir son médecin généraliste : identités des territoires, territorialités féminines et masculines 267

Chapitre 5. Territoires, genre, contextes et systèmes locaux d'action : approche multiscalaire de la promotion du dépistage du cancer colorectal 337

Chapitre 6. Constructions socio-territoriales de l'offre : dynamiques territoriales, genre et médecine générale 443

Conclusion générale 531

Bibliographie 547

Annexes 569

Listes des acronymes et sigles 581

Tables des figures 583

Table des matières 591

Introduction générale

Genre Territoire Santé

Le triptyque fondateur de cette thèse pose la question suivante : dans quelle mesure l'introduction des approches sur le genre contribue à modifier l'analyse des rapports espace, territoires et santé ? Nous nous intéressons à la manière dont les normes de genre participent et résultent de constructions socio-territoriales de la santé. Il s'agit d'interroger les potentielles articulations entre un champ de recherche de plus en plus pris en compte par les sciences sociales (le genre) et l'approche disciplinaire dans laquelle nous nous inscrivons : la géographie de la santé.

Le concept de **genre**, développé aux États-Unis dès la fin des années 1960, met en évidence l'importance des constructions historiques, culturelles et sociales attribuant des rôles et des statuts différents aux individus, modelant leurs représentations et leurs pratiques en fonction de leur sexe, et sexualité(s). Dans ce manuscrit, le concept de **genre** est entendu à la fois comme une **construction sociale du masculin et du féminin** et comme **rapports de pouvoir** entre hommes et femmes[1] (Bereni, Chauvin, et Jaunait 2008). Ces deux aspects sont complémentaires et permettent, une fois associés, de penser la complexité des rapports sociaux, ainsi que leurs conséquences sur l'appropriation des corps et des territoires.

Bien que tardivement prises en compte par la géographie française, les inégalités entre hommes et femmes en termes d'occupation et d'appropriation de l'espace font l'objet de plus en plus travaux (Bard 2004 ; Denèfle 2004 ; Hancock 2002 ; Raibaud 2007). L'espace, longtemps considéré comme masculin ou neutre est le support et le produit de rapports de genre marqués par des phénomènes de hiérarchisation et de domination (Coutras 2005 ; Raibaud 2006 ; Hancock 2004). Le genre apparaît ainsi comme un révélateur des représentations et pratiques des territoires (Hancock 2002).

[1] Des travaux posent la question suivante : le sexe ne serait-il pas lui-même un construit social ? Affirmer que le genre est le pendant social du sexe reviendrait à consolider l'idée que certains traits de caractères, attitudes, attributs sont naturels. Le genre re-essentialiserait ainsi les différences de sexe. Par exemple, Christine Delphy estime qu'il convient de se demander si « *quand on met en correspondance le genre et le sexe […] on compare du social à du naturel ; ou est-ce qu'on compare du social avec encore du social* » (Delphy 2001). Dans ce manuscrit, ni cette remise en cause radicale des fondements des catégories (sexe, genre) ni la fluidité des identités de genre ne sont interrogées. Les données statistiques sanitaires ou socio-économiques dont nous disposons sont binaires (homme/femme). De plus, nos résultats montrent l'actualité, et le pouvoir, de cette catégorisation des individus : les habitant(e)s, les décideurs comme les médecins généralistes rencontrés véhiculent et entretiennent la bi-catégorisation (homme/femme). Toutefois, travailler à partir de l'opposition homme/femme ne vise en aucun cas à affirmer ou justifier ses fondements (qu'ils soient dits biologiques ou sociaux), mais à interroger les représentations et pratiques territoriales qu'elle suscite. L'analyse des manifestations territoriales du genre implique de nommer les catégories, autant que les systèmes inégalitaires qu'elles engendrent.

La littérature montre également combien les rapports de genre, construits tout au long de l'histoire de l'humanité, sont à la base d'inégalités en matière de répartition de tâches domestiques, de revenus, de choix de vie, d'occupation et d'appropriation de l'espace, mais aussi de santé (Héritier 1996 ; Dorlin 2005 ; Maruani 2005). En effet, un corpus sociologique, anthropologique ou épidémiologique met en valeur l'existence et la persistance d'importantes inégalités. Par exemple, femmes et hommes ne sont égaux ni devant la mort, ni devant la maladie, ni même vis-à-vis de leurs rapports à la médecine et la santé (Montaut 2010).

Enfin, les processus de ségrégations socio-spatiales (Chauvin et Parizot 2005 ; Salem 1998), l'organisation et l'utilisation des réseaux de transport et du système de soins (Payne 2007) ou l'engagement d'acteurs locaux (Loncle 2011 ; Rican et al. 2014) sont autant de facteurs des disparités spatiales de santé. Leurs dimensions socio-économiques ou culturelles ont fait l'objet de nombreuses recherches (Macintyre, Ellaway, et Cummins 2002 ; Molinari, Ahern, et Hendryx 1998 ; Raleigh et Kiri 1997), mais les processus concourant aux inégalités entre hommes et femmes restent peu analysés (Frye, Putnam, et O'Campo 2008 ; Chasles 2011). Bien souvent, un glissement s'opère : le « genre » devient un euphémisme de « sexe ». Certains travaux dépassent pourtant la comparaison entre sexes et interrogent le rôle du genre dans les inégalités socio-territoriales de santé (Butler et Parr 1999 ; Dyck, Lewis, et McLafferty 2001 ; Kinser et Lewis 2005 ; Hubbard 2004 ; Spain 1992).

Si la littérature instruit les conséquences des constructions sociales de genre sur l'espace d'une part et sur les corps d'autre part, si elle montre que la santé est révélatrice des rapports entre individus et leurs territoires, les processus permettant de mieux comprendre les rapports des hommes et des femmes à leur(s) territoire(s) au travers de faits et d'inégalités de santé restent à explorer[2]. C'est ce que propose cette thèse.

Notre objectif est d'instruire, dans le cadre d'une approche géographique, les apports et les limites de l'articulation entre les concepts de genre, territoire et santé.

La géographie étudie l'espace pour comprendre la société et cherche à *« administrer des preuves de correspondances entre agencement spatial et logiques sociales »* (Salem 1998, p.31). Elle vise à montrer comment une société gère et pratique son **espace**, et comment, inversement, cet espace contribue à la

[2] La revue de littérature exposée dans le premier chapitre de ce manuscrit propose une analyse plus détaillée de ce constat, et montre combien les trois concepts fondateurs de cette thèse (genre, territoire et santé) se révèlent à ce jour analysés deux à deux, mais encore très rarement articuler ensemble.

modeler. La géographie de la santé est ainsi ce que Gilles Sautter appelle « *l'étude simultanée des formes de socialisation de l'espace et de spatialisation de la société* » (Salem 1998, p.42). Les interactions entre l'espace et la société qui l'occupe et se l'approprie constituent ce que l'on nomme le **territoire.** Concept clé de la géographie, et (donc) objet de multiples définitions (Lévy et Lussault 2003), nous retiendrons que le territoire est à la fois l'espace vécu et perçu par les populations qui le pratiquent (habitants, passants, professionnels, etc.) et l'espace construit par les institutions dominantes (Frémont 1976 ; Di Méo,1996). Il est ainsi une construction sociale, individuelle et collective, émanant de l'appropriation de différents acteurs (Gumuchian et al. 2003). Un territoire est à la fois original et imbriqué dans un système (Voiron-Canicio et al. 2010), c'est-à-dire toujours influencé par des entités d'échelles plus petite ou plus grande. Enfin, le **lieu** où l'on a grandi, où l'on vit, est élément essentiel des constructions identitaires, supports des dimensions affectives des perceptions et usages de l'espace (Rican et al. 2014; Salem, Rican, et Vaillant 2014).

La géographie de la santé a pour objet l'étude des relations entre espaces et sociétés au prisme de la santé. Elle considère la répartition spatiale de faits de santé ou l'organisation du système de soins comme reflets et facteurs des modes d'organisation et de pratiques des territoires. Le géographe de la santé cherche ainsi à comprendre en quoi et comment les « faits de santé » traduisent les modes d'organisation des territoires et les pratiques de l'espace des individus (Salem 1998). Telle qu'elle est définie par le préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est *« un état de complet de bien-être physique, mental et social* [qui] *ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition s'écarte d'une conception uniquement négative et médicale (« absence de maladie ou d'infirmité ») et repose sur une vision positive et subjective (« état de complet bien-être »). Elle rappelle combien la santé est multifactorielle, reflet de caractéristiques biologiques ou physiologiques des individus, mais aussi, et surtout, de leurs conditions, modes et lieux de vie (déterminants sociaux, historiques, politiques, économiques, environnementaux, etc.). La santé, comprise comme **une construction sociale** et **politique** (Vaillant 2006), est ainsi considérée comme un témoin des interactions entre espaces et société, elle est « *un indicateur et un révélateur synthétiques des effets du milieu dans lequel elle vit et travaille, mais aussi de ses comportements, de sa perception et de sa gestion de l'espace* » (Picheral 1995, p.24). De plus, si les disparités de santé sont à l'image des disparités socio-spatiales et des constructions territoriales d'une société, leurs expressions et leurs gestions

participent également aux dynamiques territoriales[3] (Rican et al. 2013). Enfin, l'enjeu de la discipline est d'associer deux points de vue, deux modes de production de la santé, que nous supposons territorialisés : les représentations et pratiques sanitaires des hommes et des femmes et leurs traductions spatiales ainsi que la répartition spatiale, les modes d'organisation et d'appropriation individuelles et collectives du système de soins. L'ensemble de ces processus constitue les **constructions socio-territoriales de la santé** (Salem, 2006, 2013 ; Vaillant 2006).

La question principale à laquelle cherche à répondre cette thèse est la suivante : **peut-on mettre en évidence des constructions socio-territoriales de la santé des femmes, des hommes et des différences entre hommes et femmes ?** Dans quelle mesure des mécanismes socio-territoriaux se moduleraient différemment pour les hommes et pour les femmes ?

Nous instruisons ce questionnement par l'analyse des manifestations territoriales d'un programme de santé publique : le **dépistage organisé du cancer colorectal**. En France, le cancer colorectal est le troisième cancer masculin incident, après ceux de la prostate et du poumon, tandis qu'il est le second pour les femmes après celui du sein (INCA 2011). Depuis 2009, un programme national de dépistage vise à lutter contre cette pathologie auprès des hommes et des femmes de 50 à 74 ans. Cependant, la participation à ce dispositif reste faible et d'importantes variations spatiales la caractérisent. Les femmes participent par ailleurs davantage que les hommes. Les travaux interrogeant ces disparités mettent l'accent sur le rôle de la démographie médicale, du sexe, du statut marital ou des caractéristiques socio-économiques des individus. Toutefois, à notre connaissance, aucune étude n'interroge le genre comme facteur des variations spatiales de ces pratiques de dépistage ou de la promotion de ce programme de prévention. Se posent alors les questions suivantes :

- Les représentations de la santé et les pratiques préventives des hommes et des femmes sont-elles modulées par des dynamiques territoriales dans lesquelles elles s'inscrivent (c'est-à-dire l'histoire d'un territoire, les politiques locales de santé ou les pratiques et les types d'organisation des réseaux d'acteurs intervenant à différentes échelles) ? Inversement, ces dynamiques territoriales de santé sont-elles empreintes de normes de genre (notamment appréhendable via les discours et les pratiques des acteurs de la promotion de la santé intervenant à différentes échelles) ?

[3] Le concept de dynamiques territoriales comprend deux aspects : il qualifie des rapports de forces dans un système, des relations, des jeux d'acteurs, etc. mais aussi des processus en évolution. Dans ce manuscrit, l'usage de ce concept correspond davantage à sa première dimension, c'est-à-dire la prise en compte des interactions entre acteurs et processus territoriaux de différentes natures et échelles.

- À quelles échelles et dans quelles articulations d'échelles les effets du genre sur la santé préventive se traduisent-ils (en termes de disparités de recours au dépistage, d'accès aux messages de promotion de la santé, etc.) ?

- Enfin, dynamiques territoriales et constructions de genre interagissent-elles dans la constitution d'inégalités face au dépistage du cancer colorectal ?

Afin de répondre à ces interrogations, nous envisagerons la **santé préventive**, et plus particulièrement l'étude des modalités de **recours** au **dépistage organisé du cancer colorectal** et de **sa promotion** par l'implication de différents **acteurs** à différentes **échelles** (départementale, communale et infra-communale).

Nous posons l'hypothèse que les disparités spatiales (inter et infra-communales) et sexuées (entre hommes et femmes) de recours au dépistage du cancer colorectal ne sont pas uniquement le reflet de la cartographie des niveaux de vie des individus, mais aussi, et surtout, celui de **dynamiques territoriales** complexes (politiques, jeux d'acteurs, manifestations locales de normes de genre dans les représentations et pratiques des espaces et des messages de promotion de la santé par les individus, etc.).

Nous supposons que le programme national de dépistage du cancer colorectal se décline différemment selon les territoires et en fonction de ce que nous appellerons les **contextes locaux** et **systèmes locaux d'acteurs** de la promotion de la santé (histoire, politiques, organisation du territoire, mais aussi type et organisation des réseaux d'acteurs, articulation entre échelles d'intervention des différents professionnels, etc.).

Nous posons l'hypothèse que ces contextes et systèmes d'acteurs locaux sont le support (et le produit) de **pratiques genrées de la promotion de la santé.** Les hommes et les femmes ne seraient donc pas ciblés ou touchés de la même façon par les messages de promotion de la santé et du dépistage organisé du cancer colorectal. Enfin, nous posons l'hypothèse que les différents acteurs (élus, associations, professionnels du champ sanitaire et social, médecins généralistes) sont différemment impliqués dans ces processus, et ce, de façon distincte selon les territoires.

Afin de tester l'ensemble de ces hypothèses, deux villes de l'agglomération parisienne, Boulogne-Billancourt et Gennevilliers, et deux quartiers populaires de chacune de ces communes sont comparés. Enfin, méthodes quantitatives (traitements statistiques uni et bi-variés, cartographie) et qualitatives (entretiens semi-directifs, observations) sont associées.

Les deux premiers chapitres présentent le **cadre conceptuel** de la thèse, nos **choix méthodologiques**, ainsi que les **terrains retenus**.

Les chapitres suivants correspondent aux différentes dimensions retenues dans l'analyse des rapports entre territoires, genre et santé : la participation au dépistage, les flux et facteurs de recours au médecin généraliste, les modalités de promotion du programme de dépistage par des acteurs politiques et socio-sanitaires de différentes échelles, et enfin, les profils, représentations et pratiques d'un des acteurs clés du programme : le médecin généraliste.

Le chapitre trois propose une **analyse du recours** au dépistage organisé du cancer colorectal au travers de la spatialisation des taux de participation à ce programme à l'**échelle communale,** puis **infra-communale.** Nous montrerons que les disparités spatiales de recours au dépistage du cancer colorectal se déclinent de l'échelle nationale à l'échelle infra-communale, qu'hommes et femmes n'adoptent pas les mêmes comportements vis-à-vis du dépistage organisé du cancer colorectal. Nous montrerons que des disparités spatiales de recours au dépistage du cancer colorectal imposent une analyse détaillée des mécanismes qui, localement, façonnent les pratiques et les représentations sanitaires des hommes et des femmes. Cette approche illustre également la capacité de ce programme à révéler différents types d'organisation spatiale (espaces multipolarisés, ou au contraire centralisés, variabilité du poids de l'échelle quartier, etc.). Enfin, inédite, l'étude des taux de participation à des échelles très fines (carroyages et buffers) révèle la particularité de certains espaces urbains et contribue à la réflexion, qui en géographie, vise à montrer combien la pertinence d'une échelle d'observation et d'analyse n'est jamais acquise à priori ni uniformément avérée.

Le chapitre suivant interroge les interactions entre le genre et la ville, au regard des **flux de recours au médecin généraliste** ainsi que les **critères mobilisés par les individus lors du choix de ce professionnel de santé.** La complémentarité de données quantitatives et qualitatives montre que les individus mobilisent de multiples critères et permet de décomposer et analyser les différentes dimensions des notions de *proximité* et de *distance*. Nous montrerons que les comportements sanitaires sont influencés par des représentations de la santé certes individuelles (en référence à l'histoire personnelle de chaque individu), mais également collectives (marquées notamment par des normes de genre) et territoriales (influence du contexte de vie sur les prises de décisions des individus).

Les deux derniers chapitres proposent une géographie des territoires et des acteurs de la promotion de la santé préventive et du dépistage organisé du cancer colorectal auprès des Boulonnais et Boulonnaises, des Gennevillois et Gennevilloises.

Le chapitre cinq interroge le rôle des acteurs politiques, socio-sanitaires et associatifs dans la promotion de la santé auprès des hommes et des femmes et leur (éventuel) rôle dans la construction d'inégalités de santé à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers ainsi que dans les quatre quartiers ciblés. Ainsi, l'ancrage local des jeux d'acteurs permet de mieux comprendre dans quelle mesure une politique nationale ne se décline pas de manière uniforme sur l'ensemble des territoires. Il apparaît que les contextes et les systèmes de jeux d'acteurs gennevillois et boulonnais sont révélateurs d'organisations territoriales originales, mais peuvent également être le support de pratiques genrées de la promotion de la santé (renforcement du rôle central des femmes comme public cible et effectif des actions de promotion de la santé notamment).

Dans le dernier chapitre, la **relation patient-médecin** est appréhendée au travers des discours des habitants et habitantes de Boulogne-Billancourt et de Gennevilliers et de ceux des médecins généralistes rencontrés. Il s'agit de montrer en quelle mesure ce face-à-face est une construction sociale, culturelle, mais aussi territoriale. Nous proposons une nouvelle approche des relations entre ce professionnel et son territoire d'exercice, non seulement support (lieu d'installation) mais aussi produit et facteurs de leurs modes d'exercice. Une **typologie** de ces professionnels, établis à partir de différents critères caractérisant leurs rapports au territoire, permet d'identifier différents **contextes locaux d'exercice de la médecine générale.**

Chapitre 1.

Genre-Territoire(s)-Santé : des termes qui s'ignorent ?

Introduction 21

1. Le genre : définition, histoire, pertinence de l'utilisation du concept en géographie de la santé 21

1.1. Le genre : définitions et enjeux d'un concept scientifique 21
1.2. Des *Gender's Studies* à l'appropriation du genre par la géographie française 23
1.3. La santé, marqueur et facteur des inégalités de genre ? 28
1.4. Genre, territoires et santé : des concepts qui s'ignorent ? 40
Synthèse 45

2. Genre, territoire et santé au regard du dépistage organisé du cancer colorectal : contexte et enjeux 46

2.1. Interroger les origines d'un sujet : Pourquoi la prévention, pourquoi le dépistage du cancer colorectal ? 46
2.2. Un programme organisé de dépistage du cancer colorectal : pourquoi ? 48
2.3. Un dépistage organisé du cancer colorectal : comment ? 59
2.4. Les facteurs du recours au dépistage du cancer colorectal : des indicateurs socio-économiques à la prise en compte du genre et des territoires 66
Synthèse 83

Conclusion 84

Introduction

Ce chapitre a pour objectif de présenter le cadre conceptuel de la thèse. Nous décomposerons le triptyque genre/territoire/santé au regard de la littérature scientifique existante.

Premièrement, le concept de genre sera défini ainsi que son appropriation par la géographie présentée. Nous montrerons que le genre peut être un révélateur des représentations et pratiques territoriales des individus, mais aussi de certaines représentations et pratiques de santé. Or, si la géographie de la santé et l'épidémiologie sociale distinguent aujourd'hui les hommes des femmes dans leurs analyses et présentations de résultats, il apparaît que le genre est très souvent ignoré (1).

Cette thèse vise à interroger le rôle du genre dans les constructions territoriales de santé à l'aide d'une analyse géographique du recours et de la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal. Il s'agira donc, dans un second temps, de présenter le fait de santé observé (2). Après avoir brièvement rappelé l'épidémiologie du cancer colorectal ainsi que l'historique et l'organisation du programme de dépistage français, nous proposerons une analyse des facteurs du recours à ce dépistage, notamment au regard des enjeux sociaux et spatiaux. Nous porterons une attention particulière aux travaux interrogeant les questions de genre.

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

1.1. Le genre : définitions et enjeux d'un concept scientifique

Le concept de genre est apparu aux États-Unis dans les années cinquante sous l'influence des écrits du médecin John Money, dans le cadre de ses travaux portant sur le traitement des enfants intersexués. Il a constaté que « *le comportement sexuel ou l'orientation vers le sexe mâle ou le sexe femelle n'a pas de fondement inné* » (Money, 1952, cité par Dorlin, 2008, p.34). Cette idée est popularisée par le psychiatre Robert Stoller qui, dès les années soixante, parle de genre pour différencier les dimensions biologiques des dimensions psychologiques dans la définition des identités masculine et féminine.

Cette distinction s'illustre dans les propos du psychanalyste pour qui « *la masculinité, ou la féminité, est une croyance - plus précisément une masse dense de croyances, une somme algébrique de si, de mais, et de et - non un fait indéniable* » (Stoller 1989, p.30). Anne Oakley livre la première théorisation du terme : « « *Sexe* » *est un mot qui fait référence aux différences biologiques entre mâles et femelles […]. « Genre » par contre, est un terme qui renvoie à la culture : il concerne la classification sociale en « masculin » et « féminin »* »[1] (Oakley 1991, p.16). L'affirmation d'une distinction entre l'inné et l'acquis, le naturel et le social est posée. L'historienne Joan Scott précisera ensuite cette définition, en insistant sur les relations sociales sous-tendues : « *Le genre est un élément constitutif des rapports sociaux fondés sur des différences perçues entre les sexes et le genre est une façon première de signifier des rapports de pouvoir* » (Scott 1988, pp.125). Les individus intériorisent des représentations, des normes et des pratiques différenciées et hiérarchisées. Plus récemment, Marianne Blidon souligne que « *le concept de genre rappelle que les différences entre les hommes et les femmes pas plus que les attributs du féminin et du masculin ne sont fondées en nature, mais sont historiquement construites et socialement reproduites.* » (Blidon 2004, p.1). Ces processus s'appuient sur un ensemble d'instances (école, monde du travail, système de soins, etc.) et de vecteurs (éducation, presse écrite et télévisuelle, publicité, etc.) de socialisation qui, tout au long de la vie, façonnent les constructions identitaires et rapports sociaux des individus.

Les rapports de genre, ancrés dans un système hiérarchique, hétéronormé et binaire, impliquent un ensemble d'inégalités de rôle et de statut entre les individus. Par exemple, la sphère salariale est empreinte d'une répartition sexuée des rôles. En France en 2012, 30,6 % des femmes salariées travaillent à temps partiel, contre 7,2 % des hommes. La répartition des emplois entre hommes et femmes montre également la persistance de fortes différences (Boudaquin et Jobard 2012). Le secteur de la santé est également le support de cette distinction des rôles. D'après l'Inserm, en France en 2012 les femmes consomment davantage de médicaments psychotropes par rapport aux hommes : 42,8 % versus 26,9 % au cours de la vie, 21,4 % versus 13,3 % au cours de l'année écoulée, et ceci quelle que soit la tranche d'âge (Inserm 2012). Et, en 2014, près des trois quarts des victimes de suicide sont des hommes, mais les tentatives de suicide sont majoritairement le fait de femmes (65 % des tentatives de suicide avec une prédominance des intoxications médicamenteuses) (données CépiDc-Inserm).

Enfin, si les normes de genre manifestent certains invariants, tel que le système de domination masculine assignant de façon structurelle une place dominante aux hommes dans la société, elles sont aussi ancrées

[1] Traduction extraite de (Guionnet et Neveu 2009).

dans le temps et dans l'espace. Des travaux de géographes, d'anthropologues ou d'historiens montrent combien ces normes dépendent aussi des sociétés et de leurs histoires. Par exemple, Thomas Laqueur montre qu'un modèle unisexe, hérité de l'antiquité, était dominant jusqu'au XVIIIe siècle (Laqueur 1992). Les organes féminins étaient perçus comme inversés, et non pas différents, par rapport aux organes masculins. La différenciation entre hommes et femmes daterait du XVIIIe siècle. Ce qu'il nomme « *la fabrique du sexe* » ne proviendrait pas de découvertes scientifiques, mais s'expliquerait par le contexte scientifique et politique des Lumières. Les nouvelles catégories de sexe auraient ainsi permis de penser la relation entre hommes et femmes, non plus sur le registre de l'inégalité naturelle, mais sur le registre de la différence essentielle (Laqueur, 1992).

Les rapports de genre sont donc **dynamiques** (évolutifs au cours d'une vie ou de l'histoire d'une société), **transversaux** (affectant tous les domaines de la société : famille, travail, loisirs, santé, école, etc.) et **antagoniques** (car basés sur un système hiérarchique et rapport de pouvoir).

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

1.2.1. Le genre et les sciences sociales

En France, le concept de genre a longtemps été perçu comme une importation anglophone et une notion plus militante que scientifique. Pourtant, alors que les auteures féministes et les chercheurs en *Gender Studies* aux États-Unis se sont paradoxalement largement inspirés d'auteurs français du XXe siècle, regroupés sous le vocable de « French Theory » (Derrida, Beauvoir, Foucault ou Deleuze), les études féministes se sont développées relativement tard en France. Un ensemble de résistances, à la fois idéologiques et institutionnelles, aurait freiné le développement de ce champ de recherche dans le contexte français (Berger 2008). Pour Christine Chivallon, l'importance de l'appartenance communautaire (en contradiction directe avec l'idéal républicain prôné par le modèle français dit universaliste) a facilité l'affirmation de la Gender Geography dans les pays de langue anglaise (Chivallon 2001). Toutefois, si « *ces questions peinent encore à trouver une place légitime au sein de la discipline* [géographique], *ce n'est pas tant parce qu'elles ne seraient pas pertinentes dans l'espace social français que parce que les résistances sociales, disciplinaires et institutionnelles demeurent fortes* » (Blidon 2004, p.1).

Aujourd'hui, l'existence d'un véritable champ de recherche français sur le genre se matérialise à travers un ensemble de pratiques, plus ou moins institutionnalisées : les études sur le genre disposent de leurs

propres revues (*Nouvelles questions féministes*; *Travail, genre et sociétés*; *Les Cahiers du genre*; *Genre, sexualité & société*), de leurs associations, de leurs cursus d'enseignement et diplômes et d'organismes de promotion et de financement (comme l'Institut Émilie du Châtelet en Île-de-France).

Les auteures du manuel *Introduction aux gender studies : manuel des études sur le genre,* comme de l'ouvrage intitulé *Géographies anglo-saxonnes. Tendances contemporaines,* distinguent quatre orientations dans le développement des études de genre, leurs objets et leurs choix théoriques (Bereni, Chauvin, et Jaunait 2008 ; Staszak 2001). La première démarche a consisté à prouver l'invalidité des visions essentialistes de la différence des sexes, et à critiquer les biais androcentrés de la recherche scientifique. D'après Joan Scott « *le « genre » était un terme proposé par celles qui soutenaient que la recherche sur les femmes transformerait fondamentalement les paradigmes à l'intérieur de chaque discipline. Les chercheuses féministes ont très tôt signalé que l'étude des femmes n'ajouterait pas seulement de nouveaux thèmes, mais qu'elle allait également imposer un réexamen critique des prémisses et des critères du travail scientifique existant* » (Scott 1988, p.126). La deuxième démarche prône une approche relationnelle des sexes, la prise en compte du point de vue des opprimés comme des dominants. Elle affirme donc que l'on ne peut pas étudier les hommes sans les femmes, et inversement. La troisième démarche, dite « post-moderne » ou « post-structuraliste », est, quant à elle, basée sur la problématique du pouvoir. Elle consiste à formuler les rapports entre les hommes et les femmes à partir du concept de *patriarcat.* Ces travaux démontrent que les rapports homme/femme sont socialement hiérarchisés, empreints de rapports de pouvoir qui aboutissent à de nombreuses inégalités. Enfin, les études de genre refusent d'analyser le genre indépendamment des autres rapports sociaux de domination (race[2], classe, âge, sexualité, etc.). Cet apport post-moderne est résumé dans le concept d'*intersectionnalité.* Importé dans les sciences sociales françaises depuis le milieu des années 2000, ce concept est aujourd'hui majoritairement partagé par les chercheurs. Il permet d'analyser non pas l'impact isolé de chacune des catégories structurant la hiérarchie sociale, mais bien l'imbrication de ces rapports sociaux — de genre, de classe sociale, de race, etc. — et de ses effets sur les individus.

[2] Nous nous associons, à propos de l'usage de mot « race », aux remarques des auteures de l'ouvrage *Introduction aux Gender Studies*, affirmant qu'il « *n'est pas utile de justifier plus précautionneusement le terme de race fréquemment perçu comme choquant en français, dès le moment que sa définition, soit comme rapport social, soit comme résultat d'un rapport social interdit d'en supposer la moindre essentialisation.* » (Bereni and al., 2010(2008), p.192).

1.2.2. Espace : de quel genre êtes-vous ?

Bien que tardivement prises en compte par les géographes français, les questions de genre font aujourd'hui l'objet de nombreux travaux. L'article *Genres (Géographie des)* du *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, le rappelle : « *l'étude géographique des rapports sociaux entre les hommes et les femmes connait depuis vingt ans un essor important* » (Lévy et Lussault 2003, p. 394).

En France, une analyse féministe de la domination masculine de la discipline se développe à partir des années 1980-90 (Chapman 1997). Il s'agit alors de critiquer la vision positiviste de la géographie, l'absence de réflexion sur la place des hommes et des femmes dans l'espace, et donc la négation totale de la possibilité qu'il existe des rapports différents des hommes et des femmes à celui-ci. D'après Kamala Marius et Yves Raibaud, « *on peut affirmer que la géographie était masculine dans ses principes, dans ses méthodes, dans ses discours, dans ses silences* » (Marius et Raibaud 2013, p.15). Claire Hancock affirme, quant à elle, que c'est à « *cause du rôle majeur des hommes dans la discipline, que le critère de scientificité, les objets d'étude et les méthodes de recherche sont « androcentriques » dans les termes de L.McDowell, c'est-à-dire dérivés à partir d'expériences masculines de la réalité. En conséquence, les travaux sur les femmes seront perçus comme anecdotiques ou marginaux. De plus, le traitement des femmes en géographie repose souvent sur un ensemble de présupposés sur ce qu'est la féminité, ou le rôle social des femmes, qui ne sont jamais critiqués ou mis en cause, même par les femmes elles-mêmes.* » (Hancock 2002, p.262). Comme pour l'ensemble des sciences sociales, les premiers travaux de ces géographes ont donc porté un regard critique sur les choix de méthodes comme de sujets de recherche. Longtemps considéré comme masculin ou neutre, l'espace apparaît ainsi comme le support et le produit de rapports de genre et marqué par des phénomènes de hiérarchisation et de domination (Coutras, 1996, 2005). Le genre est aujourd'hui mobilisé dans l'étude des espaces urbains autant que ruraux, dans les pays du Nord comme du Sud. Des travaux de géographie culturelle, sociale, politique ou économique mobilisent ce concept, participant ainsi à sa banalisation ou à sa progressive reconnaissance au sein de la discipline (Blidon 2004).

D'après Marianne Blidon, dans l'article *Genre* de l'encyclopédie en ligne *Hypergeo*, les travaux de géographes du genre peuvent aujourd'hui être classés en trois grandes approches. La première consiste à analyser en quoi le genre produit de la différenciation spatiale. On distingue ainsi des territoires ou des lieux masculins (les sous-marins, les fraternités ou les clubs anglais, les casernes), féminins (les couvents, les maternités, les instituts de beauté) ou mixtes (piscines, écoles, cafés, jardins publics) (Bard 2004). Si ces derniers sont majoritaires, Erving Goffman analyse cette coprésence comme « *un type de*

relation sociale bien particulière, entre ségrégation et indifférenciation, où les femmes et les hommes sont ensemble et séparés […] *Et tout cela au nom de la délicatesse, de la civilisation, du respect dû aux femmes ou du besoin « naturel » des hommes de se retrouver entre eux* » (Goffman 2002, p.36). Les travaux précurseurs de Jacqueline Coutras ont initié une pensée originale concentrée sur la place du genre, et des femmes, dans l'espace public de la ville occidentale (Coutras 1996 ; Coutras 2005). Depuis, cette grille de lecture a été appliquée à l'étude des mobilités quotidiennes (Saïdi-Sharouz et Guérin-Pace 2011) ou des migrations (Catarino et Morokvasic 2005), aux questions de développement, ou, plus rarement et plus récemment, des pratiques des hommes (Proth 2002; Raibaud 2006). Enfin, de plus en plus de travaux portent sur les modes d'appropriation ou au contraire les processus de ségrégation spatiale des personnes selon leurs sexualité(s), résultant donc d'un système non seulement sexiste, mais aussi hétéronormé (Blidon 2012 ; Duplan 2012 ; Cattan et Leroy 2010 ; Jaurand 2005 ; Leroy 2005). Une deuxième approche consiste à analyser en quoi les aménagements et pratiques de l'espace contribuent à la différenciation de genre et à la construction des identités masculines et féminines. Marianne Blidon cite l'exemple des toilettes publiques qui conduisent à différencier les usagers selon leur sexe, en s'appuyant sur un argument biologique doublé d'un impératif de pudeur et d'intimité (Cavanagh 2010). L'étude de l'appropriation et la répartition des espaces domestiques (Collignon et Staszak 2004), de l'usage des plages (Jaurand 2005), ou de la vulnérabilité des femmes dans les espaces publics (Lieber 2008) s'inscrivent également dans cette perspective. Ainsi, d'après Marylène Lieber « *les « risques évidents » que courent les femmes lorsqu'elles se déplacent dans l'espace public ne sont pas la conséquence de leur appartenance sexuée, mais participent de la production de cette appartenance* » (Lieber 2008, p.16). La troisième approche, féministe, consiste à interroger les fondements mêmes du savoir et les conditions de son élaboration en géographie (Bondi 2002 ; Massey 1994). Ces auteures affirment leur point de vue situé et critiquent la figure du chercheur prétendument neutre et objectif (Hancock 2004).

Si certains apports de cette dernière approche ont participé à la construction de la méthodologie, et surtout, à l'analyse de ma posture sur le terrain, il ne s'agit pas du sujet central de la thèse. Celle-ci s'inscrit davantage à l'intersection des deux premières approches, interrogeant le **rôle des normes de genre sur les pratiques spatiales des hommes et des femmes** (via les trajectoires de recours au médecin généraliste, ou bien les représentations territoriales qui sous-tendent ces choix par exemple) et le **rôle des dynamiques territoriales dans le renforcement de certaines normes de genre** (via, par exemple, l'analyse des représentations et pratiques d'acteurs locaux impliqués dans le champ de la santé).

Enfin, on interroge aujourd'hui, à la fois, les manifestations des normes de genre sur les pratiques spatiales des hommes et des femmes en milieu urbain (lieux fréquentés, représentations des espaces, modes de transport utilisés, etc.) et l'aménagement de la ville. De récents travaux menés par des géographes français (Raibaud 2006 ; Marius et Raibaud 2013 ; Hancock 2002 ; Hancock 2012 ; Louargant 2002 ; Louargant 2015) démontrent ainsi que les hommes et les femmes ne pratiquent pas la ville de la même façon (lieux, heures, habillements, modes de transport les différencient). Ces travaux insistent également sur la faible représentation des femmes dans les instances de décisions et organismes d'aménagement des espaces urbains (Raibaud 2015). Ce sex-ratio déséquilibré, en faveur des hommes, est observable à différentes échelles dans les instances de décision et de représentation : d'après l'Observatoire des inégalités, en 2014, seuls 16 % des maires sont des femmes, et 6 des 41 communes françaises de plus de 100 000 habitants sont dirigées par des femmes. Les femmes représentent 48 % des conseillers régionaux, 40 % des conseillers municipaux ou encore 42 % des députés européens (parmi les représentants français). En mobilisant les apports du *gender budgeting*[3], Édith Maruéjouls montre que de nombreux investissements publics (construction de stades, de skate parks, de city-stade, etc.) ne « profitent » et ne « visent » que des garçons (Maruéjouls et Raibaud 2012 ; Maruejouls-Benoit 2014). D'après elle, on « *institutionnalise la présence masculine en construisant massivement des équipements à symbolique masculine et à forte fréquentation des garçons et des hommes. On instaure une inégale valeur (équipements masculins plus présents), une inégale redistribution (argent public en direction majoritaire de la pratique masculine) et un inégal accès (les filles et femmes, de fait, ont moins de lieux de pratiques).* […] *Lorsqu'on construit des terrains de boules, parc de jeux pour enfants, skate parc, city stades, etc., on contribue à sexuer les espaces.* » (Maruéjouls 2014). Ces recherches trouvent des répercussions concrètes dans l'évaluation des politiques et des investissements publics (Raibaud 2012 ; Maruéjouls et Raibaud 2012 ; Bernard-Hohm et Rasselet 2001) et le programme de recherche *La ville côté femmes* impliquant à Gennevilliers, universitaires, habitants, associations et artistes, les études portant sur les usages diurnes et nocturnes de la ville (Comelli 2013) ou les partenariats entre universitaires grenoblois et les collectivités locales qui œuvrent à la prise en compte du genre dans les politiques d'aménagement urbain (Louargant 2015).

[3] Le *gender budgeting* propose une analyse de toutes les formes de dépenses et de recettes publiques sous l'angle du genre, et l'inventaire de leurs conséquences directes et indirectes sur la situation respective des femmes et des hommes.

Cette thèse propose d'interroger le rôle du genre dans la géographie du recours et de la promotion du dépistage du cancer colorectal, et, plus généralement, dans une géographie de santé préventive. Il convient, dès lors, d'analyser son rôle dans les représentations et pratiques spatiales des hommes et des femmes ciblés par ce programme, mais également le rôle des dynamiques territoriales de promotion du dépistage organisé du cancer colorectal dans le renforcement de certaines normes de genre (via, notamment l'analyse des jeux d'acteurs, de l'histoire et l'organisation des politiques publiques de santé).

1.3. La santé, marqueur et facteur des inégalités de genre ?

1.3.1. La santé des hommes et des femmes

Hommes et femmes ne sont égaux ni devant la mort, ni devant la maladie, ni même dans leurs rapports à la médecine, et à la santé de façon plus globale (Montaut 2010). Deux questions majeures animent la littérature internationale concernant les différences entre hommes et femmes en matière de santé : d'une part, la contradiction fréquente existant entre une surmortalité masculine et une surmorbidité féminine ; d'autre part, des inégalités sociales de santé moins marquées pour les femmes que pour les hommes (Saurel-Cubizolles et Blondel 1996).

La santé : un avantage féminin ?

On a longtemps considéré que la santé était l'exemple paradoxal, ou le parfait contre-exemple, des répercussions du système de domination masculine. En France, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes (Meslé 2004). D'après l'Insee, en France, en 2012, l'espérance de vie d'une femme à la naissance est de 84,8 ans tandis que celle d'un homme est de 78,4 ans. La mortalité précoce (c'est-à-dire avant 65 ans) est plus importante pour les hommes (252/100 000) que pour les femmes (125/100 000) en 2014. Ce constat pourrait être considéré comme remarquable, compte tenu de la position défavorable des femmes dans la plupart des autres domaines de la vie sociale (salaires, charges domestiques, accès à l'emploi, etc.). Les raisons d'un tel avantage féminin sont largement débattues : facteurs biologiques, comportements plus favorables à la santé, rapports plus faciles à la médecine sont autant de facteurs évoqués (Caselli, Vallin, et Wunsch 2002). L'exposition aux risques professionnels, les comportements en lien avec la santé (consommations d'alcool et de tabac, rapport à l'alimentation), ainsi que les rapports à la médecine et aux soins diffèrent, de fait, entre les hommes et les femmes (Cousteaux 2011).

Cependant, différents indicateurs de morbidité nuancent cet apparent privilège des femmes en matière de santé (Bonnet et al. 2011 ; Hamel et Rault 2014). Si les femmes vivent plus longtemps, elles sont également plus souvent et plus longtemps en mauvaise santé (Bonnet et al. 2011 ; Hamel et Rault 2014). C'est particulièrement vrai dans le domaine de la santé mentale. Certaines affections sont au moins deux fois plus fréquentes pour les femmes que pour les hommes (Henon 2010). C'est le cas de l'anxiété déclarée par 14 % des femmes contre 7 % des hommes. L'ostéoporose, caractérisée par une fragilité excessive du squelette, est également plus fréquente pour les femmes que pour les hommes. Dans près de huit cas sur dix, les femmes sont concernées par cette pathologie (Henon 2010). D'après une enquête réalisée en 2006-2007 par l'InVs sur un échantillon représentatif de 3115 adultes âgés de 18 à 74 ans, la prévalence de l'obésité est plus élevée pour les femmes que pour les hommes (17,6 % contre 16,1 %). Les femmes perçoivent leur santé de manière plus négative que les hommes et déclarent plus de limitations fonctionnelles. En 2008, 67 % des femmes et 73 % des hommes de 18 ans ou plus se considèrent en bonne ou très bonne santé (Montaut 2010). Enfin, les femmes vivent un plus grand nombre d'années avec des incapacités et, plus souvent, en situation d'isolement (Fourcade et al. 2013).

Des hommes et des femmes, la santé marqueur de l'hétérogénéité des catégories

La majorité des études épidémiologiques comparant l'influence du gradient socio-économique sur la santé des hommes, d'une part, et des femmes, d'autre part, conclut à une plus grande inégalité entre hommes qu'entre femmes (Leclerc, Kaminsky, et Lang 2008). Cela a été vérifié pour la mortalité comme pour la morbidité en Europe, aux États-Unis ou au Japon (Hunt et Macintyre 1998).

En France d'après l'Observatoire des inégalités, en 2000, à 35 ans un homme cadre pouvait espérer vivre 47,2 ans et un ouvrier 40,9 ans. L'espérance de vie à 35 ans d'une femme cadre était quant à elle de 51,7 ans contre 48,7 pour une ouvrière. Les différences d'espérance de vie à 35 ans entre catégories sociales sont donc plus élevées pour les hommes que les femmes (écarts deux fois plus importants pour les hommes que pour les femmes). Cependant, comme le rappellent Kate Hunt et Sally Macintyre, il existe de nombreuses exceptions (Hunt et Macintyre 1998). Cette différenciation sexuée du gradient social varie, en effet, avec les causes de décès ou les indicateurs de santé retenus : de plus grandes différences sociales sont ainsi observées entre les femmes pour les maladies coronariennes, ou les pathologies cardiaques. Ces résultats varient, toutefois, selon l'indicateur de position socio-économique utilisé, selon les périodes retenues ou selon les pays. Les auteures évoquent trois types d'explication : l'artefact, l'exposition et la vulnérabilité. L'argument par *artefact* revient à considérer que les différences

observées sont dues à la construction des indicateurs utilisés (de santé ou de niveau socio-économique). Par exemple, sachant que les catégories socioprofessionnelles ont été construites sur la base de professions masculines, comment peuvent-elles rendre compte de la hiérarchisation des métiers exercés par les femmes ? La question de l'*exposition* permet de rappeler qu'à catégorie socioprofessionnelle identique, hommes et femmes ne sont pas exposés aux mêmes risques et conditions de travail, car la répartition de l'occupation des postes est très « genrée ». Enfin, il existe peut-être une différence entre hommes et femmes en ce qui concerne la *vulnérabilité* (surtout aux deux extrêmes de la vie : jeunes enfants et personnes très âgées), mais trop peu de travaux scientifiques portent aujourd'hui sur le sujet.

Si l'analyse des inégalités sociales entre femmes, ou entre hommes, rappelle que ces catégories ne sont pas homogènes, d'autres facteurs peuvent être à l'origine de processus inégalitaires voire discriminatoires. Dans le contexte nord-américain, de nombreuses études démontrent que la couleur de la peau (donc l'ensemble des rapports sociaux et discriminations qu'elle « résume ») ou bien le statut vis-à-vis du système d'assurance maladie ont un impact sur l'état et les pratiques de santé ou l'accès aux soins des individus (Ward et al. 2004; van Ryn et Burke 2000).

Une étude menée sur les inégalités de santé aux États-Unis entre 1970 et 1990 démontre qu'au sein de la communauté blanche (« *native american* ») l'écart d'espérance de vie entre les femmes ayant un haut niveau d'éducation et celles n'ayant pas suivi de longues études est de quatre ans (Crimmins et Saito 2001). L'écart d'espérance de vie est de sept ans pour les hommes, mais il est de douze ans pour les femmes afro-américaines et de onze ans pour les hommes afro-américains. Enfin, à niveau d'éducation égal, l'écart d'espérance de vie entre les femmes issues de la communauté blanche et celles issues de la communauté afro-américaine est de près de six ans pour les moins diplômés, mais de seulement un an pour les plus diplômés et ce à la faveur des femmes afro-américaines. Cette étude montre également qu'à niveau d'éducation égal (pour les plus diplômés comme pour les moins diplômés), l'espérance de vie des femmes afro-américaines est plus importante que celles des hommes afro-américains, mais également des hommes d'origine européenne. Enfin, ces différences d'espérances de vie sont bien plus marquées entre les personnes possédant un faible niveau d'éducation (coefficient de variation : 0,15), que celles ayant suivi des études de longue durée (coefficient de variation : 0,06).

Des travaux montrent que les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes varient, non seulement en fonction de certaines catégories socio-économiques et démographiques, mais aussi en fonction du lieu de résidence des individus. Par exemple, dans le contexte français aux échelles régionales et départementales, les niveaux de mortalité opposent globalement la surmortalité d'un croissant nord du

pays à la sous-mortalité de Centre-Ouest et Sud-Ouest (Salem, Rican, et Jougla 1999). D'importantes structures spatiales sont également identifiables à des échelles plus fines. À l'échelle des cantons par exemple, à l'exception de l'arc nord de surmortalité, les taux de mortalité apparaissent systématiquement plus faibles dans les principales agglomérations urbaines que dans les zones rurales (Salem, Rican, et Jougla 1999). Une étude menée au Royaume-Uni montre également une corrélation entre les caractéristiques socio-économiques du quartier de résidence des individus et la santé, ainsi qu'avec leur perception de cet environnement de vie. Cette observation est plus marquée chez les femmes que chez les hommes (Stafford et al. 2005).

Les femmes vivent donc plus longtemps que les hommes, mais sont aussi plus souvent en mauvaise santé, sont plus nombreuses à souffrir d'incapacités et sont davantage sujettes aux problèmes de santé mentale. Or, cette catégorisation binaire masque la complexité des situations sociales. La santé est multifactorielle : genre, âge, classe, origine ou espaces de vie doivent être pris en compte. Les résultats présentés montrent que, dans le contexte américain, prendre en compte les différences entre les hommes et les femmes, ou bien entre les individus d'origine afro-américaine et européenne, ne suffit pas. L'articulation de différentes données sociodémographiques est essentielle à l'appréciation de la complexité des inégalités sociales de santé. Enfin, des travaux menés dans le contexte français ou étranger montrent que les écarts d'espérance de vie entre les hommes et les femmes varient également en fonction des lieux de vie des individus. Nous posons donc l'hypothèse suivante : être une femme (ou un homme) d'un statut social donné, en un certain lieu, n'est peut-être pas tout à fait la même chose qu'être une femme (ou un homme) de même statut social dans un autre lieu.

Les travaux ici mobilisés montrent que le sexe constitue un facteur des disparités et d'inégalités de santé. Mais, comme le rappelle Louise Potvin, dans son article intitulé « *L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé entre les hommes et les femmes* », il convient de dépasser l'analyse considérant le sexe comme « *une variable confondante* » (et donc, dans le cadre d'une approche épidémiologique, comme un marqueur de risque incluant des équations de prédiction) pour adopter une posture s'appuyant sur les travaux des sciences humaines et sociales, montrant combien le genre est un déterminant de la santé (Potvin et Frohlich 1998).

1.3.2. Représentations et pratiques masculines et féminines de santé

Nous proposons d'illustrer certains des impacts du genre sur la santé des individus au travers des comportements des hommes et des femmes en matière de santé, des rapports des hommes et des femmes

à la médecine et au corps médical, et, enfin, du statut des femmes vis-à-vis de ce que l'on nomme le *care*. Ces trois dimensions des rapports entre genre et santé sont au cœur de cette thèse, ce pour quoi nous choisissons, dès à présent, d'en présenter les composantes analysées dans la littérature.

Comportements sanitaires

Les travaux s'intéressant aux représentations sociales de la santé montrent qu'hommes et femmes se différencient au nom de leur définition de la bonne santé, du mal ou de la douleur, ainsi que par leurs comportements vis-à-vis de la santé (Aïach et al. 2001). Les résultats de l'enquête *Comportements vis-à-vis de la santé* de l'Insee montrent que *« certains comportements s'avèrent plutôt féminins : recours à l'homéopathie, informations sur la santé à travers les médias par exemple. Les femmes sont aussi plus nombreuses à éviter les produits trop riches en sucre ou en matières grasses et à manger des fruits et légumes frais tous les jours. Si perdre du poids est une préoccupation plutôt féminine, elle est partagée par une proportion d'hommes loin d'être négligeable.* […] *Enfin, la consommation de tabac et d'alcool concerne davantage les hommes. En revanche, ce sont surtout les femmes qui évoquent le stress, les problèmes de sommeil ou de solitude »* (Aliaga 2002, p.1).

Comme pour l'ensemble des comportements dits « *à risques* » (consommation excessive d'alcool, excès de vitesse, conduite en état d'ivresse, etc.), la consommation de tabac, dont le lien avec le cancer du poumon ou de la gorge est aujourd'hui avéré[4], concerne, aujourd'hui encore, plus d'hommes que de femmes. Deux fois plus de femmes que d'hommes n'ont jamais fumé ne serait-ce qu'une cigarette au cours de leur vie (Aliaga 2002). Ce constat peut être mis en parallèle avec les taux d'incidence du cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures (VADS) plus importants pour les hommes que pour les femmes (en 2012, selon l'Inca, 71 % des cancers du poumon et 74 % des cancers VADS sont masculins). Il en est de même pour les taux de mortalité (en 2012, selon l'Inca, 72 % des décès par cancers du poumon concernent des hommes). Différentes études ont également analysé les rapports des hommes et des femmes à l'alcool (Beck, Legleye, et Peretti 2006; Membrado 2006). D'après l'Inpes, en France chaque année l'alcool provoque environ 23 000 décès, dont 18 388 hommes et 4 722 femmes. Près de 80 % des décès liés à une consommation excessive d'alcool touchent donc la population masculine. Cependant, longtemps associé à une pratique sociale masculine, l'alcoolisme des femmes est encore aujourd'hui un tabou dans notre société. Les conséquences sur les reports de prise en charge, sur

[4] Comme pour l'ensemble des cancers, il existe de multiples facteurs de risques, si la cigarette est l'un d'entre eux, l'exposition à certaines particules fines, à des solvants ou poussières présents dans l'amiante, ou d'autres composants sont également considérés comme cancérigènes.

le sentiment de solitude dont souffre un nombre important de femmes, bien que partagé par les hommes, semblent être accentuées par des normes de genre attribuant aux femmes sobriété et contrôle de soi.

Au-delà d'une présentation des différences entre hommes et femmes en matière de santé, de nombreux travaux livrent une analyse détaillée des processus sociaux à l'œuvre dans ces différenciations. Par exemple, Monique Membrado montre combien les femmes sont dépendantes de l'image de la féminité véhiculée par la société dans leurs attitudes, le souci de soi, ou les pratiques de prévention (Membrado 2006). Les femmes mariées, comme les jeunes femmes, auraient plus tendance à réaliser la mammographie que les autres, et ce, d'après l'auteure, car elles appartiennent à des catégories (jeunes et mariées) assignées au rôle de gestionnaire de la santé, de femme qui *doit* faire attention à soi, à son corps et à sa santé. D'après la sociologue, « *les femmes reproduisent, dans leurs propres expériences de santé et de rapport au système médical, les catégories produites à leur égard. Tout se passe comme s'il y avait des étapes et des situations dans leur parcours où il est plus légitime, plus « normal » qu'elles s'occupent de leur santé* » (Membrado 2006, p.25).

Les pratiques masculines de santé sont, elles aussi, le reflet des normes de genre. L'injonction à la masculinité, qui suppose courage, virilité ou méconnaissance de la douleur, confronte bien souvent les hommes à des pratiques à risques potentiellement dangereuses pour leur santé (alcool, conduite à vitesse excessive, pratique de sports dangereux, etc.) (Schofield et al. 2010). Will Courtenay est un chercheur américain en psychologie, spécialisé sur les masculinités et les rapports des hommes à la santé. D'après lui, les pratiques sociales qui minent la santé des hommes sont souvent signifiantes de la masculinité et des instruments que les hommes utilisent dans la négociation du pouvoir et du statut social (Courtenay 2000). D'une part, les hommes se définissent comme tels, par la négation de la douleur et du besoin d'aide : « *the demonstration of hegemonic masculinity include the denial of weakness or vulnerability, emotional and physical control, the appearance of being strong and robust, dismissal of any need for help, a ceaseless interest in sex, the display of aggressive behavior and physical dominance.* »[5] (Courtenay 2000, p.1389). D'autre part, ils construisent et assurent leur masculinité au travers de comportements à risques, de démonstrations de force souvent au péril de leur santé : « *Men also construct masculinities by embracing risk. A man may define the degree of his masculinity, for example, by driving dangerously or*

[5] Traduction : « la démonstration de la masculinité hégémonique comprend le déni de faiblesse ou de vulnérabilité, le contrôle émotionnel et physique de soi, le souci d'apparaître fort et robuste, la négation du besoin d'aide, un intérêt constant pour le sexe, l'affichage d'un comportement agressif et la domination physique ».

performing risky sports. […] In these ways, masculinities are defined against positive health behaviors and beliefs. »[6] (Courtenay 2000, p.1389). La négation de la douleur ou de certains besoins physiologiques, le rejet des soins ou la prise de risques seraient autant de manifestations de la masculinité ou virilité ayant un impact direct sur la santé de nombreux hommes (Thien et Del Casino 2012). Le suicide en est une manifestation : en France, si les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes (elles représentent deux tiers des tentatives de suicide hospitalisées), elles se traduisent moins fréquemment par un décès que pour les hommes (le taux standardisé de suicide des femmes est trois fois inférieur à celui des hommes) (Fourcade et al. 2013). Enfin, des travaux montrent que les hommes affectés par le cancer des testicules associent la consultation médicale à de la « *faiblesse* », que le recours aux soins est perçu comme « *non masculin* » et ne devant intervenir qu'en cas d'extrême urgence (Gascoigne, Masson, and Roberts 1999 ; Gascoigne and Whitear 1999).

Rapports aux professionnels de santé

De nombreuses études, majoritairement anglo-saxonnes, ont interrogé l'influence du sexe du patient, comme du médecin, sur la relation de soins, la durée ou le type de consultation (Bensing, van den Brink-Muinen, et de Bakker 1993 ; Bertakis 2009 ; Kerssens, Bensing, et Andela 1997 ; Meeuwesen, Schaap, et van der Staak 1991 ; Roter, Lipkin, et Korsgaard 1991). Quelques grandes tendances sont remarquables.

Les femmes chercheraient à consulter en priorité des médecins femmes, et inversement, les hommes auraient tendance à privilégier des médecins hommes (Bensing, van den Brink-Muinen, et de Bakker 1993 ; Cousin et Schmid Mast 2010). La variabilité du temps de consultation, en fonction du sexe du médecin, est également discutée. Certains travaux montrent, après standardisation sur l'âge et les causes de recours aux soins des individus, que les médecins femmes passent plus de temps avec leurs patients que leurs collègues hommes, et que les patientes femmes reçoivent des consultations plus longues que les patients hommes (Bensing, van den Brink-Muinen, et de Bakker 1993). Ce résultat n'est, toutefois, pas confirmé dans une étude publiée en 2009 et menée sur un large échantillon de population, incluant des analyses multivariées et des données standardisées sur différentes variables (âge, statuts socio-économiques, pathologies ou spécialités). Aucun lien statistique significatif n'est observé entre le sexe

[6] Traduction : « les hommes construisent également la masculinité par le rapport au risque. Par exemple, un homme peut affirmer sa virilité en conduisant de façon dangereuse ou en pratiquant des sports extrêmes. En ce sens, les attributs de la virilité se définissent par une opposition aux préconisations sanitaires ».

du patient ou du médecin et la durée de la consultation (Bertakis 2009). L'influence du sexe du médecin sur le type de sujet abordé lors d'une consultation est aussi interrogée par un grand nombre de travaux. C'est le cas de l'étude publiée en 2009 concluant que « *there are significant differences in the practice style and behaviors of female and male doctors. Female doctors provide more preventive services and psychosocial counseling; male doctors spend more time on technical practice behaviors, such as medical history taking and physical examination.* »[7] (Bertakis 2009, p.356). Enfin, l'article *Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ?* présente les principaux résultats de la recherche actuelle sur l'influence du genre dans les interactions médecins-patients (Cousin et Schmid Mast 2010). Cet état de la recherche montre qu'il existe des différences de pratiques entre médecins hommes et femmes et que, de leur côté, les patients et patientes communiquent et se comportent différemment. D'après cette étude, quel que soit leur sexe les médecins transmettraient la même quantité d'informations, mais les médecins hommes discuteraient moins facilement des aspects psychosociaux de la maladie que leurs consœurs. Ils poseraient moins de questions à leurs patients, que celles-ci soient d'ordre médical ou psychosocial, et recevraient moins d'informations de leur part. Les médecins femmes adopteraient un style de communication plus participatif et un comportement non verbal plus chaleureux. De leur côté, les patients se comporteraient avec les médecins hommes de manière moins dominante, qu'avec les médecins femmes. Les patients hommes recevraient moins de signes d'empathie et moins d'informations de la part de leur médecin, quel que soit son sexe.

Dans le contexte français, la relation patient-médecin fait également l'objet de nombreux travaux. Cependant, si la notion de pouvoir est au cœur des études rappelant que la relation thérapeutique est une relation sociale, les dimensions « genrées » de ces rapports de force sont très peu abordées. Par exemple, ni l'ouvrage de Bernard Hoerni, Jacques Roland et Henri Pujol, intitulé *La relation médecin-malade : l'évolution des échanges patient-soignant* ; ni celui de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer : *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale* n'interrogent la question du genre dans la relation patient-médecin (Hoerni, Roland, et Pujol 2008 ; Bloy 2010).

Finalement, d'après la littérature, les patients adopteraient des attitudes différentes en fonction du sexe de leur médecin. Inversement les modes de communication, les comportements et les pratiques des médecins se déclineraient différemment en fonction de leur sexe, mais aussi de celui de leur patient. Or,

[7] Traduction : « Les médecins hommes et femmes adoptent des pratiques et des comportements différents. Les femmes médecins perpètrent davantage de prévention et de soutien psychosocial que les médecins masculins consacrant plus de temps aux actes techniques, comme le relevé des antécédents familiaux ou l'examen physique ».

l'association des femmes médecins à une plus grande sensibilisation aux problèmes psychosociaux, à une meilleure communication, et inversement celle des médecins hommes aux problèmes de santé musculaires ou osseux, se base sur un référentiel binaire (homme/femme), voire naturaliste. Ces résultats reflètent, en effet, des normes de genre communes à la population générale (femme « plus à l'écoute » versus homme « plus technique »). S'il n'est finalement pas étonnant que des normes ancrées dans notre société ne s'arrêtent pas à la porte du cabinet médical, la tendance essentialiste des discours s'appropriant de telles données doit être soulignée (Dénoyel-Jaumard et Bochaton 2015). Une analyse des facteurs historiques, sociaux, culturels, mais aussi économiques ou professionnels à l'origine des modes d'exercice des hommes et des femmes permettrait certainement de ne pas simplifier leurs approches, d'une part, et de ne pas les réduire à de prétendues qualités proprement féminines (écoute, sollicitude, sociabilité, etc.) et masculines (force, dureté, technicité, etc.) d'autre part.

Les apports de la littérature du care

Le rôle des femmes dans la gestion de la santé familiale, ou de façon plus globale, de la santé de tiers, a été mis en exergue par les travaux sur le *care*[8]. Ce sont les femmes qui, majoritairement, prennent en charge des personnes malades ou vieillissantes d'une famille, comme elles sont majoritaires (pour ne pas dire qu'elles sont les seules) aux postes d'aide à la personne, d'infirmière ou d'aide-soignante (Laugier 2010 ; Gilligan 2008 ; Gilligan 2009 ; Paperman et Laugier 2011 ; Molinier, Laugier, et Paperman 2009 ; Cresson 2001). Le chapitre intitulé *Les systèmes de santé dépendent des femmes en tant que dispensatrices de soins* du rapport de l'OMS de 2009 rappelle ainsi que « *paradoxalement, les systèmes de santé sont rarement adaptés aux besoins des femmes alors même que celles-ci contribuent tout particulièrement à l'action de santé, au nom de leur rôle de soignantes dans la famille et aussi de dispensatrices de soins dans les secteurs tant formel qu'informel de la santé.* ». D'après ce rapport, les femmes, bien que plus nombreuses dans le système de santé, sont rarement présentes au niveau de direction et sont généralement cantonnées dans des postes mal rémunérés. Enfin, en tant que soignantes dans leur famille ou dans la

[8] Il existe différentes traductions du mot anglais *care* en français : prendre soin, soins mutuels, sollicitude, soucis des autres, etc. Tous visent à rendre compte du sentiment de responsabilité à l'égard du bien-être des autres. Le *care* regroupe un ensemble d'expériences ou d'activités consistant à apporter une réponse concrète aux besoins des autres : travail domestique, de soin, d'éducation, de soutien ou d'assistance. Comprendre le *care* réclame une analyse des liens entre « vulnérabilité » et « relationalité » (Molinier, Laugier, et Paperman 2009), donc de la dépendance et de l'interdépendance. L'éthique du *care* prône la prise en compte du travail de soin aux autres. Il s'agit de penser les relations entre le public et le privé au travers du travail de certains et certaines.

communauté, les femmes sont, la plupart du temps, très peu aidées et peu ou pas reconnues ni rémunérées.

L'étude qualitative menée par Geneviève Cresson sur ce qu'elle nomme « *le travail domestique de santé* » démontre combien les soins profanes (c'est-à-dire réalisé par des non professionnels médicaux) sont des tâches domestiques réalisées par des femmes. D'après l'auteure, parce que réalisées par des femmes et comportant une forte dimension affective, ces activités sont peu reconnues et très souvent invisibles : « *le travail sanitaire profane est largement un travail caché, socialement comme aux yeux des femmes qui le produisent pour l'essentiel. Les tâches qu'il requiert sont impliquées dans d'autres dimensions du travail domestique, éducatif, etc., et vécues d'abord comme une activité relationnelle gratifiante ; les sentiments qui le fondent sont perçus comme des données naturelles ; les connaissances qu'il implique sont peu valorisées parce que plus empiriques et particularistes que les connaissances médicales. Tout cela concourt à rendre ce travail "invisible" socialement* » (Cresson 1995, p.306-307). L'analyse des constructions territoriales de la santé préventive proposée dans ce manuscrit témoignera des déclinaisons spatiales de cette assignation des femmes à l'attention aux autres, et ce, à différentes échelles : de la sphère publique de la promotion de la santé, à l'échelle micro du cabinet médical ou du foyer.

Les rapports entre genre et santé sont aujourd'hui largement documentés. Aux études focalisées sur les différences entre les deux sexes, deux catégories démographiques statistiques et décontextualisées se substituent peu à peu, des travaux interrogeant les multiples constructions sociales des inégalités entre hommes et femmes, mais aussi entre hommes ou entre femmes. Or, bien qu'étant avérée, l'existence de différences entre hommes et femmes est-elle une condition suffisante pour parler d'inégalités de santé ? Il convient, afin de répondre à cette question de définir précisément les termes de disparités et d'inégalités et de préciser l'usage qu'il en sera fait dans ce manuscrit.

1.3.3. Disparités ou inégalités : de quoi parle-t-on ?

Selon Pierre Aïach et Didier Fassin, deux conditions doivent être remplies pour parler d'inégalités sociales de santé ou de tout autre objet *: « La première est qu'il doit s'agir d'un objet socialement valorisé : la vie par opposition à la mort, la santé et le sentiment de bien-être psychologique par opposition à la maladie, au handicap, à la souffrance physique et psychique ; des soins efficaces et au moindre coût par rapport à des soins qui ne le sont pas pour des raisons non scientifiques ou techniques, etc. La seconde est que cet objet socialement valorisé concerne des groupes sociaux hiérarchisés dans une position de dominant/dominé ; à ce titre, les classes sociales, les catégories socioprofessionnelles, les groupes différenciés en fonction du revenu, de la*

richesse, du niveau d'instruction ou encore du pouvoir dont ils disposent dans la société peuvent être comparés sous l'angle des inégalités sociales de santé » (Aïach et Fassin 2004, p.2225). Premièrement, la santé est un « *objet socialement valorisé* » et désirable. Par exemple, à la question « Qu'est-ce qui est pour vous le plus important pour être heureux ? », plus de 40 % des individus interrogés pensent spontanément à la santé (Baudelot, Gollac, 1997). C'est la réponse la plus fréquente avant la famille, le travail, l'argent et le logement. Deuxièmement, des disparités de santé ne deviennent des inégalités que si elles correspondent à un système de hiérarchie entre des groupes sociaux. C'est le cas des classes sociales (le plus souvent étudiées au travers d'indicateurs socioprofessionnels ou économiques), mais est-ce le cas des hommes par rapport aux femmes ? Les nombreux travaux évoqués dans les paragraphes précédents l'ont montré, hommes et femmes sont également inscrits dans des rapports sociaux hiérarchisés. Le genre est bien, dans ces conditions, un marqueur d'inégalités de santé. Or, les manifestations sanitaires de ces rapports sociaux sont complexes, et ne correspondent pas systématiquement aux autres inégalités sociales observées entre hommes et femmes (travail, salaire, tâches domestiques, etc.).

Une inégalité peut être considéré comme une « *une différence perçue ou vécue comme une injustice, comme n'assurant pas les mêmes chances à chacun* » (Brunet, Ferras, et Théry 2005, p.253). Les auteurs considèrent ainsi qu'une inégalité correspond à une absence de parité, donc une inégalité ressentie. Elle peut s'appliquer à une différence de niveau dans les domaines économiques, sociaux, culturels, perçue ou vécue comme une injustice. Elle peut concerner surtout les revenus et niveaux de vie, mais aussi la formation, les soins et, en général, l'accès aux services. Si cette définition permet d'introduire une correspondance entre égalité/inégalité et justice/injustice, la référence au vécu pose question. En effet, comment analyser et définir des inégalités qui ne sont pas vécues comme telles par les personnes concernées ? Comment, par exemple, qualifier les nombreuses situations dans lesquelles les personnes opprimées (personnes très précaires vis-à-vis du système de sécurité sociale, individus maltraités dans le cadre du travail, femmes battues par leurs conjoints, etc.) ne verbalisent pas la violence subie ? Si l'autodéfinition, c'est-à-dire la prise en compte de la parole des personnes concernées, semble essentielle, restreindre la définition d'une inégalité à ce seul critère n'apparaît pas suffisant.

La notion de justice, et donc d'équitable répartition des ressources qu'elles soient économiques, sociales ou culturelles, est mobilisée par Eloi Laurent dans l'introduction du rapport *Vers l'égalité des territoires : dynamiques, mesures, politiques ; rapport à la ministre de l'égalité des territoires et du logement* de 2013. Il considère qu'une inégalité relève à la fois d'une disparité, c'est-à-dire « *au constat positif d'une différence* » et d'une injustice, donc de la « *dénonciation normative d'un état que l'on juge inacceptable* » (Laurent

2013). Définir une inégalité, à la fois par le constat d'une différence et par le caractère injuste de celle-ci, suppose de se référer à un système de valeurs, et donc à des normes. Or, ces normes sont des constructions sociales, qui varient dans le temps et dans l'espace. La définition du terme anglais « difference », d'Anna Secor, complète cette acception et l'ancre dans le champ de la géographie (Gregory et al. 2009). D'après elle, « *Geographers have looked at how socio-spatial boundaries of inclusion and exclusion are produced on the basis of categories such as race, class, gender, sexuality or disability. Most agree that these and other such categories are socially constructed. This is not to say that differences do not exist or are illusory but, rather, to point out that the ways in which we categorize ourselves and others are the result of social practices. Further, these socially constructed differences have very real political effects*»[9] (Gregory et al. 2009, p.159-160). Une inégalité est une construction sociale en ce qu'elle correspond à l'inclusion ou l'exclusion de certains éléments ou individus au regard de catégories (de classe, de genre, d'origine, etc.). Cette acception du terme est également partagée par les géographes de la santé auteurs de l'article *Inégalités géographiques de santé en France*, publié en 2014, pour qui la distinction entre disparités et inégalités ne renvoie pas à des différences entre une approche quantitative versus qualitative, mais à des questions de justice sociale. Sont considérées comme inégales les disparités qui pourraient être évitées, et sur lesquelles il est possible d'agir. La différence entre les notions de disparités et d'inégalités est donc moins disciplinaire que politique, renvoyant à la construction sociale des différences acceptables versus celles qui ne le seraient pas (Rican et al. 2014).

L'enjeu de cette thèse est donc d'interroger le statut inégal ou non des différentiels de participation au dépistage du cancer colorectal, selon le sexe, l'âge, le niveau social ou bien le lieu de résidence des individus. La notion d'inégalité permet de poser la question des facteurs sociaux et territoriaux des disparités (de santé) observées (Salem, Rican, et Kürzinger 2006). Qualifier les disparités de recours à ce programme de santé publique d'inégalités, suppose de montrer que ces différentiels s'inscrivent dans des logiques sociales injustes et modifiables, c'est-à-dire potentiellement évitables par une transformation sociale plus ou moins profonde. Il s'agit donc de mieux appréhender les processus sociaux à l'œuvre dans les constructions territoriales de santé (ici préventive) au prisme des rapports de genre. L'association et l'articulation d'outils méthodologiques qualitatifs (entretien, observations, etc.) et quantitatifs (statistiques, cartographie, etc.) permettent, à la fois, d'identifier des différentiels de santé

[9] Traduction : « Les géographes ont examiné la façon dont les frontières socio-spatiales d'inclusion et d'exclusion sont produites sur la base des catégories comme la race, la classe, le sexe, la sexualité ou le handicap. La plupart conviennent que ces catégories, comme d'autres, sont socialement construites. Cela ne signifie pas que ces différences sont inexistantes ou illusoires, mais plutôt que la façon dont nous nous définissons et dont nous définissons les Autres résulte de pratiques sociales. En outre, ces différences socialement construites ont de réelles conséquences politiques ».

et les processus impliqués (organisation spatiale, normes locales et rôles des acteurs par exemple). La complémentarité de ces deux approches est, en effet, nécessaire à l'identification d'éventuelles logiques inégalitaires. Enfin, le concept de *constructions socio-territoriales de la santé* développé par la géographe de la santé Zoé Vaillant (Vaillant 2006), désigne les processus sociaux créateurs de ces différences spatiales, potentiellement à l'origine d'inégalités. Celui-ci permettra de caractériser les processus à l'œuvre dans l'émergence et la pérennisation d'éventuelles inégalités de santé. Finalement, nous posons l'hypothèse que la participation au dépistage organisé des cancers colorectaux ainsi que les modalités de promotion de ce programme s'inscrivent dans des logiques inégalitaires, liées au genre, aux dynamiques et constructions territoriales ainsi qu'à leurs interactions. Nous envisagerons cette proposition, en nous appuyant sur des approches quantitatives et qualitatives.

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

Si la littérature instruit les conséquences de la hiérarchisation des sexes sur l'espace, d'une part, et sur les corps et la santé, d'autre part, les processus permettant de mieux comprendre les rapports des hommes et des femmes à leur(s) territoire(s), au travers de faits et d'inégalités de santé, restent (en France) peu explorés.

1.4.1. Contexte anglo-saxon

Dès 1989, Pearson, dans son article intitulé *Medical geography : genderless and colourblind ?* publié dans la revue *Contemporary Issues in Geography and Education,* dénonce l'incapacité de la discipline à prendre en compte toutes les dimensions sociales de la santé (Pearson 1989). Le genre, comme la couleur de peau (renvoyant dans le contexte nord-américain à des processus de ségrégation et de racisme multiforme), serait peu pris en compte. Néanmoins, la santé des femmes, puis les questions de genre ont peu à peu été mobilisées par des géographes de la santé.

Le numéro spécial de la revue *Geoforum,* consacré, en 1995, à la géographie de la santé des femmes, marque le début d'un nouveau champ de recherche (Dyck, Lewis, et McLafferty 2001). De nombreuses études portent sur l'état de santé des femmes (Gober 1994; McLafferty and Tempalski 1995), l'accès aux soins (Dyck 1995 ; Ross et al. 1994), la perception des lieux et les pratiques spatiales des femmes atteintes d'incapacités (Moss et Dyck 2002) ou de maladies chroniques (Moss et Dyck 1996), la santé des personnes migrantes (Elliott et Gillie 1998) et l'impact des migrations sur les parcours de santé des

femmes (Dyck et Dossa 2007). Enfin, les relations de genre dans l'exercice des professions médicales font également l'objet de nombreux travaux (Jones, Bifulco, et Gabe 2009 ; Humphries, Brugha, et McGee 2008 ; Harrison 1995). L'ouvrage intitulé *Géographies of women's health*, publié en 2001, dresse un panorama de l'ampleur des recherches anglo-saxonnes contemporaines portant sur les manifestations et constructions spatiales de la santé des femmes (Dyck, Lewis, et McLafferty 2001). L'usine, le foyer, l'espace transfrontalier, l'espace public ou le voisinage sont des territoires ciblés par les études rassemblées dans ce volume. Les géographes de la santé y démontrent à la fois la persistance des répercussions spatiales et sanitaires des inégalités de genre, et les processus de construction territoriale des disparités de santé entre hommes et femmes. Les résultats présentés concernent autant l'Europe que l'Afrique de l'est, l'Asie du sud-est, l'Amérique du nord et central que l'Océanie. Ces travaux démontrent que les femmes[10] sont davantage contraintes que les hommes dans leurs usages des espaces (ruraux comme urbains), ce qui peut avoir des conséquences sur leur santé et leur accès aux soins.

Dans son chapitre d'ouvrage, intitulé *Differing access to social networks. Rural and urban women in India with reproductive tract infection and sexually transmitted diseases,* Suprabha Sue Tripathi analyse à partir de données qualitatives et quantitatives les différents modes d'accès à l'information et aux soins de femmes dans quatre régions d'Inde. Elle rappelle que, dans la société indienne, s'opère une séparation très nette entre les hommes et les femmes dans le monde du travail, dans la répartition des tâches domestiques et donc aussi de l'occupation de l'espace (domicile/extérieur, lieux exclusivement masculins ou féminins, etc.). Les femmes possèderaient leurs propres lieux et temps d'échange. L'auteure interroge ces espaces de vie, ainsi que les réseaux de socialisation qui en dépendent, en tant que supports d'échange d'informations sur la santé. Elle décrit différents types de stratégies et analyse leurs déclinaisons territoriales. Par exemple, les interlocuteurs privilégiés par les femmes (famille, voisins, amies), les systèmes de soins ou les références médicales mobilisées (structures de soins locales, médecine traditionnelle/occidentale, prêtre) seraient distincts d'un terrain à un autre. Des normes culturelles locales influenceraient les décisions des femmes. Par exemple, dans certaines régions les mariages entre cousins sont fréquents, ce qui signifie que les belles-mères sont aussi les tantes. Ces situations faciliteraient le dialogue des femmes vers leurs belles mères, ce qui ne serait pas du tout le cas dans les

[10] De nombreux travaux mettent en garde contre les biais de l'utilisation de la catégorie « femme » en ce qu'elle ne permettrait pas de prendre en en compte la multiplicité des situations des femmes en fonction de leurs catégories sociales, niveaux de vie, origines, etc. (Krieger 1994 ; Macintyre et Hunt 1997). Nous le verrons, les récentes études, regroupées sous le vocable d'intersectionnalité, attestent, en effet, de la multiplicité des situations. Cependant, ces travaux montrent aussi combien malgré ces différences certains invariants, certaines normes de genre persistent, quelle que soit la classe ou l'origine des femmes.

régions où ce type de mariage n'a pas lieu, c'est-à-dire où les femmes vivent dans la famille de leur mari, très loin de leur sphère familiale et lieu de vie d'origine. L'auteure établit finalement une typologie des stratégies d'accès à l'information et aux soins de ces femmes au regard de normes sociales et de contextes territoriaux dans lesquelles elles sont ancrées.

Les rapports de genre assignent aux hommes et aux femmes des usages et modes d'appropriation différenciés des espaces et des lieux. Ainsi, Denise L. Spitzer montre que les femmes passent plus de temps à leur domicile, et ce en adéquation avec les constructions sociales de genre qui associent encore aujourd'hui celles-ci à l'espace privé. Or, le logement, particulièrement pour les classes populaires, est le réceptacle de nombreux risques d'accidents domestiques ou d'exposition à des substances toxiques (Spitzer 2005).

Dans le contexte nord-américain, l'approche géo-historique proposée par Daphné Spain montre par exemple que l'assignation des femmes au foyer, leur longue éviction du marché du travail, de certaines professions ou des études supérieures a participé et participe toujours, en partie, aux différences d'accès au savoir et à la capacité de remettre en cause certains présupposés médicaux (gynécologiques notamment) ayant un impact sur leur bien-être et leur santé (Spain 1992). Enfin, en France, les difficultés d'accès de certaines femmes à l'espace public (personnes prostituées suite aux arrêtés interdisant le racolage passif notamment) entrainent une exclusion/un éloignement des structures de soins et d'accès aux droits essentiels à la sécurité et à la santé de ces personnes (Hubbard 2004 ; FNARS et InVS 2013).

Si la majorité des travaux mobilise des données qualitatives, recueillies lors d'enquêtes de terrain, certaines géographes, telle que Sara McLafferty, en appellent à l'articulation des méthodologies qualitatives et quantitatives (S. L. McLafferty 1995). En effet, la mobilisation de bases de données quantitatives a permis de mettre en valeur des différences significatives entre la géographie féminine et masculine de certains faits de santé. Par exemple, les travaux de Sally Macintyre montrent comment les disparités spatiales de santé des femmes s'articulent à des processus sociaux, économiques et environnementaux de l'échelle locale à l'échelle globale (Macintyre, Ellaway, et Cummins 2002 ; Macintyre, Hunt, et Sweeting 1996). De plus, comme Anne Ellaway and Sally Macintyre le rappellent « *both socio-economic and area variations in health may be more marked for men than for women (Macintyre 1997)* » (Dyck, Lewis, et McLafferty 2001, p.266). En effet, différentes études montrent une plus forte association entre les caractéristiques socio-économiques des espaces et l'état de santé des hommes que des femmes. Des travaux sur l'espérance de vie en Angleterre (Raleigh and Kiri 1997), les taux de

mortalité en Écosse (Macintyre, à paraitre) ou bien les états de santé et la mortalité en France (Salem, Rican, et Kürzinger 2006 ; Salem, Rican, et Jougla 1999) l'ont mis en évidence. La prise en compte des risques et la perception de son environnement de vie varieraient également en fonction du sexe des individus (Stafford et al. 2005). Les femmes seraient, ainsi, davantage susceptibles d'accéder à l'information quant aux risques environnementaux pour la santé (Stern et Kalof 1993 ; Blocker et Eckberg 1989). Enfin, comme dans l'ensemble des sciences sociales, initialement concentrées sur les femmes, cette approche est aujourd'hui complétée par des travaux sur les rapports de genre prenant également en compte les hommes, et, plus récemment les masculinités (Thien et Del Casino 2012 ; Longhurst 2000 ; Berg et Longhurst 2003) ou les sexualités dans leurs rapports à l'espace et aux lieux.

> « *Within geography there is a strong tradition of studying both the interrelationships between gender and health* »[11] (Thien et Del Casino 2012, p.1147).

Si cette citation reflète certainement l'état de la discipline dans le contexte anglo-saxon, il n'en est pas de même en France, où la géographie de la santé peine à considérer le genre comme une catégorie d'analyse en soi, et non, comme un synonyme de sexe, une variable supplémentaire.

1.4.2. Contexte français

Jacqueline Coutras, dans son ouvrage *Crise urbaine et espaces sexués*, suggérait, dès 1996, de se demander si les divisions sexuées sont au fondement de l'organisation urbaine. Elle proposait de chercher à identifier quels sont, dans l'espace urbain, les processus qui participent aux disparités ou inégalités existantes entre les sexes et dont on constate les effets dans les autres champs de la vie sociale : école, travail, loisir et la santé. Des travaux se sont intéressés aux rapports entre le territoire et le corps, et plus spécifiquement entre le territoire et la/les sexualité(s) (Cattan et Leroy 2010 ; Duplan 2012 ; Leroy 2005 ; Blidon 2012 ; Hancock 2011). Mais, à notre connaissance très peu interrogent la santé comme révélateur des rapports entre genre et territoire.

Le chapitre d'ouvrage de Virginie Chasles, intitulé *Genre et santé, logiques sociales et pratiques spatiales*, est l'un des rares textes qui, en France, revendique l'apport du concept de genre en géographie de la santé (Chasles 2011). L'auteure propose d'analyser les dimensions sociales et spatiales du rôle du genre sur la santé, au travers de deux principales entrées : les « *entraves aux mobilités de santé* » (qu'elles soient financières ou culturelles) et les « *types d'espaces pratiqués* » par les hommes et les femmes. Des exemples

[11] Traduction : « En géographie l'étude des interactions entre genre et santé s'instruit dans une longue tradition ».

issus de travaux sur les pays en voie de développement ou sur les différences entre milieu rural et urbain illustrent les conséquences sanitaires des différences sexuées d'accès à la mobilité ou à certains espaces. Très court, cet argumentaire encourage pourtant à approfondir les recherches et à s'approprier la vaste littérature anglo-saxonne présentée en début de chapitre.

Si le genre est un facteur des pratiques et représentations spatiales des patients, il est aussi un indicateur des rapports entre praticiens et territoires. Par exemple, le travail d'Alice Dénoyel-Jaumard sur les stratégies d'implantation des professionnels de santé en Bourgogne interroge la persistance des stéréotypes de genre dans les discours sur les évolutions de la démographie médicale française (Dénoyel-Jaumard 2014). La féminisation de la profession médicale serait souvent désignée comme un facteur de l'accroissement des écarts de répartition de médecins sur le territoire français, ainsi que de leur concentration progressive en zone urbaine (Dénoyel-Jaumard et Bochaton 2015). Les difficultés liées au métier de médecin de campagne et le devoir familial des femmes médecins induiraient ainsi une localisation essentiellement urbaine. Les femmes seraient donc, en partie, responsables du creusement des inégalités de répartition de l'offre de soins en France, et à la source de « dangers » pour la santé des individus et pour le prestige de la profession. Or, si à l'échelle de la Bourgogne la sous-représentation de femmes médecins dans les espaces ruraux et les quartiers Politique de la Ville se confirme, les écarts sont relativement modérés (Dénoyel-Jaumard et Bochaton 2015). De plus, cette vision simplificatrice et essentialiste ne rend pas compte de la diversité des facteurs démographiques, économiques, sociaux et territoriaux qui sont au cœur des changements de la profession. L'émergence de nouveaux rapports au travail et à la carrière médicale, comme la recherche de la réduction du temps de travail, de la proximité de services ou bien de l'exercice en groupe notamment chez les jeunes professionnels, peut permettre de mieux comprendre les dynamiques d'installation des femmes, mais également des hommes médecins. Ce travail atteste de la prise en compte nécessaire du genre et de ces articulations avec d'autres catégories sociales, dans une géographie de la santé des populations comme des professionnels de soins.

Enfin, des travaux, dont l'approche de genre n'est pas revendiquée, apportent de précieux témoignages de la portée heuristique du concept. Par exemple, la thèse de Zoé Vaillant démontre combien dans certains territoires qu'elles jugent anxiogènes (actes de violence passés, présence d'hommes jugés dangereux), des femmes mettent en place des stratégies de contournement qui peuvent limiter leurs activités et affecter leur santé physique ou psychique (Vaillant 2006). Un chapitre de cette thèse est consacré à l'analyse des pratiques spatiales des hommes et des femmes, et des garçons et des filles, au prisme de la santé. Les résultats illustrent la permanence de la séparation des espaces (intérieur/extérieur,

maison/*boutik*[12]) entre hommes et femmes, mais également ses multiples déclinaisons spatiales (cette séparation n'a ni la même intensité ni les mêmes manifestations dans les deux quartiers d'étude). La séparation, parfois la peur et les stratégies de contournement affectent la vie, les corps et la santé des hommes comme des femmes, et participent à la violence des situations sociales. Cette thèse ne mentionne pas le concept de genre et aucune référence n'est faite à la littérature qui, en sociologie ou déjà en géographie anglo-saxonne, aurait ancré ce travail dans ce champ théorique et disciplinaire. Or, l'auteure n'en livre pas moins de fines analyses et un argumentaire stimulant.

Synthèse

D'une part, la géographie du genre montre que les rapports de genre, impliquant des processus de différenciation et de hiérarchisation entre individus en fonction de leur sexe, se traduisent dans les représentations et pratiques spatiales des hommes et des femmes.

D'autre part, le genre apparaît comme un puissant révélateur des représentations et des pratiques sanitaires des individus. La santé est, en effet, le résultat de multiples facteurs biologiques et sociaux. Or, si ces facteurs sociaux ont longtemps été appréhendés au travers d'indicateurs démographiques ou économiques, la littérature scientifique suggère de plus en plus que le genre doive également être pris en compte.

Cependant, alors que notre discipline vise à appréhender les rapports entre la société et son espace au travers de la santé, elle n'a que très récemment, et ce d'autant plus en France, pris en compte les questions de genre, et donc les éventuelles articulations entre genre, territoire et santé. Quelques travaux de géographes de la santé montrent pourtant que l'analyse des déclinaisons spatiales et des éventuelles constructions territoriales des rapports entre genre et santé ouvrent de nouvelles perspectives à la discipline. Cette thèse propose donc de poursuivre ce questionnement par une analyse multiscalaire du recours au dépistage organisé du cancer colorectal et de sa promotion dans le département des Hauts-de-Seine.

[12] Mot créole pour désigner un local commercial, à la fois « boutique » et « bar ». Aucun n'équivalant français de ce terme n'existe, ce pourquoi je choisis, comme l'auteure, de conserver le mot d'origine.

2. Genre, territoire et santé au regard du dépistage organisé du cancer colorectal : contexte et enjeux

Dans un premier temps, l'incidence et les taux de mortalité du cancer colorectal, ainsi que leurs principaux facteurs identifiés dans la littérature seront brièvement présentés. Dans un second temps, l'organisation du programme de dépistage français sera détaillée, ainsi que les modalités d'invitation à y participer adoptées dans les Hauts-de-Seine. Enfin, seront analysés, à partir d'une revue de littérature internationale, les facteurs socio-économiques et démographiques de la participation à ce programme. Il s'agit finalement d'interroger la place des analyses territorialisées et « genrées » du recours au dépistage du cancer colorectal dans cette littérature.

2.1. Interroger les origines d'un sujet : Pourquoi la prévention, pourquoi le dépistage du cancer colorectal ?

Cette thèse vise à instruire les rapports entre genre, territoire et santé au regard du recours et de la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal. Nous proposons, avant de présenter les modalités de mise en œuvre de ce programme, de présenter les raisons et implications de ce choix.

En France, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal, contrairement à celui du sein, s'adresse autant aux hommes qu'aux femmes. Bien que l'on puisse tout à fait interroger les normes de genre à partir des femmes uniquement (et cela a été et est encore certainement nécessaire), la mise en perspective des représentations et pratiques des hommes et des femmes permet, à notre sens, d'explorer la complexité des processus de hiérarchisation et de répartition des rôles en abordant les deux facettes de ces rapports sociaux. Le dépistage du cancer colorectal fait l'objet d'un programme organisé aujourd'hui mis en place dans l'ensemble des départements français. L'existence de ce programme permet donc de disposer de données statistiques complètes et récentes. De plus, si la participation au dépistage du cancer du sein est largement documentée, celle du cancer colorectal fait l'objet d'un nombre plus restreint d'analyses, d'autant plus qualitatives ou adoptant une approche de genre. Enfin, l'absence *a priori* de controverse à propos de ce dépistage, et contrairement au dépistage du cancer du sein, ou bien de la vaccination par exemple, a également validé ce choix. Bien que, nous le montrerons, certains professionnels de santé (et certains individus ciblés par cette campagne) se déclarent sceptiques, voire opposés à ce programme. Or, les facteurs et répercutions de ce type de controverse n'étant pas

l'objet de notre étude, nous considérons qu'un fait de santé préservé d'un tel contexte au plan médical et politique est plus aisément appréhendable à partir de notre point de vue de géographe. Enfin, la disponibilité de données spatialisées, le partenariat existant entre notre laboratoire et l'organisme de gestion des dépistages des cancers du département des Hauts-de-Seine (l'ADK92) et les travaux engagés par notre équipe sur le dépistage organisé du cancer du sein ont participé également à la sélection de ce fait de santé.

De façon plus générale, il nous importait d'analyser, non pas les manifestations socio-territoriales et « genrées » d'une maladie ou d'un parcours de soins, mais bien celles d'un programme de prévention. Prévenir, du latin *praevenire* « venir devant, en avant » signifie « *1. Précéder, devancer : devancer quelqu'un dans l'accomplissement de quelque chose, agir avant un autre. Aller au-devant de quelque chose pour faire obstacle, empêcher par ses précautions d'arriver, de nuire. Synonyme d'éviter. 2. Orienter l'avis : mettre par avance quelqu'un dans une prédisposition d'esprit favorable ou défavorable à quelque chose ou quelqu'un. Synonyme d'influencer. 3. Avertir, informer : mettre quelqu'un au courant par la parole ou un signe. Synonyme d'avertir, aviser, signaler* » (Le Robert 2010). Ces trois dimensions font directement écho à son usage en santé publique. Un dépistage (du cancer colorectal par exemple) vise à la fois à *devancer* la maladie, à *informer* l'individu quant à son état de santé et, enfin, à *orienter* son avis, et donc l'inciter à réaliser des analyses plus détaillées. Il s'agit de préconiser aux individus, pour leur bien comme pour celui de la société, d'adopter certains comportements sanitaires ou de se soumettre à certains actes médicaux. Ainsi, « *la production de la santé publique résulte d'une double opération de traduction du social dans le langage sanitaire et d'inscription de cette nouvelle réalité dans l'espace public* » (Fassin, 1998, p.15). Il s'agit, à la fois, de ce que l'on pourrait appeler la « médicalisation » d'une situation sociale et de sa « politisation ».

La prévention permet donc d'ancrer notre analyse dans celle des rapports de pouvoir entre acteurs, en ce que « *pas plus la patiente* [ou le patient] *que la citadine* [ou le citadin] *ne doit être construite comme victime passive, elle est actrice de sa vie, de son espace de vie et de sa santé* » (Bochaton, Gasquet-Blanchard, et Halfen 2015, p.4). Dans cette thèse, le dépistage organisé du cancer colorectal constitue *un outil* d'analyse des passages entre les dimensions médicales et sociales, entre les sphères publiques et privées, ainsi qu'un outil d'analyse des positionnements et pratiques des individus face aux recommandations sanitaires, et donc, des rapports de pouvoir entre les individus et les représentants d'une certaine forme d'autorité, exercée au nom du bien public.

2.2. Un programme organisé de dépistage du cancer colorectal : pourquoi ?

Les cancers du côlon et du rectum étant assez semblables, on les regroupe sous le terme de cancer colorectal. Il se développe à partir de la muqueuse du côlon (un des segments du gros intestin) ou du rectum (dernière partie du gros intestin qui se termine par l'anus). Dans 70 % des cas, la tumeur se développe dans le côlon sigmoïde (boucle inférieure gauche du colon, dit sigmoïde). Une tumeur est une masse plus ou moins volumineuse due à une multiplication anormale de cellules. Elle peut être bénigne (non cancéreuse) ou maligne (cancéreuse).

2.2.1. Le cancer colorectal : incidence et mortalité[13]

Incidence

En France, comme dans la majorité des pays d'Europe occidentale ou le Japon, les taux d'incidence du cancer colorectal sont élevés. Ils sont, cependant, un peu plus faibles qu'aux États-Unis ou qu'en Australie. Les pays d'Europe du nord et de l'est sont des régions du monde à risque intermédiaire (Forman et al. 2014 ; Parkin et al. 2002). Enfin, ce cancer est rare en Amérique du sud, en Asie et surtout en Afrique (Dancourt et Faivre 2004). Le vieillissement de la population, des modifications du mode de vie (augmentation du niveau de sédentarité non compensée par une baisse des apports caloriques, augmentation de la consommation de viande rouge, etc.), mais aussi l'amélioration des techniques de dépistage a probablement favorisé, en France, une augmentation de l'incidence à partir des années 1980. Or, depuis 2005, celle-ci diminue, pour les hommes comme pour les femmes.

En France, le cancer colorectal se situe aujourd'hui parmi les cancers les plus fréquents avec le cancer du sein, le cancer de la prostate et le cancer du poumon. En effet, avec 42 152 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer colorectal est le 3e cancer le plus fréquent pour les deux sexes confondus, après le cancer de la prostate (56 841 nouveaux cas) et le cancer du sein (48 763). Il représente près de 12 % de l'ensemble des cancers incidents tous sexes confondus.

La majorité des nouveaux cas de cancer colorectal, estimés en 2012, affecte les personnes âgées de 50 ans et plus (95 %). En 2012, l'âge médian au diagnostic est de 71 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes (contre respectivement 70 ans et 73 ans en 2005).

[13] Sauf lorsque cela est précisé, les données d'incidence et de mortalité mobilisées dans ce paragraphe sont issues des rapports de l'Inca intitulés *La situation des cancers en France en 2013* et *Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010*, publiés en 2015.

Mortalité

Avec environ 17 722 décès estimés en 2012, le cancer colorectal se situe, tous sexes confondus, au 2e rang des décès par cancer derrière le cancer du poumon (29 949 décès) et devant celui du sein (11 886 décès). Il représente près de 12 % de l'ensemble des décès par cancer en France. La répartition de la mortalité en fonction de l'âge est similaire à celle de l'incidence (INCA 2015).

Malgré les avancées de la médecine, curative et préventive, ce cancer reste grave. Les taux de survie à 5 ans et celle à 10 ans des personnes diagnostiquées entre 1989 et 2004 sont respectivement de 56 % et 50 %. Cependant, d'après l'Inca, la mortalité a diminué régulièrement entre 1980 et 2012 (- 1,2 % par an pour les hommes et de - 1,4 % par an pour les femmes). L'accès croissant aux soins (et leurs propres évolutions) comme le recours au dépistage expliquent, en partie, la réduction des taux de mortalité. Or, les tendances à long terme résultant de l'évolution du niveau d'exposition aux principaux facteurs de risque (sédentarité, obésité, alcool, viande rouge, faible consommation de fibres alimentaires, tabac, etc.) restent difficiles à mesurer.

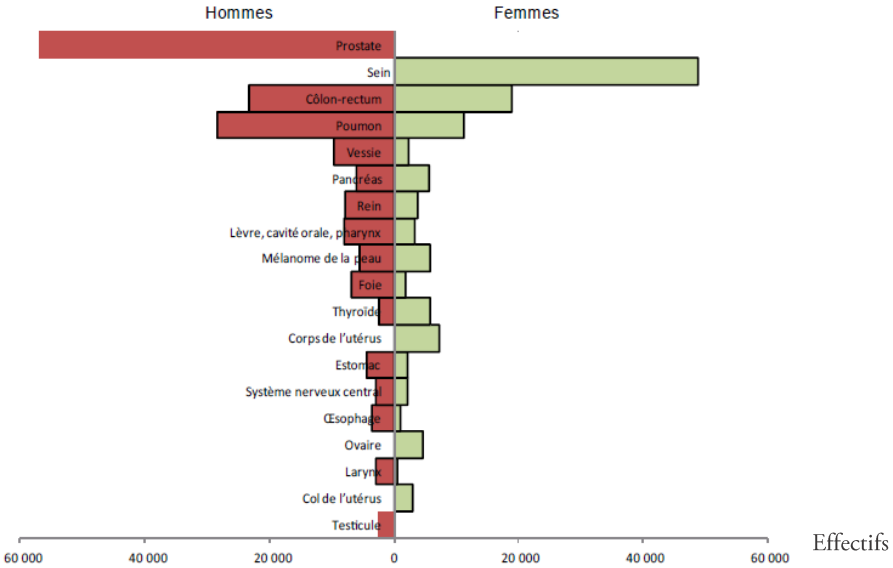
2.2.2. Hommes et femmes face au cancer colorectal

Incidence

En France, le cancer du colorectal se situe au 3e rang des cancers incidents masculins, avec 23 226 nouveaux cas estimés en 2012, loin derrière le cancer de la prostate (56 841) et le cancer du poumon (28 211). Pour les femmes, il se situe au 2e rang (18 926 cas), derrière le cancer du sein (48 763) et avant celui du poumon (11 284) (graphique n°1).

D'après l'Inca, les taux d'incidence (standardisés monde) en 2012 sont estimés à 38,4 pour 100 000 pour les hommes, et 23,7 pour 100 000 pour les femmes, soit un ratio homme/femme de 1,62. La différence entre hommes et femmes est, cependant, moins importante que pour le cancer du poumon (ratio : 2,8) ou le cancer des voies aérodigestives supérieures (ratio : 3).

<u>Graphique n° 1 :</u> Classement des cancers par incidence, sexe et localisation en 2012 en France métropolitaine



Sources : (Binder-Foucard et al. 2013) *in* (INCA 2015).

<u>Mortalité</u>

Pour les hommes, la mortalité par cancer colorectal se place au 2e rang des décès par cancers masculins (9 275 décès en 2012), loin derrière le cancer du poumon (21 326) et juste avant le cancer de la prostate (8 876). Pour les femmes, il se situe au 3e rang (8 447 décès), derrière le cancer du sein (11 886) et celui du poumon (8 623). En 2012, les taux de mortalité par cancer colorectal (standardisés monde) sont ainsi de 13,3 pour 100 000 hommes et 7,9 pour 100 000 femmes, soit un ratio homme/femme de 1,68. En France, les taux d'incidence du cancer colorectal des hommes sont donc légèrement plus élevés que ceux des femmes.

En France métropolitaine, le ratio homme/femme d'incidence du cancer colorectal est proche de celui du Canada, et plus faible que celui des États-Unis et de l'Union européenne (tableau n°1). Dans l'ensemble de ces États, le taux d'incidence du cancer colorectal est plus important chez les hommes que chez les femmes. Seule la Martinique témoigne d'une situation inverse, le taux d'incidence des femmes y est plus élevé que celui des hommes. Enfin, le ratio homme/femme de mortalité par cancer colorectal est un peu moins important en France métropolitaine (1,62) que dans l'Union européenne (1,68). Or, il est plus important qu'aux États-Unis et au Canada, ou bien qu'en Martinique où la différence entre hommes et femmes est quasiment nulle.

Tableau n° 1 : Comparaison internationale de l'incidence et de la mortalité par cancer colorectal pour les femmes et les hommes en 2008 - Taux standardisés monde

		Canada	Etats-Unis	Union-Européenne	France métropolitaine	Martinique
Taux d'incidence	Femme	31,8	25	24,9	24,1	18,6
	Homme	45,4	31,4	40	36	15,5
Ratio homme/femme		**1,43**	**1,26**	**1,61**	**1,49**	**0,83**
Taux de mortalité	Femme	9,4	7,7	9,7	8,7	7
	Homme	14,4	9,9	16,3	14,1	7,5
Ratio homme/femme		**1,53**	**1,29**	**1,68**	**1,62**	**1,07**

Sources : (Globocan 2008). *Traitement : Inca. Réalisation : E. Faure.*

2.2.3. Inégalités sociales et cancer colorectal

L'existence d'un gradient social face aux principaux indicateurs de la santé (état de santé, recours aux soins, mortalité ou représentations du corps, de la santé et du soin) est largement documenté, et ce depuis le XVIIIe siècle (Vedrenne-Villeneuve 1961). Le *Rapport Black* publié en 1980, mettant en lumière l'aggravation des inégalités sociales devant la mort en Grande-Bretagne, contribua au développement des travaux sur le sujet en Europe (DHSS 1980 ; Aïach et Fassin 2004). Or, malgré un nombre important de travaux et une mise à l'agenda politique de la question des inégalités sociales de santé[14], celles-ci restent aujourd'hui encore très élevées.

D'après Jean-Paul Moatti, Chantal Casès et Lucile Olier « *un gradient social face aux principaux indicateurs de la santé, à commencer par la mortalité* », dont celle par cancer est depuis le début du XXe siècle bien documenté (Moatti, Casès, et Olier 2008). Un grand nombre d'éléments recensés dans la littérature (articles scientifiques publiés depuis 1995) montre qu'en France, aux États-Unis, au Canada comme dans l'ensemble des pays d'Europe, la mortalité globale comme la mortalité précoce (avant 65 ans) des patients atteints de cancer sont fortement associées à leurs catégories socio-économiques (Woods, Rachet, et Coleman 2006). Sauf pour le cancer du sein, une moindre espérance de vie et un moins bon état de santé sont associés au fait d'appartenir aux catégories socio-économiques les moins favorisées (Woods, Rachet, et Coleman 2006). Or, la plus grande incidence de la mortalité des femmes

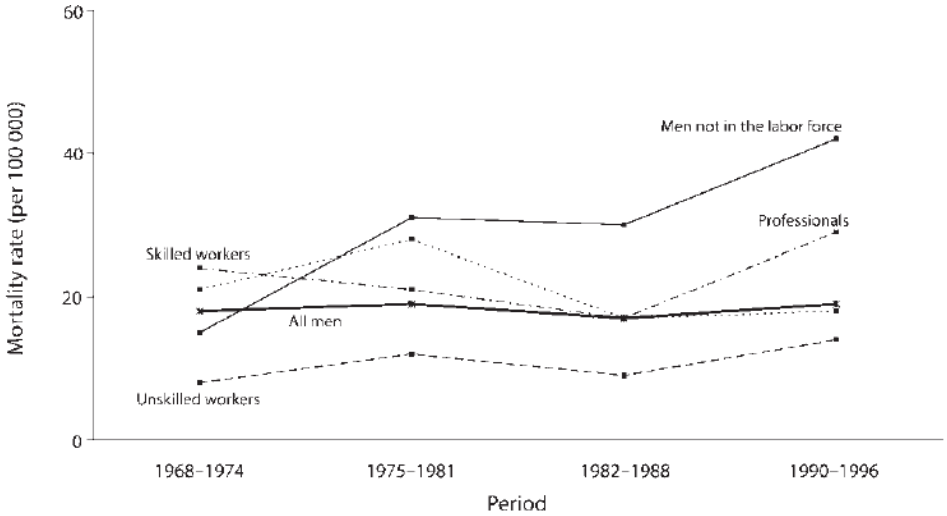
[14] Les priorités des deux derniers Plans cancers en sont des exemples. Dans le Plan cancer 2009-2013 la mesure visant à « *lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages* » est considérée comme l'une des 6 prioritaires. Dans l'introduction de la synthèse du plan cancer 2014-2019 est réaffirmé qu'au « *travers chacune des actions qu'il met en œuvre, le Plan cancer s'attaque résolument aux inégalités face à la maladie* ».

atteintes de cancer du sein, ayant un niveau d'études élevé, observée jusque dans les années 1970, aurait tendance à disparaître dans la période la plus récente (Menvielle et al. 2006).

Des études menées dans le contexte nord-américain concluent à l'existence d'importantes inégalités sociales (appréciées par les niveaux d'étude, les caractéristiques socio-économiques des quartiers de résidence ou bien les catégories ethniques des personnes) de mortalité par cancer colorectal (Enewold et al. 2014 ; Marcella and Miller 2001; Herbert et al. 2002 ; Manser and Bauerfeind 2014). Le risque de décéder par cancer est supérieur pour les individus ayant peu de diplômes, percevant des salaires peu élevés, ou appartenant à des catégories socioprofessionnelles défavorisées.

Les études menées en France sont peu nombreuses et ne mobilisent pas systématiquement les mêmes indicateurs pour mesurer les inégalités sociales. Par exemple, les résultats d'une étude sur les inégalités sociales de mortalité par cancer sur la période 1975-90, en France, concluent à l'absence de lien statistique avéré entre la mortalité par cancer colorectal et le niveau d'étude des individus (Menvielle et al. 2008). Toutefois, des travaux publiés en 2007 dans l'*American Journal of Public Health* démontrent l'existence et l'accroissement d'inégalités sociales (appréhendées via la situation dans le monde du travail) face au cancer colorectal entre hommes entre 1968 à 1996 (Menvielle, Leclerc, et al. 2007) (graphique n°2).

Graphique n° 2 : Taux de mortalité des hommes selon leur statut dans le monde du travail, de 1968 à 1996



Sources : (Menvielle, Leclerc, et al. 2007)

Les auteurs démontrent que les taux de mortalité standardisés sont plus faibles pour les hommes à forte qualification (*Skilled workers*) que pour les hommes à faible qualification (*Unskilled workers*) et que les

écarts s'accroissent au fur et à mesure de la période étudiée. Cette étude montre aussi, et surtout, que l'appartenance ou non au monde du travail est extrêmement discriminante. Le taux de mortalité des hommes inactifs (*Men not in the labor force*) est plus de deux fois supérieur à celui de l'ensemble des hommes.

Finalement, ces travaux établissent donc un lien entre mortalité par cancer colorectal et précarité (vis-à-vis du monde du travail), mais ne permettent pas de conclure en l'existence d'un gradient social qui serait relative au niveau d'éducation des individus.

Des facteurs biologiques et génétiques (prédisposition familiale, maladie intestinale inflammatoire chronique, etc.), mais également, de nombreux facteurs sociaux sont associés au cancer colorectal. L'alimentation riche en graisses animales et pauvre en fibres, le tabagisme et l'alcoolisme ainsi que la sédentarité sont des facteurs de risque établis du cancer colorectal (Colonna et al. 2015). Or, l'exposition à ces facteurs varie avec le niveau socio-économique et le niveau d'études (Schneider 2007; Menvielle, Kunst, et al. 2007). Des études ont montré une consommation plus élevée de graisses et viande et une moindre consommation de légumes et fruits parmi les groupes socio-économiques défavorisés (Serdula et al. 2004). Le manque d'activité physique et un mode de vie sédentaire sont également plus fréquents parmi les personnes défavorisées (Singh, Miller, et Hankey 2002). Des études menées en France ont également montré que les activités physiques et sportives étaient différenciées selon les classes sociales. La pratique sportive augmente avec le niveau de diplôme, ainsi 88 % des diplômés de l'enseignement supérieur ont pratiqué une activité physique ou sportive en 2003, contre 60 % des personnes titulaires d'un diplôme inférieur au bac ou sans diplôme (Muller 2006).

Les individus bénéficieraient également d'un accès différencié aux soins en fonction des caractéristiques socio-économiques de leurs espaces de vie (Pollock et Vickers 1998), ou bien de leur type de couverture sociale. Ainsi aux États-Unis, le risque de ne pas bénéficier de certaines thérapies innovantes est double pour les patients résidant dans des quartiers défavorisés par rapport aux personnes habitant des quartiers intermédiaires ou aisés (OR = 2.3, CI = 1.5–3.4)[15], mais également pour ceux couverts par le service public d'assurance maladie destinée aux plus pauvres (« Medicare ») par rapport aux personnes possédant une assurance privée (OR = 2.2, CI = 1.3–3.8) (VanEenwyk, Campo, et Ossiander 2002).

[15] L'odd ratio (OR) est une mesure statistique, souvent utilisée en épidémiologie, exprimant le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives. L'intervalle de confiance (CI) permet quant à lui de définir une marge d'erreur entre les résultats d'un sondage et un relevé exhaustif de la population totale. Plus généralement, l'intervalle de confiance permet d'évaluer la précision de l'estimation d'un paramètre statistique sur un échantillon.

Dans le contexte français, une étude du registre des tumeurs digestives du Calvados analyse l'influence de la profession et du lieu de résidence (codé en zone rurale, zone intermédiaire et zone urbaine) sur la prise en charge et la survie des cancers digestifs (Herbert et al. 2002). Malgré l'apparente égalité de choix et de traitement entre les malades, liée au système de soins français, il existe selon les auteurs des disparités de prise en charge selon l'environnement social de la personne. Par exemple, pour les deux sexes, mais de façon plus marquée pour les femmes, les agriculteurs sont moins souvent traités dans les centres de soins spécialisés que les cadres et chefs d'entreprises ou les employés et ouvriers. Des variations dans l'accès et la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes peuvent donc contribuer aux différences sociales de mortalité par cancer (Moatti, Casès, et Olier 2008).

Finalement, malgré la nécessité de multiplier et d'approfondir les recherches, il apparaît que les inégalités, en termes d'exposition aux facteurs de risque, d'accès aux soins ou de vécu de la maladie, sont liées à différents facteurs économiques, sociaux et culturels. Or, en France, il est encore difficile d'appréhender précisément le rôle de ces inégalités sociales sur les taux de mortalité par cancer colorectal.

2.2.4. Géographie du cancer colorectal

En France, les disparités géographiques de mortalité sont façonnées par le fait régional, opposant de vastes ensembles régionaux de sur et sous-mortalité (Rican et al. 2014 ; Salem, Rican, and Jougla 1999; Tonnellier and Vigneron 1999). Un même constat transparait-il de la géographie de l'incidence ou de la mortalité par cancer colorectal ? En est-il de même pour les hommes et les femmes ?

Pour les hommes, les taux régionaux d'incidence standardisés sur la population mondiale de 2008-2010 varient entre 32,1 (Corse) et 41,7 (Pays de la Loire) pour 100 000 hommes. Pour les femmes, ces taux sont compris entre 20,8 (Basse-Normandie) et 25,4 (Haute-Normandie) pour 100 000 femmes. L'écart entre la région où l'incidence est la plus forte, et celle où elle est la plus faible est de 4,6 points pour les femmes, contre 9,6 pour les hommes. À l'échelle régionale, les disparités spatiales sont donc davantage marquées pour les hommes que les femmes, mais restent globalement faibles en comparaison à d'autres cancers (des voies aérodigestives par exemple (Salem, Rican, et Jougla 1999 ; INCA 2015)).

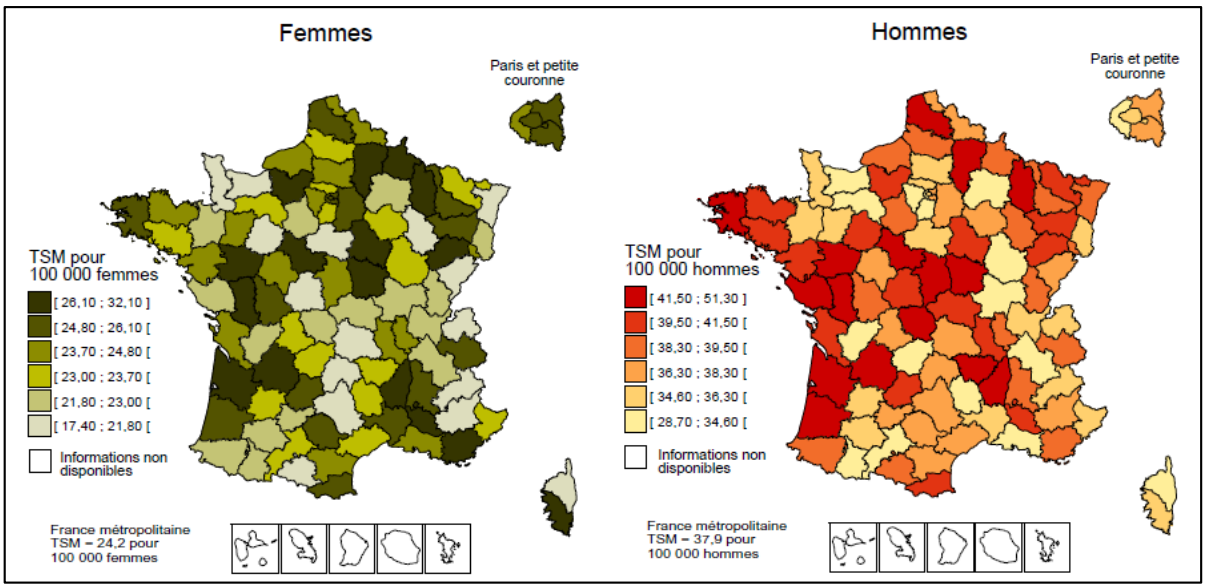
Les cartes suivantes présentent les taux d'incidence masculins et féminins à l'échelle départementale[16]. Les estimations des taux d'incidence départementaux standardisés sur la population mondiale varient

[16] Toutefois ces estimations d'incidence sont basées sur une hypothèse forte d'un rapport PMSI/incidence identique partout. On considère ainsi que l'accès aux soins et la prise en charge sont soumis aux mêmes logiques dans tous les départements, ce qui est une hypothèse très forte.

pour les hommes de 28,7 à 51,3 pour 100 000, et pour les femmes, de 17,4 à 32,1 pour 100 000. À l'échelle des départements, les disparités spatiales entre hommes (étendue[17] : 22,6) sont donc légèrement plus importantes que celles enregistrées entre femmes (étendue : 14,7). Contrairement aux cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) ou de la trachée et des bronches (Salem, Rican, et Jougla 1999), la répartition spatiale des taux d'incidence du cancer colorectal n'est caractérisée par aucune structuration marquée à l'échelle départementale (carte n°1).

En effet, la cartographie masculine comme féminine de l'incidence de ce cancer ne reflète pas d'opposition entre les départements du sud de la France, dont la part de populations âgées et favorisées est plus importante que la moyenne nationale, et les départements de l'ancien bassin minier du Nord abritant une population plus précaire. La répartition spatiale de ces taux d'incidence ne conduit pas non plus à une distinction entre départements abritant de grandes agglomérations urbaines (Paris, le Rhône, la Gironde ou les Bouches-du-Rhône) et ceux principalement ruraux (la Creuse, l'Allier, l'Aveyron ou le Tarn par exemple).

<u>Carte n° 1 :</u> Incidence du cancer colorectal à l'échelle départementale en France métropolitaine selon le sexe, en 2008-2010 (TSM : Taux Standardisés sur la population Mondiale)



Sources : Colonna (à paraitre) Infographie : Inca 2013 in (INCA 2015)

[17] L'étendue d'une distribution est égale à la différence entre la plus grande et la plus petite valeur de la distribution. Elle permet donc d'appréhender l'écart maximum entre les entités d'une série. Des coefficients de variation auraient également permis d'appréhender l'hétérogénéité de ces distributions. Or, ne disposant pas de l'ensemble de la base de données (seules les représentations cartographiques, les valeurs extrêmes et moyennes sont diffusées), il nous a été impossible de calculer un tel indicateur.

De plus, la comparaison de la répartition spatiale de l'incidence du cancer colorectal chez les femmes et chez les hommes permet de repérer la multiplicité des situations locales (carte n°1). En effet, premièrement des départements d'une même région enregistrent, pour les hommes comme pour les femmes, des taux d'incidence du cancer colorectal très différents. C'est le cas des départements du nord, de la Picardie de la Corse ou de la Bretagne. Deuxièmement, certains départements (le nord, la Somme, le Rhin ou le Haut-Rhin par exemple) caractérisés par une activité économique industrielle aujourd'hui en déclin, des indicateurs socio-économiques défavorisés (Insee, 2012) et par des taux de mortalité élevés (Salem, Rican, et Jougla 1999) n'enregistrent ni pour les hommes ni pour les femmes des taux d'incidence du cancer colorectal très élevés au regard du reste du pays. Enfin, dans certains départements les taux d'incidence des hommes sont très différents de ceux des femmes. C'est le cas de la Creuse, de l'Indre-et-Loire, de la Haute-Loire ou de Paris par exemple.

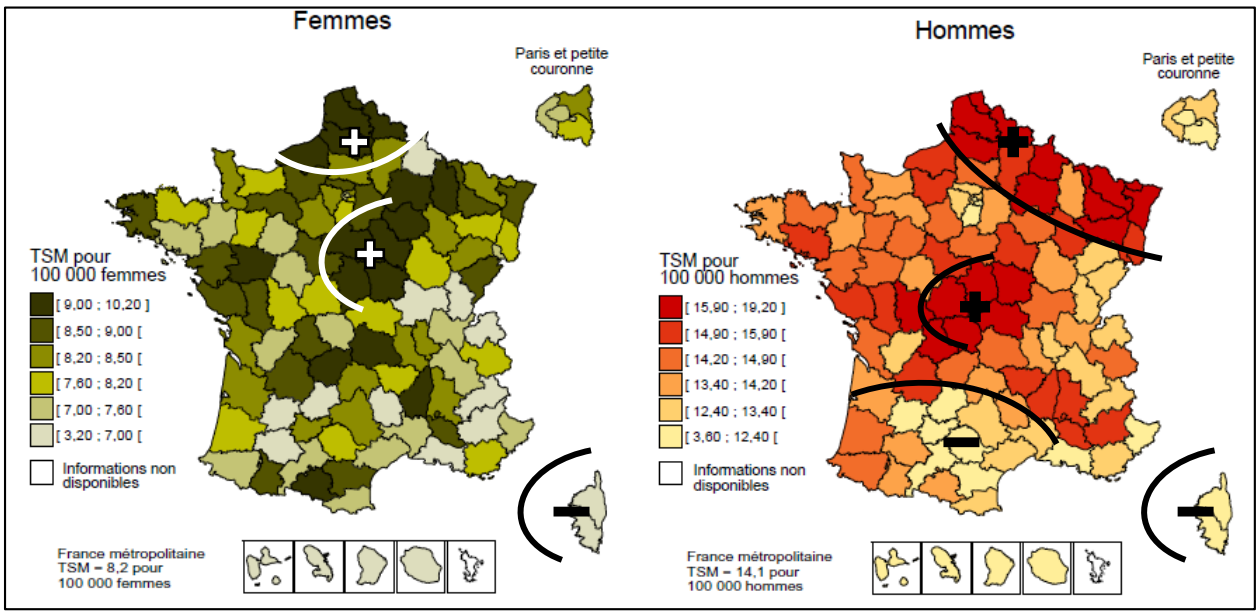
Dans le contexte nord-américain, une étude publiée en 2006 montre des variations spatiales d'incidence importantes entre états : « *incidence rates of colorectal cancer are higher in the East than in the West. Data from the United States Cancer Statistics of 2000 showed an age-adjusted rate of 48.8 cases of colorectal cancer per 100,000 males in New Mexico, whereas the incidence rate in Rhode Island was nearly 75% higher at 79.4 cases per 100,000 males* »[18] (Lai et al. 2006, p.1173). Ces variations spatiales sont corrélées à différentes variables socio-économiques et démographiques : « *Old age, male gender, black race, less than a twelfth-grade education, smoking, and no physical activity were significantly associated with higher incidence rates of colorectal cancer* »[19] (Lai et al. 2006, p.1172). D'importantes disparités spatiales d'incidence du cancer colorectal caractérisaient la situation nord-américaine (Fulton et al. 2005).

Les cartes suivantes présentent la répartition des taux de mortalité des hommes et des femmes à l'échelle des départements (carte n°2).

[18] Traduction : « Les taux d'incidence du cancer colorectal sont plus élevés dans l'Est que dans l'Ouest. Les données de l'institut national de Statistiques sur le cancer des États-Unis démontrent qu'en 2000 le taux d'incidence du cancer colorectal standardisé sur l'âge est de 48,8 pour 100 000 hommes au Nouveau-Mexique, alors que celui du Rhode Island était presque 75 % plus élevé (79,4 cas pour 100 000 hommes). »

[19] Traduction : « Le fait d'être âgé, d'être un homme, d'appartenir à la communauté afro-américaine, d'avoir suivi moins de douze années d'études, de fumer et de ne pas pratiquer d'activité physique est significativement associé à des taux élevés d'incidence du cancer colorectal. »

<u>Carte n° 2 :</u> Mortalité par cancer colorectal à l'échelle départementale en France métropolitaine et dans les DOM, en 2005-2009 selon le sexe (TSM : Taux Standardisés sur la population Mondiale)



Sources : InVS, CépiDc/Inserm. Infographie : Inca 2013 in (INCA 2015). *Réalisation : E. Faure.*

Les taux de mortalité départementaux, standardisés sur la population mondiale, varient pour les hommes de 3,6 à 19,2 pour 100 000, et pour les femmes, de 3,2 à 10,2 pour 100 000. À l'échelle des départements, les disparités entre hommes (étendue : 15,6) sont donc bien plus importantes qu'entre femmes (étendue : 7), et, de plus, la répartition spatiale de ces taux accuse des logiques quelque peu différentes. Cependant, d'après les données fournies par le CépiDc, le coefficient de variation des taux de mortalité départementaux est de 0,13 pour les hommes et de 0,11 pour les femmes pour la période 2005-2007 comme celle de 2008-2010. Les disparités spatiales ne sont donc pas beaucoup plus importantes pour les hommes que pour les femmes. L'étendue des taux de mortalité des hommes est donc fortement influencée par quelques valeurs extrêmes.

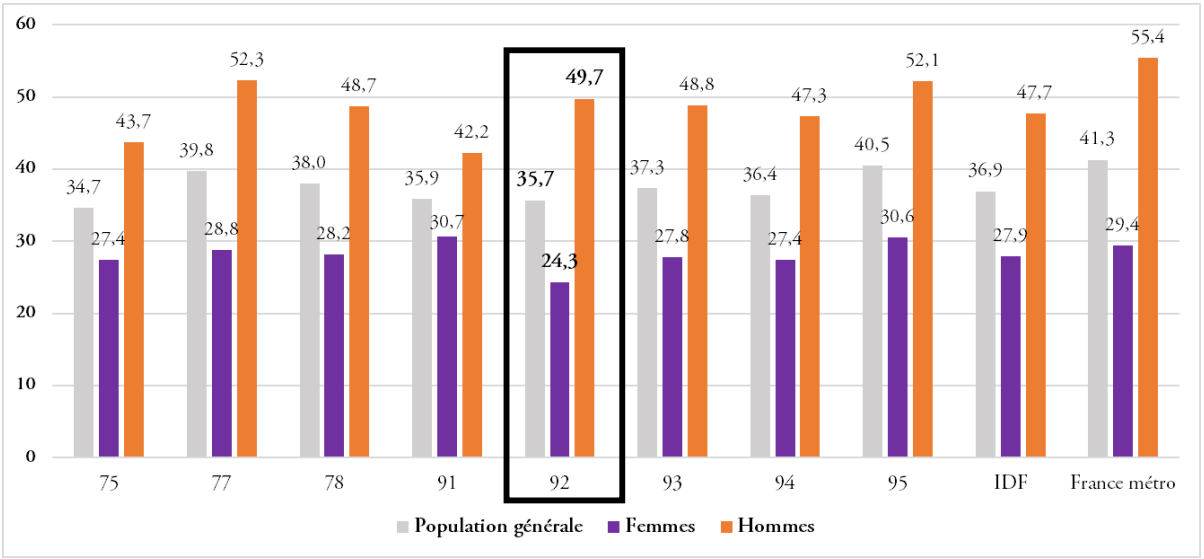
Toutefois, contrairement à l'incidence, certaines structurations spatiales de la mortalité peuvent être identifiées. Par exemple, les départements du Nord-Pas-de-Calais sont caractérisés par des taux de mortalité élevés pour les hommes comme pour les femmes, inversement la Corse est caractérisée par des taux de mortalité faibles pour les deux sexes. L'importance des taux de mortalité par cancer colorectal, dans les départements du nord de la France pour les femmes, et du nord ainsi que de l'est pour les hommes, fait écho à la répartition spatiale de l'espérance de vie ainsi que des taux de mortalité toutes causes confondues. La France est en effet caractérisée par des oppositions régionales nettes (Salem, Rican, et Jougla 1999).

Inversement, certaines structurations spatiales de la mortalité par cancer colorectal varient en fonction du sexe des individus. Si le sud-ouest de la France enregistre des taux de mortalité très faibles pour les hommes, cette tendance est un peu moins nette chez les femmes. Les taux de mortalité féminins sont particulièrement élevés en Bourgogne et Champagne-Ardenne, mais le sont moins pour les hommes. En revanche, la mortalité masculine est plus élevée dans les départements du centre de la France : le Cher, l'Indre, la Creuse et l'Allier.

Cependant, ces structures spatiales de mortalité par cancer colorectal sont bien moins marquées que pour d'autres types de cancer, comme celui des voies aériennes et digestives supérieures (VADS) ou de l'œsophage par exemple (Rican et al. 2008; Salem, Rican, et Jougla 1999). Enfin, comparativement au taux national, la région Ile-de-France présente une sous-mortalité par cancer colorectal. Elle est, toutefois, caractérisée par des disparités interdépartementales (graphique n°3).

Après Paris, le département des Hauts-de-Seine, enregistre des taux standardisés de mortalité les plus bas de la région, principalement pour les femmes. Ce département est celui qui, en Ile-de-France, enregistre l'écart entre hommes et femmes le plus important en termes de mortalité. En effet, le ratio homme/femme est de 2,1 dans les Hauts-de-Seine, contre 1,6 à Paris, 1,7 dans les Yvelines et 1,8 en Seine-de-Saint-Denis. Cependant, le ratio des Hauts-de-Seine est similaire à celui enregistré à l'échelle nationale (26 pour la France métropolitaine).

<u>Graphique n° 3 :</u> Taux standardisés de mortalité par cancer colorectal en 2007-2009, pour 100 000 habitants âgés de 50 à 79 ans (standardisation sur la population européenne)



Sources : ARS Ile-de-France, 2013. Réalisation : E. Faure.

Le cancer colorectal, de par l'importance des taux d'incidence et de mortalité, représente un enjeu majeur de santé publique, en France comme en Europe, ou dans le reste du monde (Faivre 2010 ; Globocan 2008). Or, comme le rappelle l'éditorial du dernier Plan cancer (2014-2019), l'un des enjeux majeurs de la lutte contre ce cancer réside dans la précocité du dépistage et l'association du soin à la prévention : « *Ce Plan mobilise l'ensemble des moyens d'intervention disponibles, de la recherche jusqu'aux soins, pour faire face aux inégalités de santé et réduire la mortalité liée à des cancers évitables. La priorité va à la prévention et au dépistage, deux leviers d'action majeurs pour prévenir et faire reculer la maladie.* » (INCA 2014).

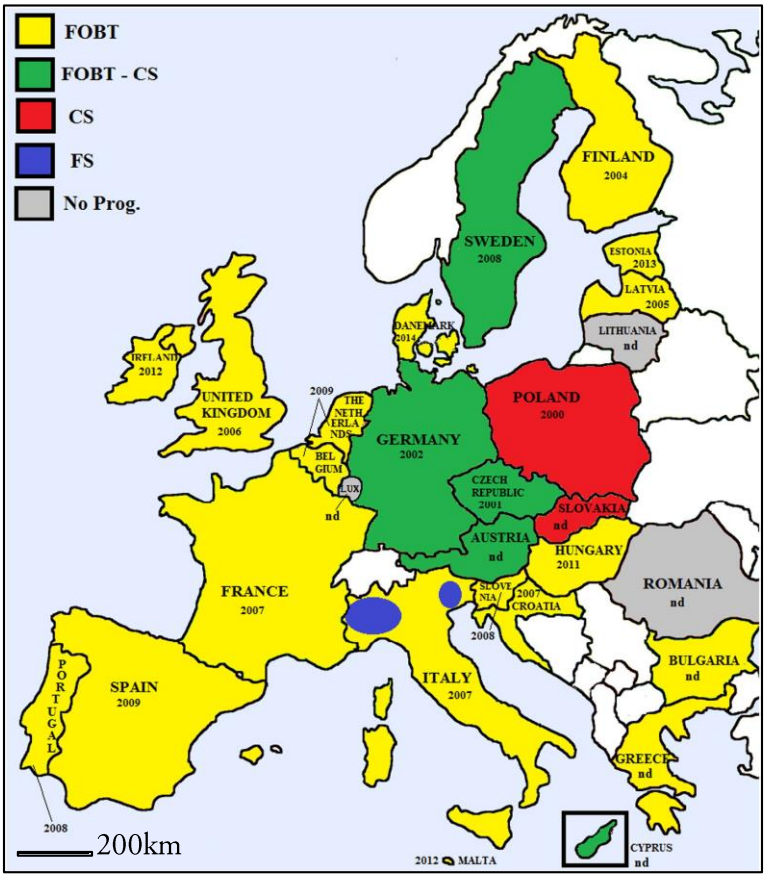
2.3. Un dépistage organisé du cancer colorectal : comment ?

2.3.1. Modalités de mise en place d'un programme de dépistage

Pour faire l'objet d'un dépistage organisé, une maladie doit répondre à un certain nombre de critères établis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1968. D'après cet organisme, la pathologie doit être un problème de santé publique, l'histoire de la maladie doit être connue et un test de dépistage efficace doit être disponible afin de permettre sa répétition à intervalles réguliers. Un test disponible et approprié doit permettre de diagnostiquer la maladie à un stade précoce, c'est-à-dire au stade pour lequel les résultats du traitement sont supérieurs à ceux obtenus à un stade plus avancé. L'amélioration de la prise en charge thérapeutique à un stade précoce doit également être démontrée en termes d'efficacité, de pronostic, d'allègement de la prise en charge thérapeutique et de séquelles. Les nuisances physiques et psychologiques engendrées par le dépistage doivent être inférieures aux bénéfices attendus en termes de santé publique. Le test doit donc être « acceptable » par sa population cible. Enfin, le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) ne doit pas être disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.

En France, comme dans de nombreux pays, le cancer colorectal fait l'objet d'un programme de dépistage organisé. Cependant, la tranche d'âge de la population invitée au dépistage, les modalités d'organisation du programme, ou bien les pratiques de dépistage utilisées (test de recherche de sang dans les selles, coloscopie, endoscopie ou sigmoïdoscopie flexible) sont variées (carte n°3).

Carte n°3 : Le dépistage organisé du cancer colorectal en Europe en 2013[20]



Sources : (Altobelli et al. 2014).

En France, le dépistage s'opère par la détection de sang occulte dans les selles. Des travaux montrent que cette méthode permet de réduire significativement la mortalité par cancer colorectal (Honein-AbouHaidar et al. 2014; Lejeune et al. 2010). Une étude française, contrôlée en population générale, montre une réduction de 16 % de la mortalité par cancer colorectal après 11 ans de suivi, sous certaines conditions d'organisation du dépistage (Faivre et al. 2004). Deux autres publications attestent également de l'efficacité du test de recherche de sang dans les selles (Kronborg et al. 1996 ; Hardcastle et al. 1996). Cependant, de nombreux débats animent la communauté médicale.

D'une part, le manque de fiabilité du test Hémoccult fait l'objet de critiques. Les deux scénarios redoutés sont les suivants :

– les faux positifs : ce sont les personnes dont le test de dépistage est positif alors que les examens complémentaires mettent en évidence l'absence de cancer. Ceci expose inutilement l'individu à de

[20] Traduction de la légende : FOBT : test de recherche de sang dans les selles/FOBT-CS : test de recherche de sang dans les selles, et coloscopie/CS : coloscopie/FS : endoscopie avec la sigmoïdoscopie flexible.

potentielles complications lors de la réalisation des examens complémentaires (coloscopie par exemple) et à une anxiété générée par l'attente des résultats.

– les faux négatifs : sont les individus considérés, à tort, comme n'étant pas atteints de cancer. Les faux négatifs font partie des cancers dits « d'intervalles » (cancer survenant entre deux dépistages).

D'autre part, l'équilibre entre le bénéfice individuel et collectif d'un tel dépistage précoce pose question. En effet, si ce dépistage de masse permet de faire baisser la mortalité d'une population (Faivre et al. 2004) ; à l'échelle individuelle le gain, en termes d'espérance de vie ou de conditions de vie en cas de traitement, est source de débats entre professionnels (Walter et Covinsky 2001 ; Welch 2011). Ces derniers interrogent l'éventualité et les conséquences de « *traitements inutiles* » (Gallois, Vallée, et Le Noc 2005), c'est-à-dire la détection de certaines anomalies, dont l'évolution serait si lente, que le patient décède d'une autre pathologie avant la survenue de symptômes liés à ce cancer.

Enfin, d'autres méthodes peuvent être, et sont, utilisées par les médecins et leurs patients pour tenter de détecter un cancer colorectal. D'une part, un test de recherche de sang dans les selles peut être effectué en laboratoire, et donc en dehors du programme organisé. D'autre part, une coloscopie (optique ou virtuelle) peut être réalisée sans effectuer préalablement de test de recherche de sang dans les selles[21]. Ces recours répondent à des exigences ou à des comportements divers, tant de la part des patients que des médecins (manque d'efficacité du test Hémoccult, aspect peu pratique et contraignant du test, etc.). Quelles qu'en soient les motivations, ces comportements illustrent, à la fois, la vigueur des débats scientifiques sur le sujet (face auxquels il est peut-être difficile pour le patient comme pour certains médecins de se positionner) et la délicate appropriation du test par la population (et les professionnels).

2.3.2. Organisation du programme de dépistage français

En France, un programme pilote débute en 2003, après certaines oppositions et difficultés techniques, dans vingt-trois départements. Au vu des premiers résultats, la généralisation du dépistage à tout le territoire national est annoncée en 2005 et se met en place, selon les départements, entre 2007 et 2009.

[21] En 2011, 1,24 million de coloscopies ont été réalisées en France (41 pour 1000 personnes âgées de 50 à 74 ans) (Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) 2012). Parmi ces 1,24 million, 70 000 seulement seraient associées au dépistage organisé du cancer colorectal. De plus, cette étude montre que la répartition spatiale du nombre de coloscopies effectuées accuse d'importantes disparités inter-départements (rapport de 1 à 2 entre les départements enregistrant le plus faible et le plus fort taux de coloscopies) fortement corrélées à la densité de gastroentérologues. Les Hauts-de-Seine enregistre un taux de coloscopies important (quatrième quintile), mais il ne figure pas parmi les départements où ces taux sont les plus élevés.

L'objectif du dépistage de masse du cancer colorectal est de réduire la mortalité pour ce cancer et, en cas de dépistage de lésions précancéreuses, de réduire son incidence.

Le programme est financé par l'Assurance Maladie et l'État. Il repose jusqu'en 2015 sur un test au gaïac[22] de recherche de sang occulte dans les selles (dit « test Hémoccult »). Tous les deux ans, ce test est proposé gratuitement aux hommes et aux femmes à risque moyen[23] âgés de 50 à 74 ans.

En référence au cahier des charges national de l'Arrêté du 29 septembre 2006, le dépistage organisé du cancer colorectal est coordonné par des structures de gestion départementale[24]. Mandaté pour cette mission dans les Hauts-de-Seine, l'ADK92 est en charge de l'envoi[25] de l'invitation ainsi que des deux lettres de relances à l'ensemble de la population cible du département. Le premier courrier envoyé par les structures de gestion invite les personnes à se rendre chez leur médecin généraliste. Ce professionnel doit, au regard des antécédents de la personne, décider de remettre ou non[26] le test Hémoccult, puis délivrer les explications nécessaires à sa réalisation. Une lettre de relance est envoyée environ trois mois plus tard à l'ensemble des individus n'ayant pas donné suite à l'invitation. Enfin, l'ADK92 fait parvenir un second courrier de relance environ trois mois après la lettre précédente. Ce dernier courrier adresse directement le test Hémoccult à la personne. Cependant, au regard des très faibles taux de participation et de l'importance du coût que représente cet envoi, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), financeur du programme, a décidé, en 2013, de restructurer la stratégie d'invitation. L'ADK92 a donc décidé d'interrompre tout envoi de test à domicile en avril 2013. Ce courrier a été modifié afin de faire état du passage obligatoire par le médecin généraliste pour l'obtention du test.

Quel que soit son mode de distribution, le test Hémoccult est délivré gratuitement à l'ensemble de la population cible du dépistage. Or, la consultation chez le médecin généraliste n'est pas prise en charge par le programme.

---

[22] Le test est constitué d'un papier réactif imprégné de gaïac (essence d'arbre). L´hémoglobine du sang active la réaction entre le gaïac et le peroxyde d'hydrogène du réactif de révélation en provoquant l´apparition d´une coloration bleue.

[23] Le cahier des charges national a prévu une exclusion médicale au dépistage dans les cas suivants : symptomatologie digestive, sujet ayant réalisé une coloscopie complète depuis moins de 5 ans, antécédents personnels de cancer ou d'adénomes colorectaux ou d'une pathologie colique nécessitant des contrôles périodiques, antécédents familiaux chez un parent du premier degré avant 65 ans ou au moins deux parents du premier degré atteints, sujets atteints d'une pathologie grave extra-intestinale (motif éthique).

[24] Ces structures gèrent également le dépistage organisé du cancer du sein.

[25] Copie d'un courrier d'invitation et d'une relance 2 en annexe n°1.

[26] Si le médecin généraliste considère que son patient doit être exclu du programme, il envoie à l'ADK92 un courrier expliquant sa décision. Une personne peut ainsi être exclue temporairement ou définitivement du programme.

Si de nombreuses études interrogent le rôle des facteurs socio-économiques sur la participation au dépistage du cancer colorectal (Honein-AbouHaidar et al. 2014; Pornet et al. 2010 ; Pornet et al. 2008), à notre connaissance aucun travail n'a directement interrogé les individus quant à l'éventuel frein que représenterait cette consultation supplémentaire ainsi que son coût financier.

Enfin, les structures de gestion départementale sont également en charge de la promotion du programme auprès des habitants, des médecins généralistes, mais aussi d'élus, de professionnels du secteur socio-sanitaire ou associatif. La couleur bleue, le logo et certains messages sont communs à l'ensemble du territoire national. Cependant, chaque structure définit ses modes d'action, ses partenaires et sa temporalité dans la promotion du dépistage du cancer colorectal sur son propre territoire. Différents médias de communication sont mobilisés par l'ADK92, afin de promouvoir le dépistage organisé du cancer colorectal dans son département : presse écrite, radiophonique ou télévisée, théâtre forum, « tractage » dans des lieux publics (les marchés sont particulièrement visés) ou locaux associatifs, organisation ou participation à des manifestations locales (forum des associations, forums santé). L'ADK92 travaille en étroite collaboration avec les services municipaux de santé et ASV (atelier santé ville) de nombreuses communes du département, ainsi qu'avec le comité local de la Ligue contre le cancer, ainsi que des centres sociaux et certains clubs de sport. Si des messages sont ainsi diffusés tout au long de l'année, ils le sont plus intensément au cours du mois de mars. De l'échelle nationale à l'échelle locale, la campagne dite « Mars bleu » vise, en effet, à mobiliser l'ensemble des acteurs pour la lutte contre le cancer colorectal.

2.3.3. Présentation du test Hémoccult

Le test Hémoccult consiste à prélever, sur trois selles consécutives, deux petits fragments d'excréments de la taille d'une lentille à l'aide des spatules fournies (1 sur le document n°1) qu'il faut déposer sur une plaquette en carton (2 sur le document n°1).

<u>Document n°1 :</u> Visuel du test Hémoccult



Sources : CDC93 (structure de gestion de Seine-Saint-Denis)

La personne doit, ensuite, envoyer l'ensemble du test au centre de lecture agrée à l'aide de l'enveloppe préaffranchie fournie. Enfin, les résultats[27] sont transmis à la personne concernée ainsi qu'à son médecin généraliste. Le test Hémoccult réclame donc un investissement de la part des patients, et suppose un rapport au corps et aux excréments qui n'est pas anodin. Le nombre d'étapes, la nécessité à manipuler ses propres selles, la répétition de cette manipulation (trois fois dans le test alors en usage) ou bien l'inadaptation de certaines consignes[28] constituent certainement des freins non négligeables à l'engagement des individus dans le programme. Par exemple, sauf pour les personnes travaillant dans la sphère hospitalière ou des parents de jeunes enfants, le contact avec les excréments est absent, et, surtout, tabou dans notre société (Douglas 1981 ; Blacking 1977 ; Vigarello 2014 ; Van der Geest 2007 ; Van der Geest 2007).

La fiche explicative de l'ADK92 est reproduite sur la planche suivante (document n°2). Les encadrés mettent en valeur les étapes identifiées comme « problématiques » par nos différents interlocuteurs.

[27] En cas de test positif, il est recommandé de réaliser une coloscopie. Celle-ci est pratiquée par un gastroentérologue, sous anesthésie générale. Enfin, en fonction des résultats de la coloscopie, le patient est soit pris en charge pour traitement ou surveillance spécifiques, soit réintégré dans le programme organisé de dépistage (au terme d'un délai de cinq ans).

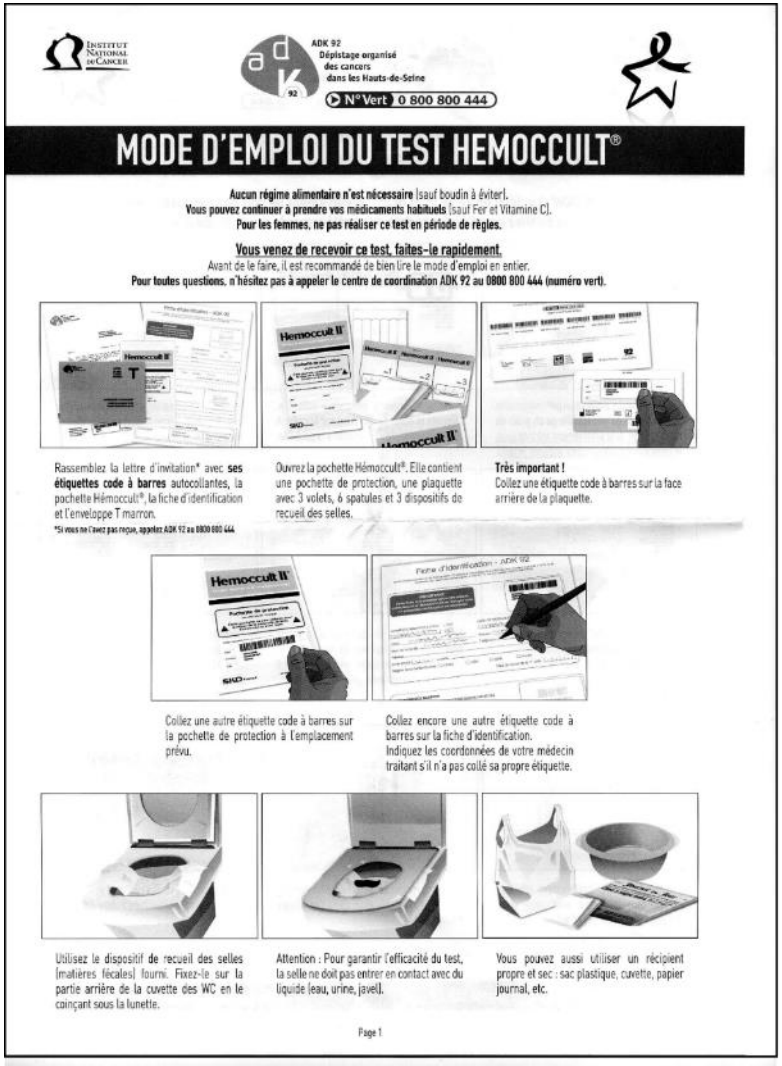
[28] Le dispositif de recueil des selles est, par exemple, très souvent considéré comme inadapté voire inutilisable.

<u>Document n° 2 :</u> Mode d'emploi du test Hémoccult de l'ADK92

Des contre-indications

Trois étiquettes doivent être collées à trois endroits différents

Contact possible entre les selles et des ustensiles ménagers



INSTITUT NATIONAL DE CANCER

ADK 92 Dépistage organisé des cancers dans les Hauts-de-Seine

N° Vert 0 800 800 444

MODE D'EMPLOI DU TEST HEMOCCULT®

Aucun régime alimentaire n'est nécessaire (sauf boudin à éviter).
Vous pouvez continuer à prendre vos médicaments habituels (sauf Fer et Vitamine C).
Pour les femmes, ne pas réaliser ce test en période de règles.

Vous venez de recevoir ce test, faites-le rapidement.
Avant de le faire, il est recommandé de bien lire le mode d'emploi en entier.
Pour toutes questions, n'hésitez pas à appeler le centre de coordination ADK 92 au 0800 800 444 (numéro vert).

Rassemblez la lettre d'invitation* avec **ses étiquettes code à barres** autocollantes, la pochette Hémoccult®, la fiche d'identification et l'enveloppe T marron.
*Si vous ne l'avez pas reçue, appelez ADK 92 au 0800 800 444.

Ouvrez la pochette Hémoccult®. Elle contient une pochette de protection, une plaquette avec 3 volets, 6 spatules et 3 dispositifs de recueil des selles.

Très important !
Collez une étiquette code à barres sur la face arrière de la plaquette.

Collez une autre étiquette code à barres sur la pochette de protection à l'emplacement prévu.

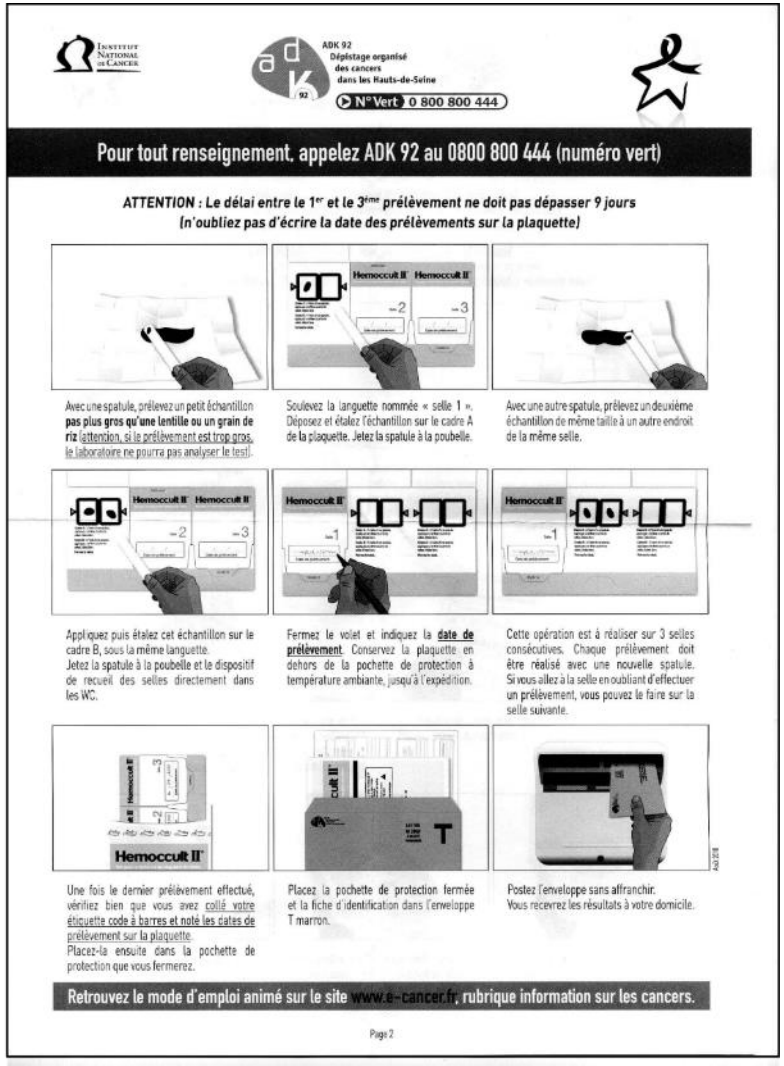
Collez encore une autre étiquette code à barres sur la fiche d'identification.
Indiquez les coordonnées de votre médecin traitant s'il n'a pas collé sa propre étiquette.

Utilisez le dispositif de recueil des selles (matières fécales) fourni. Fixez-le sur la partie arrière de la cuvette des WC en le coinçant sous la lunette.

Attention : Pour garantir l'efficacité du test, la selle ne doit pas entrer en contact avec du liquide (eau, urine, javel).

Vous pouvez aussi utiliser un récipient propre et sec : sac plastique, cuvette, papier journal, etc.

Page 1



INSTITUT NATIONAL DE CANCER

ADK 92 Dépistage organisé des cancers dans les Hauts-de-Seine

N° Vert 0 800 800 444

Pour tout renseignement, appelez ADK 92 au 0800 800 444 (numéro vert)

ATTENTION : Le délai entre le 1er et le 3ème prélèvement ne doit pas dépasser 9 jours
(n'oubliez pas d'écrire la date des prélèvements sur la plaquette)

Avec une spatule, prélevez un petit échantillon **pas plus gros qu'une lentille ou un grain de riz** (attention, si le prélèvement est trop gros, le laboratoire ne pourra pas analyser le test).

Soulevez la languette nommée « selle 1 ». Déposez et étalez l'échantillon sur le cadre A de la plaquette. Jetez la spatule à la poubelle.

Avec une autre spatule, prélevez un deuxième échantillon de même taille à un autre endroit de la même selle.

Appliquez puis étalez cet échantillon sur le cadre B, sous la même languette.
Jetez la spatule à la poubelle et le dispositif de recueil des selles directement dans les WC.

Fermez le volet et indiquez la **date de prélèvement**. Conservez la plaquette en dehors de la pochette de protection à température ambiante, jusqu'à l'expédition.

Cette opération est à réaliser sur 3 selles consécutives. Chaque prélèvement doit être réalisé avec une nouvelle spatule. Si vous allez à la selle en oubliant d'effectuer un prélèvement, vous pouvez le faire sur la selle suivante.

Une fois le dernier prélèvement effectué, vérifiez bien que vous avez collé votre étiquette code à barres et noté les dates de prélèvement sur la plaquette.
Placez-la ensuite dans la pochette de protection que vous fermerez.

Placez la pochette de protection fermée et la fiche d'identification dans l'enveloppe T marron.

Postez l'enveloppe sans affranchir.
Vous recevrez les résultats à votre domicile.

Retrouvez le mode d'emploi animé sur le site www.e-cancer.fr, rubrique information sur les cancers.

Page 2

Temps restreint

Manipulation des selles à trois reprises

Ne pas faire de prélèvements trop « *gros* »

Écrire la date à chaque fois

Envoi d'excréments par voie postale

Sources : ADK92, 2013. E. Faure.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a recommandé, dès décembre 2008, d'engager un processus de substitution des Tests Hémoccult par un test immunologique. La capacité de détection d'un saignement par ce nouveau type de test est supérieure à celle de l'Hémoccult (2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés seraient ainsi détectées). La généralisation du test immunologique doit donc permettre d'améliorer la détection précoce des adénomes et des cancers. Les autorités sanitaires estiment également que le test immunologique sera mieux accepté par la population, car plus facile d'utilisation. Annoncé pour 2013, le test immunologique (dit OC-Sensor) utilisant des anticorps dirigés contre des protéines du sang et lu par des automates est disponible depuis avril 2015.

Cette thèse, analysant la participation aux campagnes 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013, et reposant sur un travail de terrain achevé en 2014, porte sur le test Hémoccult, et non sur le test immunologique. Cependant, cette évolution technique ne remet pas en cause les questions posées ni la pertinence ou la portée des résultats présentés dans ce manuscrit. En effet, cette thèse s'inscrit dans une réflexion plus large sur les constructions territoriales et « genrées » de la prévention, des rapports au médecin généraliste et de son rôle dans l'adhésion des individus à la promotion de la santé préventive. Il ne s'agit pas d'évaluer l'efficacité d'un test en particulier.

2.4. Les facteurs du recours au dépistage du cancer colorectal : des indicateurs socio-économiques à la prise en compte du genre et des territoires

L'échelle nationale du programme et la gratuité du test visent à rendre le dépistage organisé du cancer colorectal accessible à toutes et à tous. Cependant, cela n'est pas le cas : les taux de participation sont faibles, et les inégalités de recours importantes. Les paragraphes suivants étayeront ces affirmations, à partir des données épidémiologiques disponibles dans la littérature scientifique.

2.4.1. Un dépistage peu et inégalement mobilisateur

Dans les programmes biennaux, la participation au dépistage du cancer colorectal doit atteindre 50 % à chaque campagne pour obtenir une baisse de mortalité entre 15 et 20 % dans l'ensemble de la population. Avec un taux de participation de 35 %, la baisse de mortalité attendue est estimée à 9 % (Faivre 2010 ; Lejeune et al. 2010). Or, généralisé depuis 2009, le programme de dépistage français ne parvient pas à mobiliser massivement sa population cible.

En France, l'institut national de veille sanitaire (InVS) est chargé de l'évaluation épidémiologique du programme national de dépistage organisé, en mesurant différents indicateurs à partir des données recueillies régulièrement auprès des structures de gestion départementale du dépistage. Les données mobilisées dans ce paragraphe ont été produites par cet organisme.

D'après l'InVS, à l'échelle nationale, 34 % de la population a réalisé le test Hémoccult en 2009-2010. Le taux de participation était de 32,1 % en 2010-2011 et de 31 % en 2012-2013. La participation est donc en constante mais légère diminution, et reste inférieure aux recommandations européennes préconisant un taux de recours de 45 %. La répétition du programme ainsi que des campagnes de prévention, une certaine « habitude » des individus à la réalisation du test Hémoccult ou bien des médecins généralistes à son explication pourraient contribuer à une augmentation graduelle de la participation. Or, cela n'est le cas, ni en France ni dans d'autres pays bénéficiant d'un programme similaire comme le Royaume-Uni, par exemple (Weller et al. 2007). Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal varient également en fonction des tranches d'âges des individus, en France, comme dans la majorité des pays d'Europe disposant d'un programme organisé. Les personnes les plus âgées adhèrent davantage au programme que les individus plus jeunes. (Altobelli et al. 2014; Zavoral et al. 2009 ; Klabunde et al. 2015).

La première évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été réalisée à partir des résultats de 22 départements du programme pilote, en novembre 2007. Le taux moyen de participation était à 42 %, et 47 % chez les femmes contre 40 % chez les hommes. Il variait selon les départements entre 31,1 % et 54,2 %. Une étude menée dans le département du Calvados de 2004 à 2006 (Pornet et al. 2010) a montré que la participation au dépistage organisé est plus importante pour les femmes que les hommes, et chez les personnes de la tranche d'âge intermédiaire (65-69 ans) que les individus plus jeunes et plus âgés. L'analyse de la participation au programme organisé de dépistage de 2007-2008 en Isère (Poncet et al. 2012) montre également que l'âge et le sexe sont statistiquement associés à la participation.

Enfin, les données publiées chaque année par l'InVs et l'INCA, montrent que les campagnes les plus récentes sont également caractérisées par une moindre participation des hommes, ainsi qu'une meilleure implication des personnes de plus de 60 ans.

Tableau n° 2 : **Taux standardisés de participation sexo-spécifique au dépistage du cancer colorectal en France**

	Homme	Femme	Ratio F/H
2009 - 2010	31,4%	36,5%	**1,16**
2010 - 2011	30%	34%	**1,13**
2012 - 2013	29,1%	32,8%	**1,13**

Sources : InVs. Réalisation : E. Faure.

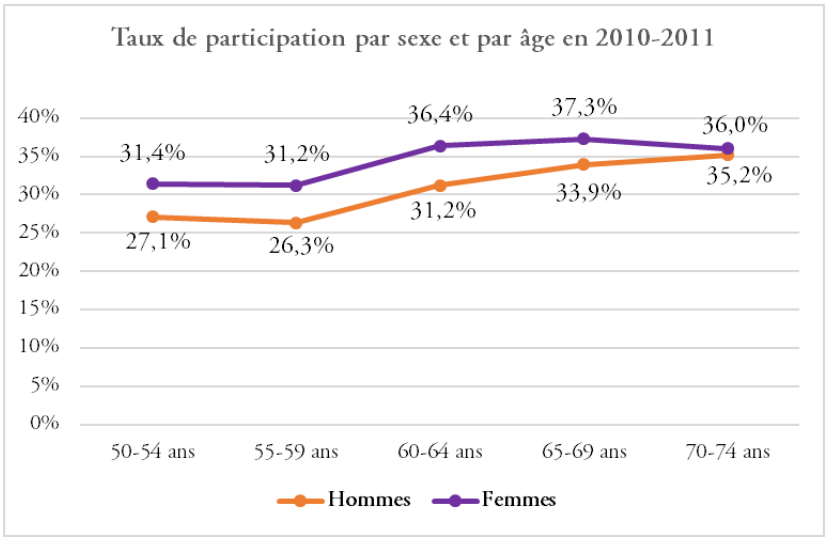
En France, la participation au dépistage organisé du cancer colorectal est donc plus importante pour les femmes que les hommes (tableau n°2). Or, les écarts de participation sont relativement faibles (ratios 1,16 en 2009-2010 et 1,13 en 2010-2011 et 2012-2013) et diminuent légèrement entre la première année et les deux suivantes. Les femmes participent davantage que les hommes au dépistage dans l'ensemble des pays disposant d'un tel dispositif. Par exemple, la Finlande est le pays européen où la différence entre hommes et femmes est la plus importante : 63 % contre 78 % durant les trois premières campagnes organisées dans le pays (Euler-Chelpin, Brasso, et Lynge 2010). D'après les données de l'*International Cancer Screening Network* publiées en 2014, les femmes participent aussi beaucoup plus que les hommes en Suède ou au Danemark ; les écarts sont en Italie ou en Espagne proches de ceux de la France. Seule la Belgique enregistre des taux de participation masculin et féminin similaire. Cependant, si les femmes semblent davantage participer que les hommes au dépistage du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles, cela n'est pas toujours le cas dans le cadre de programmes utilisant d'autres méthodes (sigmoïdoscopie, endoscopie ou coloscopie) (Seeff et al. 2004; Senore et al. 1996 ; Evans et al. 2005).

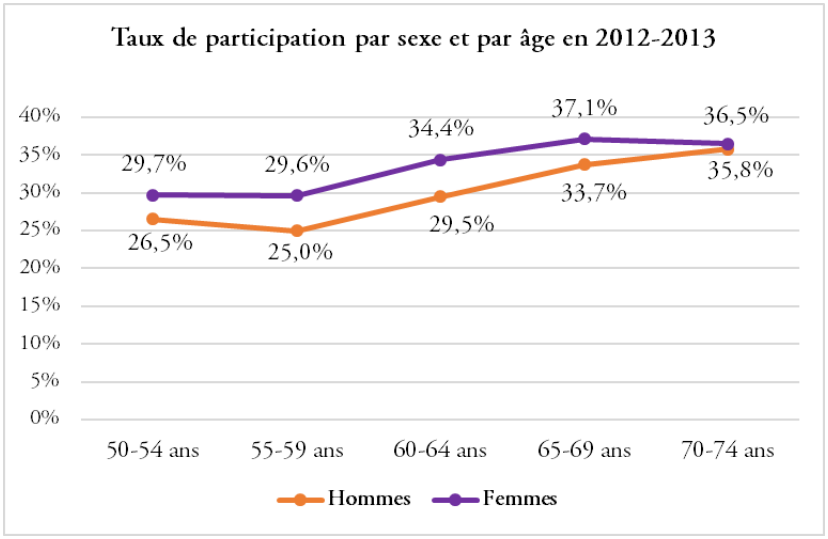
En France, quel que soit leur sexe les individus, les plus âgés participent davantage au dépistage organisé du cancer colorectal (graphique n°4).

En 2010-2011 comme en 2012-213, les taux de participation les plus élevés concernent les hommes et les femmes de plus de 60 ans. Cependant, en 2010-2011, l'écart entre hommes et femmes d'une même tranche d'âge est en moyenne plus important (3,8) que celui entre les femmes (2,1) ou entre les hommes (2,4) de différentes tranches d'âge.

Il en est de même en 2012-213, puisque l'écart entre hommes et femmes de chaque tranche d'âge est en moyenne de 3,4 points de pourcentage, alors que celui entre femmes des différentes tranches d'âge est de 2,05, et celui entre hommes de 3,1. Le sexe apparaît à cette échelle, et selon les données de l'InVs, légèrement plus discriminant que la tranche d'âge en termes de recours au dépistage organisé du cancer colorectal.

<u>Graphique n° 4 :</u> Taux de participation par sexe et tranches d'âge au dépistage organisé du cancer colorectal en France en 2010-2011 et 2012-2013





Sources : InVs, Mars 2012. Réalisation : E. Faure.

2.4.2. Facteurs socio-économiques et démographiques de participation

D'importantes disparités (sociodémographiques et spatiales) caractérisent le recours au programme. S'appuyant sur des données majoritairement quantitatives, des travaux scientifiques tentent donc d'en comprendre les facteurs.

L'étude française *Fado-colorectal*, réalisée entre décembre 2006 et avril 2007 dans six des vingt-trois départements pilotes du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (Calvados, Charente, Côte-d'Or, Isère, Orne, Saône-et-Loire), établit un lien entre recours au dépistage et certains indicateurs démographiques et socio-économiques individuels (H Goulard 2008 ; Hélène Goulard et al. 2009). Un questionnaire, adressé à la population cible résidant dans les six départements sélectionnés, a permis d'évaluer les facteurs d'adhésion, ou au contraire de non-participation au programme. Les facteurs

associés à la pratique du test sont le fait d'être une femme, d'être âgé de plus de 60 ans, de vivre en couple, de n'avoir jamais renoncé à des soins pour des raisons financières (soins dentaires, lunettes, etc.) et d'avoir une mutuelle de santé complémentaire. Le sexe est analysé au regard des pratiques préventives des femmes. En effet, l'étude montre que les femmes réalisant des frottis et des mammographies sont plus enclines à pratiquer le dépistage du cancer colorectal, que celles qui ne réalisent pas ces autres tests.

Ce constat, présent dans d'autres travaux (Duport et al. 2008), nous incite à interroger le rôle de l'éducation à la santé et la prévention au regard du sexe des individus, mais également des normes de genre associées. Le suivi gynécologique est induit par certaines spécificités de l'appareil génital et reproducteur des femmes. Or, nous l'avons rappelé, les travaux sur le *care* montrent que les représentations et pratiques des femmes vis-à-vis de la santé sont le reflet de normes sociales et ne sauraient donc pas être réduites aux seuls facteurs biologiques. N'avoir jamais renoncé à des soins pour des raisons financières (soins dentaires, lunettes, etc.) ou posséder une mutuelle de santé complémentaire sont également corrélés au recours au dépistage. Inversement, le niveau d'études des personnes ne semble pas avoir de rôle sur la pratique du dépistage. Enfin, l'accès[29] au cabinet médical ne serait pas lié à la pratique du dépistage. Cependant, l'importance du médecin traitant dans la participation au dépistage serait confirmée. En effet, les personnes participantes déclarent plus souvent que les non-participants « *pouvoir parler de tout avec leur médecin* » et avoir un contact régulier (au moins une consultation dans l'année) avec un médecin généraliste.

Dans le contexte danois, pays également doté d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles, une étude montre que le faible niveau socio-économique des individus ainsi que certaines caractéristiques démographiques ou migratoires sont statistiquement corrélées au recours à ce programme (Frederiksen et al. 2010). En effet, les taux de participation sont plus importants pour les individus ayant suivi de longues études, que ceux n'ayant pas eu cette opportunité. L'étude montre également que la participation au dépistage du cancer colorectal est corrélée aux revenus des individus (les personnes les plus modestes participent moins que celles possédant des revenus élevés). Les personnes en situation de handicap, les individus au chômage ou bien celles travaillant à leur propre compte participent relativement peu au regard de l'ensemble de la population cible. Enfin, les personnes immigrées originaires de pays non occidentaux participent

[29] Les auteurs ont évalué l'accès au cabinet médical à partir des réponses aux questions concernant la distance métrique entre le domicile et le cabinet, le temps et les types de transport mobilisés ainsi que les délais d'obtention de rendez-vous.

également moins. Or, les auteurs posent l'hypothèse que ce constat est davantage attribuable à l'inégale répartition des revenus dans la société qu'à d'éventuels facteurs culturels.

Une vaste revue de littérature portant sur les articles publiés littérature, portant sur les articles publiés en anglais et recensés en 2008 sur les bases PUBMED, Medline, EMBASE et PsycINFO, identifie certains facteurs socio-économiques associés à la participation du dépistage du cancer colorectal par test de recherche de sang dans les selles (Euler-Chelpin, Brasso, et Lynge 2010). Les résultats ne se sont pas homogènes, mais certaines tendances peuvent être signalées :

– le statut marital : D'après de nombreuses études, le fait d'être marié est significativement lié à la participation au programme de dépistage, et ce, pour les hommes comme pour les femmes. Cependant, si le statut marital joue un rôle relativement faible en Angleterre, c'est un facteur très important en Finlande où les personnes mariées sont deux fois plus nombreuses que les non-mariées à participer.

– le niveau d'éducation : Avoir suivi des études longues apparaît statistiquement associé à la participation au dépistage du cancer colorectal dans l'ensemble des publications recensées ; or la force de cette corrélation varie en fonction des pays.

– la classe sociale et le statut vis-à-vis de l'emploi : Bien qu'être au chômage semble souvent associé à une faible participation, aucun résultat n'est statistiquement significatif. De même, le revenu semble être positivement associé à la réalisation du test de dépistage, mais la comparaison est difficile en ce que les données disponibles proviennent souvent de sources disparates.

– le rapport à la prévention et au corps médical : Le fait d'avoir déjà réalisé une mammographie, un test du cancer de la prostate, contrôlé son cholestérol ou d'avoir consulté un médecin généraliste dans l'année semblent positivement associés à la participation au programme de dépistage du cancer colorectal. La majorité des travaux conclut en un lien significatif entre la consultation de professionnels médicaux et la réalisation du dépistage du cancer colorectal.

Certains travaux proposent d'analyser les représentations sociales et culturelles contribuant potentiellement à ces inégalités de recours au dépistage. Par exemple, une étude qualitative menée en Écosse propose d'appréhender des facteurs psychosociaux et cognitifs des variations socio-économiques de la participation au dépistage du cancer colorectal (Wardle et al. 2004). La faible participation des personnes appartenant aux classes sociales défavorisées serait associée à la plus forte propension de ces personnes à se déclarer stressées, à bénéficier de moins de support familial ou amical en cas de problème,

à être plus inquiètes et fatalistes à propos du cancer colorectal tout en étant moins confiantes envers le dépistage que les personnes appartenant à des classes sociales aisées.

Enfin, la revue de littérature précédemment citée met en valeur les déclinaisons spatiales de l'influence des déterminants de recours au dépistage organisé du cancer colorectal (Euler-Chelpin, Brasso, et Lynge 2010). Les auteurs concluent que « *the participation pattern depends in part on local circumstances, which makes it difficult to point to a general strategy for increasing the uptake in FOBT screening. This stresses the need for monitoring of individual screening programmes and developing information strategies targeted to the local participation pattern.* »[30] (Euler-Chelpin, Brasso, et Lynge 2010, p.395). La prise en compte des contextes nationaux, mais aussi locaux dans la compréhension des facteurs socio-économiques et démographiques de la participation au dépistage du cancer colorectal apparaît essentielle. Or, avant de nous intéresser aux travaux mobilisant l'espace comme facteur de différenciation des pratiques de dépistage, analysons des études proposant de dépasser le simple constat de la sur-participation des femmes par rapport aux hommes, en mobilisant une perspective de genre.

2.4.3. Du sexe au genre : un changement de paradigme encore balbutiant

La majorité des études démontre l'existence d'écarts de participation entre hommes et femmes, mais, malgré l'utilisation quasi systématique du terme « *gender* » (et non « sex ») dans leurs titres, peu de travaux se sont pleinement approprié le concept[31] (Evans et al. 2005). Cependant, certains travaux s'intéressent aux modalités de recours au programme de dépistage comme aux rapports à la prévention, au regard des représentations et pratiques des hommes et des femmes, des normes de genre ou bien de la relation patients/médecins.

Une étude qualitative, menée par entretien semi-directif dans l'État d'Ontario, montre la prégnance des normes de genre dans les déterminants de non-participation au dépistage du cancer colorectal[32] (Ritvo et al. 2013). Les femmes, connaissant bien mieux que les hommes les modalités de dépistage et

[30] Traduction : Les facteurs de la participation dépendent en partie de la situation locale, ce qui rend difficile d'envisager une stratégie globale visant à augmenter l'implication des individus dans le dépistage du cancer colorectal. Ce constat souligne la nécessité de mettre en place des programmes de dépistage personnalisés et de développer des stratégies d'information adaptées aux situations locales.

[31] Ce constat diffère de l'étude de la littérature concernant le dépistage du cancer du sein comprenant de nombreuses études féministes analysant le poids des normes de genre dans les représentations et pratiques des femmes, ainsi que les rapports de pouvoir qu'implique ce dépistage et son programme (Porroche-Escudero 2014a; Porroche-Escudero 2014c; Porroche-Escudero 2014b; Sulik 2011).

[32] Le dépistage du cancer colorectal comprend dans ce contexte, soit le test de recherche de sang dans les selles, soit la coloscopie.

l'organisation du programme, évoqueraient avant tout une appréhension de l'intrusion d'objet extérieur dans le corps (pour la coloscopie), leur stress et la gêne (pour tous les modes de dépistage). Les hommes témoigneraient, quant à eux, de leur procrastination, de leur vision fataliste de la santé et évoquent le fait de ne pas avoir besoin de consulter un médecin.

Une étude anglaise, analysant le rôle du genre dans la définition des freins à la participation au dépistage du cancer colorectal, montre que la principale différence entre homme et femme tient à l'anticipation de la gêne ressentie lors du test (Wardle, Miles, et Atkin 2005). Cette recherche montre également que le taux de chômage serait davantage corrélé avec le non-recours au dépistage du cancer colorectal chez les hommes que chez les femmes. Inversement, l'histoire familiale (c'est-à-dire le nombre de cas de cancer colorectal dans la famille comme facteurs incitant les individus à participer au programme) serait plus massivement associée à la participation des femmes que des hommes. D'après les auteurs de cette étude, le chômage serait un meilleur indicateur socio-économique pour les hommes que pour les femmes. Si cette proposition ne nous semble pas tout à fait satisfaisante (le marché de l'emploi est aujourd'hui presque autant masculin que féminin), celle visant le rôle de l'histoire familiale apparaît stimulante. Le rôle traditionnel des femmes dans la transmission de l'histoire familiale au sein des foyers contribuerait à la plus grande sensibilité de celle-ci à la présence de cas de cancers colorectaux dans la famille (Wardle, Miles, et Atkin 2005).

La revue de littérature établie par Sarah Payne visant à recenser les publications développant une « *gender-sensitive approach to screening* »[33] (Payne 2007) démontre également l'existence de différences entre hommes et femmes en termes de représentations du test, de facteurs de participation ou non-participation, de relations au médecin généraliste, ou bien de modalités d'implication dans le programme. Il apparaît que les hommes, participant au dépistage, déclarent réaliser le test en suivant les recommandations de leur médecin traitant. La majorité d'entre eux estime ne pas se sentir en danger ni concernée par le cancer colorectal. Inversement, les femmes participeraient davantage lorsqu'elles se sentent menacées par ce cancer, et ce sans faire référence aux recommandations de leurs médecins (McQueen, W. Vernon, and I. Meissner and al. 2006 ; Robb, Miles, and Wardle 2004). L'article *Gender and ethnic differences in colorectal cancer screening embarrassment and physician gender preferences*, montre également que le genre est, au même titre que d'autres rapports sociaux, un facteur des relations patient-médecin dans le cadre du dépistage du cancer colorectal (Consedine et al. 2011).

[33] Traduction : « approche genrée du dépistage ».

Enfin, les résultats de la revue de littérature précédemment citée (Evans et al. 2005) montrent que les femmes, consultant davantage le médecin généraliste que les hommes, se sentiraient plus concernées que leurs homologues masculins par les questions de santé et de prévention, mais seraient également plus souvent sollicitées par le corps médical à propos de ce type de programme (Airey et al. 1999 ; Evans et al. 2005).

Nous proposons dans le prochain paragraphe d'interroger les dimensions spatiales du recours au dépistage du cancer colorectal. Participation et facteurs de recours au programme sont analysés au travers de la littéraire existante.

2.4.4. Les espaces du dépistage du cancer colorectal

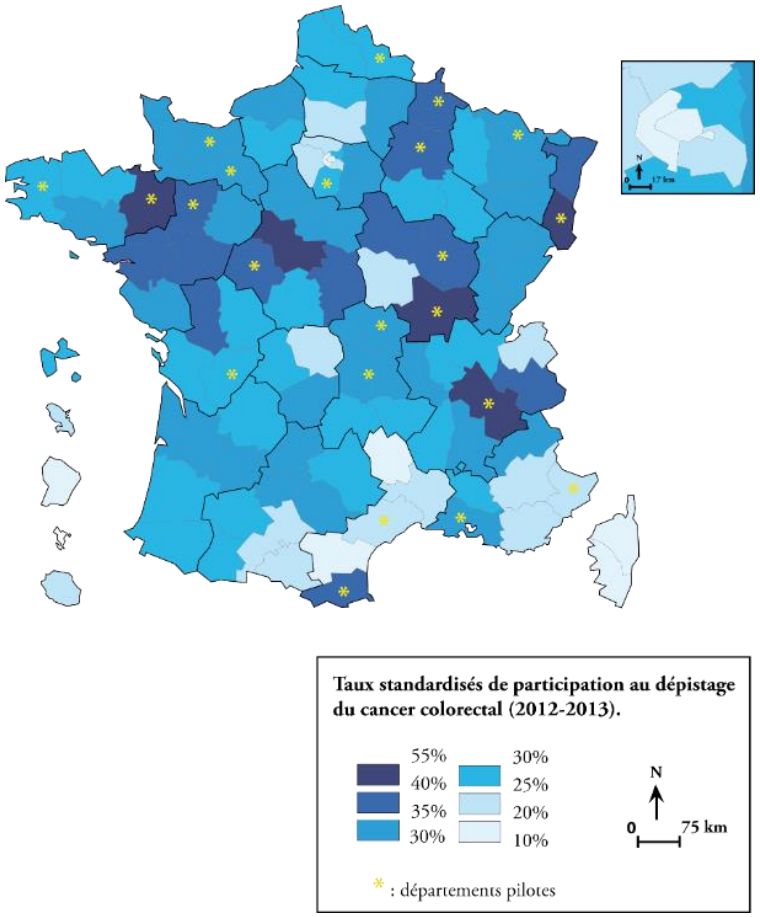
Des disparités spatiales de participation…

En France, l'institut de veille sanitaire (INVS) ainsi que l'Institut National Contre le Cancer (INCA) publient chaque année les résultats du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Les taux de participation sont analysés au regard du sexe et de l'âge des individus, de l'échelle nationale à l'échelle départementale.

Selon l'InVs, en 2009-2010 le taux le plus élevé est enregistré pour la Bourgogne (52,4 %) et le plus faible pour la Réunion (23,5 %). Sur la période 2010-2011, la participation au dépistage organisé est toujours aussi inégale selon les régions (de 8,3 % en Corse à 47,5 % en Bourgogne). Les écarts s'accroissent en 2012-2013 (de 7,3 % en Corse à 43,7 % en Alsace). Si pour l'année 2012-2013[34], d'importantes disparités caractérisent la distribution des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (étendue : 36,4), celle-ci n'est accompagnée d'aucune structuration spatiale (carte n°4). La situation du pourtour méditerranéen est, toutefois, originale : le département des Pyrénées-Orientales enregistre un taux de participation élevée, alors que les autres départements de cette région sont caractérisés par des taux très faibles au regard du reste de la France. L'Ile-de-France, région d'étude de cette thèse, est caractérisée par des taux de participation faibles, et ce qu'autant plus à Paris et dans les départements de l'ouest de la première couronne.

[34] Non reportée dans ce manuscrit, la cartographie des précédentes campagnes (2008-2009 et 2010-2011) accuse de tendances similaires à celles qui sont ici présentées (INCA 2011).

Carte n° 4 : Taux standardisés[35] départementaux de participation au dépistage du cancer colorectal en 2012-2013



Sources : InVs, 2014. Réalisation : E. Faure.

On observe également que la majorité des départements, ayant bénéficié du programme pilote du dépistage organisé du cancer colorectal (identifiés par un astérisque jaune sur la carte), enregistre des taux de participation supérieurs à la moyenne nationale. Cette association est particulièrement marquée en Ille-et-Vilaine, Saône-et-Loire, en Isère et dans le Haut-Rhin. Ce constat contribue à valider l'hypothèse selon laquelle plus le programme de dépistage est ancien, plus il est connu, accepté et plébiscité par sa population cible. L'analyse de la participation au dépistage du cancer colorectal réalisée dans le cadre de cette thèse pour les campagnes 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013 participera à cette réflexion. Cependant, il émerge de cette cartographie que certains départements, ayant bénéficié de ce programme pilote, enregistrent des taux de participation faibles voire très faibles.

L'hétérogénéité inter et infra-régions des taux de participation comme l'absence de l'association systématique entre taux de participation et ancienneté du programme mettent en valeur l'importance

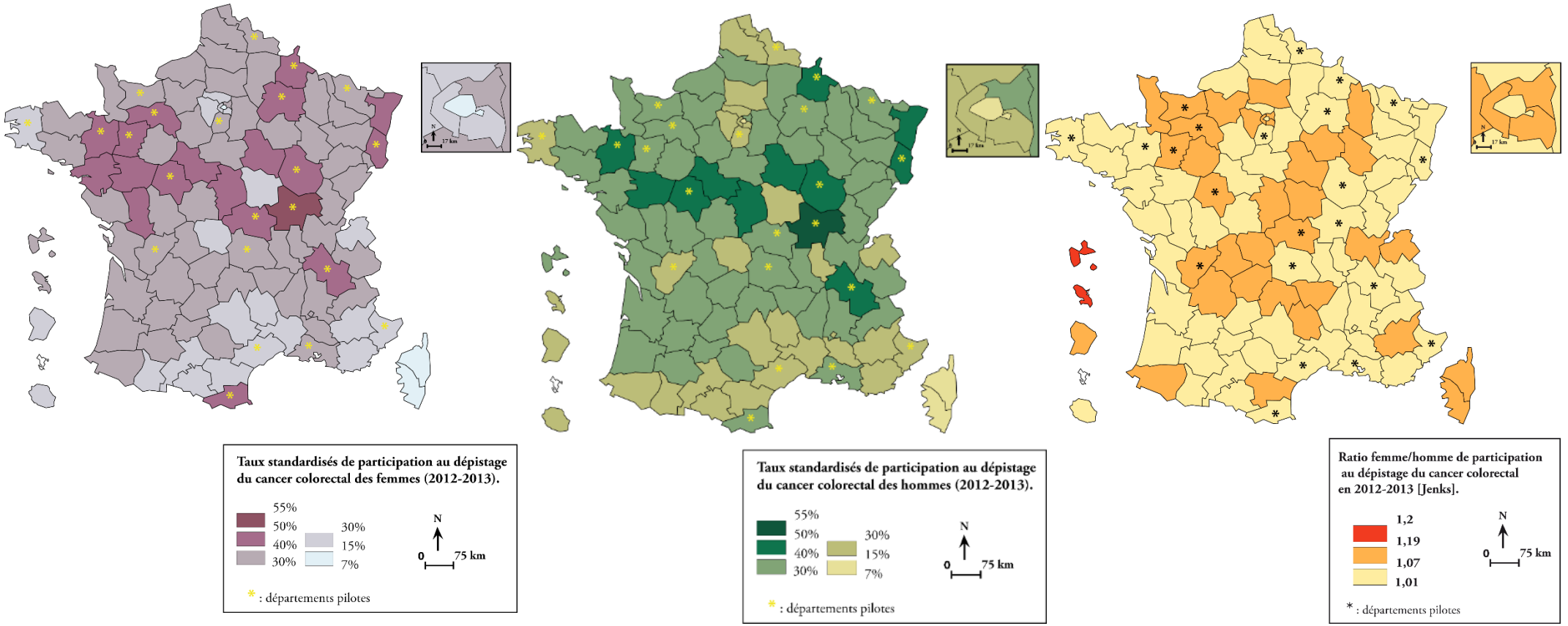
[35] Standardisation sur l'âge réalisée par l'InVs sur la population française 2009.

potentielle des dynamiques locales, et donc la nécessité d'une approche micro-locale. La répartition spatiale des caractéristiques socio-économiques et démographiques des individus, mais aussi de l'offre de soins, ou bien les modalités locales de promotion du programme (implications et jeux d'acteurs de différentes échelles) comme les constructions locales de la santé et des pratiques préventives permettent de mieux comprendre cette cartographie du recours au dépistage.

Nous proposons dorénavant de différencier les taux de participation des hommes de ceux des femmes (carte n°5). La répartition spatiale des taux de participation des hommes et des femmes témoigne de certaines tendances communes. Par exemple, les taux de participation des hommes et des femmes sont faibles dans les départements du pourtour méditerranéen (sauf dans les Pyrénées orientales). La participation des hommes et des femmes est également très faible en Ile-de-France, notamment à Paris. Inversement, un ensemble de départements situé sur une ligne est/ouest allant de la Loire-Atlantique à la Côte d'Or semblent se caractériser par des taux de participation plus élevés que la moyenne nationale. Finalement, à l'échelle départementale, la cartographie féminine de participation au dépistage du cancer colorectal ne se distingue pas beaucoup de celle des hommes. L'association entre participation et ancienneté du programme ne semble pas plus systématique pour les hommes que pour les femmes. En effet, certains départements ayant bénéficié du programme de dépistage, dès 2004, se caractérisent par de faibles participations pour les hommes comme pour les femmes (c'est le cas dans l'Essonne, le Puy-de-Dôme ou le Finistère par exemple) ; d'autres par des taux masculins et féminins élevés au regard du reste de la France (en Saône-et-Loire ou dans les Ardennes par exemple)

L'analyse des ratios femme/homme de participation au dépistage organisé du cancer colorectal permet une comparaison plus fine des comportements des hommes et femmes à l'échelle départementale. Les écarts de participation entre hommes et femmes sont globalement faibles. Les ratios femme/homme sont compris entre 1,01 et 1,2, avec de faibles variations entre départements métropolitains. Les régions du nord ou de l'est de la France, anciennement industrielles et abritant une population plus défavorisée et en moins bon état de santé que le reste de la France (Salem, Rican, et Kürzinger 2006), comme les espaces du pourtour méditerranéen caractérisés par une densité médicale importante, un taux de personnes âgées important et des situations socio-économiques globalement favorables, affichent le même écart entre la participation des hommes et la participation des femmes. Les écarts entre sexes sont, par ailleurs, identiques dans les départements enregistrant des taux de participation élevés et dans les départements caractérisés par de faibles taux de participation.

Carte n°5 : Taux standardisés[36] sexo-spécifiques et ratio femme/homme de participation au dépistage du cancer colorectal à l'échelle départementale en 2012-2013



Sources : InVS, 2014. Réalisation : E. Faure.

[36] Standardisation réalisée par l'INVS sur la population française 2009 (Projections de population Insee [scénario central] 2007-2042).

Le tableau suivant synthétise des données permettant d'appréhender les similitudes et les différences entre hommes et femmes vis-à-vis du cancer colorectal et de son programme organisé de dépistage (tableau n°3).

Tableau n°3 : Comparaison des taux d'incidence, de mortalité et de recours au dépistage des hommes et des femmes en France[37]

	Hommes	Femmes
Incidence (2008-2010)		
Taux d'incidence (moyenne nationale)	38,4 pour 100 000	23,7 pour 100 000
Etendue des taux départementaux	22,6	14,7
Mortalité (2005-2009)		
Taux de mortalité (moyenne nationale)	13,3 pour 100 000	7,9 pour 100 000
Etendue des taux départementaux	15,6	7
Dépistage (2010)		
Taux de participation (moyenne nationale)	30%	34%
Taux départemental maximun	49,1% (Sâone-et-Loire)	55,8% (Sâone-et-Loire)
Taux départemental minimum	7,4% (Corse)	9,2% (Corse)
Etendue des taux départementaux	41,7	46,6

Sources : Données InVs et PMSI in (INCA 2015) *E. Faure.*

Il apparaît que les hommes sont davantage affectés que les femmes par le cancer colorectal. Les taux d'incidence et de mortalité des hommes sont, en effet, plus élevés que ceux de femmes. Les hommes sont toutefois moins nombreux que les femmes à participer au dépistage organisé du cancer colorectal proposé à l'ensemble de la population depuis 2009. Les taux de participation des femmes sont, en effet, systématiquement plus élevés que ceux des hommes. Enfin, comme pour la mortalité générale ou la mortalité « évitable » en France (Salem, Rican, et Jougla 1999), les disparités interdépartementales d'incidence et de mortalité du cancer colorectal sont légèrement plus importantes pour les hommes que pour les femmes. Toutefois, ces disparités spatiales sont beaucoup moins marquées que pour d'autres types de cancers (Rican et al. 2008). Cependant, il apparaît que les disparités spatiales de participation au dépistage organisé du cancer colorectal sont plus élevées entre femmes qu'entre hommes.

[37] En plus de l'étendue (indicateur dépendant des valeurs extrêmes), l'hétérogénéité des séries (incidence, mortalité et participation au dépistage) aurait pu être appréciée au regard de leur coefficient de variation, rapport entre l'étendue et la moyenne, rapport entre l'intervalle inter-décile ou la médiane. Or, nous n'avons pas accès à l'ensemble des données détaillées (par sexe et par département) nous permettant, pour ces années, de calculer de tels indicateurs.

… à la spatialisation des facteurs de recours…

Des modèles statistiques multivariés mettent en valeur, en plus des facteurs individuels souvent cités (sexe, niveau socio-économique, type de couverture sociale), des facteurs contextuels de la participation au dépistage du cancer colorectal. À notre connaissance, en France seules deux équipes ont publié de tels résultats de recherches menées à l'échelle des Ilots Regroupés pour l'Information Statistique (Iris[38]). Ces deux études françaises utilisent le même indicateur pour caractériser les niveaux socio-économiques des Iris : l'indice de précarité de Townsend[39].

Les travaux en épidémiologie sociale menés par Florence Poncet et ses collègues analysent la participation au dépistage du cancer colorectal en Isère pour la période 2006-2007 (Poncet et al. 2012). Il apparaît que la participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal varie en fonction du sexe, de l'âge et du régime d'assurance de la personne, mais aussi en fonction du niveau socio-économique de l'Iris de résidence des individus. L'analyse multiniveaux met en valeur une différence de 24 % entre la participation enregistrée dans les Iris les plus favorisés et les plus défavorisés, après classement en quartiles de désavantage. Des résultats similaires avaient été obtenus de l'étude des disparités socio-économiques et spatiales de participation au dépistage du cancer colorectal dans le département du Calvados (Pornet et al. 2008). En effet, une relation linéaire entre taux de participation et caractéristiques socio-économiques des Iris de résidence des individus a été démontrée. Après ajustement sur l'âge et le régime d'assurance maladie des individus, l'analyse multiniveaux révèle une différence de probabilité de participer de 15 % entre les Iris les plus aisés (Iris du quintile 1 de l'indice de précarité ; OR=1) et les Iris les plus précaires (Iris du quintile 5 ; OR=0,85 (p-value=0,06)). Cette relation entre la participation et l'indice de précarité correspond à un gradient continu linéaire pour l'ensemble des Iris (p-trend<0,0001).

Dans une publication de 2010, l'équipe analysant la participation infra-communale dans le département du Calvados conclut à l'absence d'association entre la participation et « *l'accès à l'offre de soins* ». Aucune association significative ne peut être établie entre taux de participation et densité de médecins

[38] L'Iris (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique) est la maille infra-communales élémentaire la plus fine établie par l'Insee. Elles comptent entre 1 800 et 5 000 habitants.

[39] Indice préconisé à la suite du *Rapport Black* sur les inégalités sociales de santé au Royaume-Uni (Townsend, P., Phillimore, P. and Beattie, A. (1988) *Health and Deprivation: Inequality and the North.* Routledge, London). Cet indicateur de mesure de la précarité sociale d'une population se compose de la part de ménages sans voiture, de ménages non propriétaires, de ménages surpeuplés (>1 pers/pièce), et enfin du taux de chômage de la population active. Bien que souvent critiqué, cet indice reste aujourd'hui une référence en termes d'évaluation de la précarité à l'échelle locale.

généralistes (Pornet et al. 2010). Si cette publication pose la question de l'accès à l'offre de soins comme facteur du recours au dépistage du cancer colorectal, ce que ne fait pas l'étude menée dans l'Isère, l'indicateur choisi semble discutable. La densité médicale n'est pas suffisante à l'analyse de l'accès aux soins d'une population et peut être encore moins en ce qui concerne les médecins généralistes. L'accessibilité aux soins ne se réduit pas au calcul de distances euclidiennes, ou de densité de médecins par kilomètre carré ou densité de population. L'accessibilité est géographique, économique, culturelle, politique, etc. (Després et al. 2011 ; Lombrail 1998 ; Rican et al. 2014).

En 2007, un article publié dans le *Journal of the National Medical Association* interroge les pratiques des médecins au regard des caractéristiques socio-économiques de leurs quartiers d'exercice (Gorin et al. 2007). L'étude, menée à l'échelle infra-communale dans la ville de New York, compare des médecins travaillant, d'une part, dans des quartiers qualifiés de populaires et, d'autre part, des quartiers aisés. Les résultats de cette enquête, menée auprès de 264 médecins par questionnaire auto-administré, démontrent que les médecins travaillant dans des quartiers aisés recommandent davantage que les autres la coloscopie de dépistage à leurs patients (plutôt que le test de recherche de sang dans les selles), alors que les professionnels travaillant dans les quartiers défavorisés citent davantage que leurs confrères les nombreuses barrières à la réalisation du dépistage et privilégient le test de recherche de sang dans les selles. Novatrice, cette étude comporte pourtant des limites. L'éventuelle influence du sexe ou des normes de genre n'a pas été prise en compte dans l'analyse des questionnaires. De plus, elle n'a pas été complétée par un travail de terrain, alors qu'une telle démarche aurait, par exemple, permis d'appréhender plus finement les territoires d'étude et donc de questionner les indicateurs socio-économiques retenus.

Différentes études anglaises montrent également l'existence d'une corrélation entre l'indice de désavantage social de certains espaces (indice Townsend) et les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (Weller et al. 2007; von Wagner et al. 2009).

Une étude, portant sur la première vague d'invitations au programme anglais de dépistage du cancer colorectal, propose d'évaluer statistiquement l'influence du niveau de désavantage social des quartiers de la ville de Londres sur les taux de participation des individus (von Wagner et al. 2009). L'indice de Townsend, calculé pour chacun des 808 secteurs postaux de la ville de Londres, a été confronté aux taux de participation de ces entités spatiales. Les résultats ont démontré l'existence d'un fort gradient socio-économique de participation. Les espaces appartenant au quintile le plus privilégié enregistrent un taux moyen de participation de 49 %, alors que ceux appartenant au quintile intermédiaire un taux

de 38 %. Enfin, le taux de participation moyen des secteurs du dernier quintile est de 32 %. La variation du facteur socio-économique, ainsi appréhendé, entre les secteurs représentait 62 % de la variance des taux de recours au dépistage, et ce malgré le contrôle des données sur la diversité ethnique des secteurs, la mobilité des ménages et leur état de santé. Les auteurs proposent plusieurs pistes d'interprétation. Ils rappellent qu'il a été montré que la perception de tels programmes de dépistage des cancers varie en fonction de la classe sociale des individus (Wardle et al. 2004). Ils évoquent également des travaux ayant montré qu'une vision fataliste face au cancer est également corrélée avec le niveau socio-économique des personnes (Powe et Finnie 2003). De plus, il s'avèrerait que les inégalités sociales auraient une influence sur les représentations individuelles du futur versus présent, de la perte versus gain (Wardle et Steptoe 2003). Très intéressants, ces éléments de réflexions portent cependant uniquement sur les variations sociales de représentations et de pratiques sanitaires. Les auteurs n'interrogent pas du tout les dimensions spatiales de leur travail. L'indice de Townsend rapporté aux secteurs de résidence des individus permet d'appréhender des données sociodémographiques non disponibles à l'échelle individuelle. Or, l'organisation territoriale, les jeux d'acteurs ou bien les dynamiques sociodémographiques ou économiques de ces espaces ne sont pas du tout interrogés.

Mobilisant une méthodologie similaire, l'article de D. Weller et ses collègues rend compte de l'analyse de la seconde vague du programme de dépistage organisé du cancer colorectal dans le « West Midlands » en Angleterre (Weller et al. 2007). Les résultats obtenus sont relativement similaires à ceux observés dans l'étude précédente. En effet, les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal sont plus bas dans les zones géographiques, caractérisées par un indice de désavantage élevé, que dans les secteurs où résident des personnes bien plus favorisées. Ainsi, le taux moyen de participation des secteurs appartenant au quintile le plus défavorisé est de 37,2 %, alors que celui du quintile le plus favorisé est de 61,1 %.

Enfin, une étude menée dans trois régions d'Angleterre montre que les habitants des quartiers où résident des personnes de différentes origines et une grande proportion de locataires du parc public participent moins que les autres (Nnoaham et al. 2010). Ces résultats corroborent ceux d'études nord-américaines, notamment celle menée dans l'État de Caroline du Nord, selon laquelle les personnes résidant dans des comtés dits défavorisés participent moins que ceux des comtés les plus aisés (Wheeler et al. 2014). Cependant, comme pour les travaux précédents, les facteurs territoriaux de telles disparités ne sont pas analysés ni interrogés.

… et la territorialisation des analyses

Si les disparités spatiales et les inégalités sociales de recours au dépistage du cancer colorectal sont largement étudiées, les approches épidémiologiques (donc quantitatives) mobilisées n'interrogent pas comment le lien s'opère entre la santé et le territoire (vécu et défini par les habitants ou d'autres acteurs locaux). Or, l'état de santé et le recours aux soins des individus, ou bien les modes d'exercice des professionnels de santé, ou encore la mobilisation d'élus ou d'acteurs du champ socio-sanitaire sont ancrés dans des contextes territoriaux complexes et dynamiques (Rican et al. 2014; Vaillant 2006 ; Alouis 2013 ; Gumuchian et al. 2003 ; Viot et al. 2015).

Des travaux portant sur le dépistage organisé du cancer du sein, en Ile-de-France, montrent combien les échelles communales et infra-communales s'avèrent pertinentes à l'analyse des modalités de recours des femmes (Rican et al. 2014; Viot et al. 2015). La prise en compte des déclinaisons spatiales des facteurs socio-économiques de recours, mais également du rôle de l'histoire locale, des profils et pratiques des professionnels de santé (exercice plus ou moins partagé, concerté, ou au contraire solitaire), ou de l'aménagement et l'organisation du territoire (isolement de certains espaces, fractures et ségrégations urbaines, voire stigmatisation de micro-territoires), apparaît essentielle. Une telle démarche permettrait ainsi « *de souligner que les disparités locales s'ancrent pleinement dans l'agencement des territoires urbains : le rapport à la prévention permet de lire le rapport à la ville et réciproquement* » (Rican et al. 2014, p.45).

Les jeux d'acteurs locaux (densité et nature des partenariats, intersectorialité, rapports de pouvoir, etc.) possèdent également un rôle important dans l'état de santé et le recours aux soins (curatifs et préventifs) des individus, comme dans l'implantation des professionnels de santé (Rican et al. 2014; Viot et al. 2015 ; Chevillard 2015). À notre connaissance, le dépistage du cancer colorectal n'a jamais fait l'objet de telles études. Cependant, l'analyse géographique de ce programme national décliné à l'échelle départementale, au sein duquel le médecin généraliste possède un rôle central, et dont la promotion est prise en charge par des acteurs de fonctions et d'échelles d'intervention différentes, semble des plus pertinentes.

Synthèse

Notre analyse de la littérature montre qu'en France la participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal reste faible. De plus, d'importantes inégalités sociales et variations spatiales caractérisent le recours des individus à ce programme. La répartition spatiale des taux de participation à ce dépistage est également hétérogène : régions et département français enregistrent des écarts importants. Enfin, quel que soit l'âge ou le département de résidence des individus, les femmes participent davantage que les hommes.

Les résultats présentés dans cette revue de la littérature permettent également d'identifier certains liens entre des indicateurs socio-économiques ou démographiques et les taux de participation au dépistage du cancer colorectal et de poser de nouvelles hypothèses. Or, plusieurs limites doivent être relevées. Premièrement, ces études principalement épidémiologiques interrogent le rôle de la démographie médicale, du sexe, du statut marital ou des caractéristiques socio-économiques de la population, et ce, à l'échelle régionale, départementale, parfois communale, mais rarement à des échelles plus fines. Deuxièmement, malgré l'usage des termes « genre » ou « gender », la quasi-totalité de ces études adopte des approches quantitatives dans lesquelles le genre est synonyme de sexe. En effet, si des travaux interrogent les facteurs socio-économiques, démographiques ou sanitaires pouvant expliciter l'importante participation des femmes au regard de leurs homologues masculins, peu d'entre eux prennent en compte le rôle des constructions de genre comme facteur de variations des pratiques de dépistage. Troisièmement, si quelques travaux, principalement anglo-saxons, intègrent les dimensions sociales et « genrées » des modalités de recours au dépistage du cancer colorectal, la déterritorialisation des observations et des résultats est généralisée.

Conclusion

L'hypothèse centrale de cette recherche est qu'il existe des **modes de production de la santé préventive territorialisés et genrés.** Il s'agit donc de se demander en quoi le fait d'être une femme ou un homme, ici plutôt qu'ailleurs, peut avoir un sens en termes de santé préventive.

Nous proposons de décomposer l'étude des liens entre genre et construction territoriale de santé au travers du dépistage du cancer colorectal en deux axes : **le recours** au programme de dépistage organisé, et **la promotion** de ce programme et de la santé préventive de façon plus générale (de l'échelle micro-locale du foyer ou du cabinet médical à l'échelle communale et départementale).

Premièrement, nous posons l'hypothèse que les disparités spatiales de participation au dépistage du cancer colorectal ne sont pas seulement le résultat d'une distribution inégale des facteurs socio-économiques dans la ville, mais résultent de véritables constructions territoriales de la santé des hommes et des femmes.

Deuxièmement, nous posons l'hypothèse que les combinaisons locales de facteurs sociaux, politiques ou historiques autant que l'implication des acteurs locaux (élus, professionnels socio-sanitaires ou associatifs) constituent des paramètres importants des effets de lieu, participant aux déclinaisons spatiales du recours des hommes et des femmes au dépistage du cancer colorectal.

Notre troisième hypothèse majeure, transversale aux deux premières, est la suivante : l'ensemble de ces processus (disparités spatiales de participation, constructions locales de la santé, dont sa promotion par des acteurs intervenant à différentes échelles, etc.) est ancré dans des normes de genre attribuant aux hommes et aux femmes des statuts et rôles spécifiques vis-à-vis de la santé. Enfin, nous supposons que si les normes de genre sont facteurs de ces constructions socio-territoriales de santé, ces processus participent aussi à leur renforcement.

Les processus de construction territoriale de santé des hommes et des femmes seront identifiés et analysés au travers d'une série d'hypothèses secondaires :

– l'histoire sociale et politique d'un territoire, ainsi que les politiques publiques actuelles sont constitutives de ces constructions territoriales de santé.

– l'organisation de l'offre de soins (la densité médicale, la répartition spatiale des professionnels de santé, leurs pratiques et représentations, etc.) constitue également un déterminant des constructions

territoriales de santé des hommes et des femmes. D'après la littérature, le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le recours au dépistage de ses patients et patientes. Il conviendra donc d'analyser les profils de ces professionnels, leurs pratiques et représentations, ainsi que leurs éventuelles déclinaisons territoriales.

– si les médecins généralistes sont des acteurs clés de la promotion des messages de santé publique, les instances de socialisation, formelles ou non (les associations ou les groupes de pairs), en sont également des vecteurs. En outre, dans la continuité des travaux de géographes sur l'occupation sexuée de l'espace public, nous posons l'hypothèse que ces instances de socialisation sont perçues et appropriées différemment par les hommes et les femmes.

Cette thèse propose donc une nouvelle perspective d'étude des rapports entre espace et société, à la fois en termes de sujet (cancer colorectal peu présent dans la littérature), d'approche (rôle des normes de genre dans les représentations et pratiques des hommes et des femmes, comme des multiples acteurs impliqués dans le programme de dépistage), et – le chapitre suivant l'illustrera – de méthodologie (association d'outils méthodologiques quantitatifs et qualitatifs).

Chapitre 2.

Construction d'un projet de recherche : questionnements, choix et méthodologie

Introduction 89

1. Des espaces devenus terrains 89

1.1. Les modalités d'une approche comparative 90

1.2. Échelle départementale : les Hauts-de-Seine 93

1.3. Choix des terrains : les communes 99

1.4. Choix des terrains : les quartiers 125

1.5. L'inclusion des Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) : pourquoi et comment ? 131

2. Outils méthodologiques 132

2.1. Quantitatif versus qualitatif un faux débat 132

2.2. L'approche par le nombre : recours au dépistage du cancer colorectal 136

2.3. L'approche par le verbe : représentations et pratiques des acteurs 143

3. Méthodologie et positionnement : une analyse critique 159

3.1. Les enjeux de la présentation du sujet et de l'introduction de l'entretien 160

3.2. Retour réflexif sur les entretiens population : entre « distance sociale » et « savoir situé » 163

3.3. De l'impact de la recherche sur son objet 166

Conclusion 169

Introduction

La présentation de la méthodologie adoptée pour mener à bien ce travail de recherche vise à répondre à trois questions : *pourquoi*, *où* et *comment*. Décrire les outils méthodologiques mobilisés ainsi que les terrains d'étude ne suffit pas. Il convient d'argumenter ces choix, de les situer dans leur contexte épistémologique, de présenter leurs atouts et leurs limites.

Dans ce chapitre nous présentons donc le support théorique qui a inspiré la méthode et les outils de récolte des données telles que les notions de comparaison et d'approche multiscalaire. De l'échelle départementale aux échelles micro-locales, les choix des terrains sont tout d'abord justifiés (1). Les contextes d'étude sont présentés au regard d'indicateurs socio-économiques et démographiques ainsi que de données historiques. Il ne s'agit pas de dresser un tableau général, purement descriptif des espaces alto-séquanais, boulonnais ou gennevillois, mais d'interroger leur cohérence et leur complexité. Les modes de collecte ainsi que les types d'analyse des données sont ensuite détaillés, en distinguant celles dites « quantitatives » et « qualitatives » (2). Enfin, la dernière partie rend compte d'une analyse critique de certains éléments méthodologiques, dont la question du positionnement et de la présentation de la chercheuse vis-à-vis de son sujet et terrain (3).

1. Des espaces devenus terrains

Des limites administratives (département, commune, quartier et Iris) servent de base au recueil ou au traitement des données, tant quantitatives que qualitatives. Cependant, la confrontation des délimitations officielles à nos observations ainsi qu'aux discours des différents acteurs de terrain permet d'interroger ces espaces et les pratiques territoriales qui s'y inscrivent. Les limites administratives ne sont pas des frontières infranchissables circonscrivant la vie des personnes à leur commune ou leur quartier : « *chaque acteur agence son propre espace qui articule lieux, territoires et réseaux et vit une spatialité éclatée, ponctuée par de multiples nœuds, articulant tous les niveaux d'échelles.* » (Lévy et Lussault 2003, p.749). Il ne s'agit donc ni de les exclure complètement ni de les prendre en tant qu'unités spatiales exclusives et définies, mais plutôt comme « *une base des possibles* » (Gumuchian et al. 2003, p.42).

1.1. Les modalités d'une approche comparative

L'une des premières séries de questions qui se pose au chercheur souhaitant mener un travail comparatif est la suivante : comment définir ce qui est *a priori* comparable ou non ? À partir de quels critères ? Enfin, et peut-être avant tout : Pourquoi comparer ?

1.1.1. Pourquoi comparer ?

Alain Reynaud écrit en 1984 que « *ni les monographies, précises, éclairantes, mais non généralisantes, ni les modèles, rigoureux, séduisants, mais rapidement dogmatiques, ne permettent aux géographes de traduire la réalité en évitant tout à la fois de la simplifier outrancièrement ou de se perdre dans sa diversité infinie.* » (Reynaud 1984, p.28). La comparaison serait donc un compromis entre monographie et modélisation. Elle permettrait l'équilibre entre une analyse fine et détaillée d'un territoire et une étude plus générale ou théorique, et, l'identification de tendances transposables voire généralisables.

La comparaison permet également, dans une logique descriptive, de mieux connaître son objet de recherche et d'appréhender un sujet de différentes façons (Vigour 2005). La comparaison tend également à opérer un classement des phénomènes observés. Par la constitution de typologie, elle « *répond à un souci de clarification de la réflexion et du phénomène étudié, susceptible de constituer un appui à la conceptualisation et la généralisation* » (Vigour 2005, p.109). La comparaison met en parallèle des faits et processus entre eux. Elle permet ainsi de mieux comprendre le *comment* des rapports sociaux, mais peu, à notre sens, le *pourquoi* de ces derniers.

Finalement, si nous substituons aux « *répertoires nationaux* » de Juliette Galonnier l'étude des contextes locaux, notre comparaison « *vise à identifier des "invariants", puis de voir comment ils se déclinent selon les contextes, comment ils sont modulés, travaillés, nuancés par les différents répertoires nationaux.* » (Galonnier 2011, p.5). C'est par la confrontation de différents contextes que leurs originalités et leurs invariants seront identifiés et analysés.

1.1.2. Les éléments de la comparaison

Dans cette thèse, la comparaison est à la fois spatiale, sociale et temporelle.

Spatiale, en ce qu'elle confronte les constructions territoriales de santé de plusieurs communes, quartiers et autres « micro territoires ».

Sociale, car l'ambition de cette thèse est de mieux comprendre les représentations et pratiques sanitaires des hommes et des femmes dans différents territoires. Mais également *sociale*, car il ne s'agit pas de comparer deux catégories (homme et femme) qui seraient homogènes et figées, mais des faits et discours résultants de rapports sociaux complexes impliquant le sexe, le genre, la classe, l'âge, etc.

Enfin, la comparaison est *temporelle*, car un territoire ne peut se comprendre sans prendre en compte son histoire (politique, sociale ou économique). Elle est aussi *temporelle*, car l'analyse de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal porte sur plusieurs campagnes successives.

1.1.3. Les échelles de la comparaison spatiale

Notre démarche est comparative et multiscalaire.

L'analyse de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal est menée à **l'échelle départementale.** Il s'agit d'évaluer la participation des habitants et habitantes des Hauts-de-Seine, puis de la comparer à d'autres départements franciliens. Nous posons l'hypothèse que cette échelle est le support d'une politique publique de santé, mais très peu de représentations et pratiques sociales partagées.

Nous analysons également les taux de participation ainsi que les politiques locales de santé, l'organisation des réseaux d'acteurs et les manifestations territoriales de rapports sociaux à **l'échelle communale.** Les dynamiques territoriales des villes de Gennevilliers et de Boulogne-Billancourt seront ainsi comparées.

Les taux de participation appréhendés à **l'échelle infra-communale** sont analysés au regard des compositions socio-économiques et démographiques des quartiers urbains, mais aussi de leur organisation sociale, politique, etc. Deux conceptions du **quartier** peuvent être confrontées. D'une part, celle se référant à l'aménagement du territoire. Elle est par exemple au centre des politiques de la ville qui définissent, à partir de cette dénomination, des espaces caractérisés par des indicateurs socio-économiques défavorisés où des actions spécifiques doivent être menées. Les municipalités définissent également des quartiers possédant un nom propre. Ils sont représentés par un élu et souvent animés par un conseil de quartier. D'autre part, une conception des territoires définis « par le bas », où pour les acteurs locaux y compris les habitants. Les quartiers sont ainsi *« les produits involontaires de la multitude des grands et petits gestes de la vie quotidienne. »* (Pinçon et Pinçon-Charlot 2002, p.16). Ce quartier-territoire est envisagé par les géographes comme une « *structure construite, produite et imaginée par*

l'individu et néanmoins intelligible pour la collectivité en tant que représentation imprégnée d'informations et d'apprentissages sociaux» (Di Méo 1994, p.257). Il ne s'agit alors pas nécessairement d'espaces reconnus homogènes d'un point de vue socio-économique ou paysager, mais, selon l'expression d'Armant Frémont, « *d'espaces vécus* ». Dans cette thèse, l'échelle du quartier est mobilisée en tant que territoire restreint de l'organisation des politiques et de l'action locale (sur la base des délimitations des municipalités), mais également comme le résultat de constructions sociales individuelles et collectives.

Nous posons l'hypothèse que les échelles communale et infra-communale sont structurantes des dynamiques territoriales de santé en ce qu'elles sont le support, le produit et l'enjeu de pratiques spatiales quotidiennes et de représentations sociales constitutives des rapports des hommes et des femmes à la santé. Nous posons également l'hypothèse que la pertinence d'une échelle varie selon les territoires. Par exemple, l'échelle de la commune peut être révélatrice (par l'intensité du sentiment d'appartenance de ses habitants, le fonctionnement des réseaux d'acteurs, etc.) d'une forme d'organisation territoriale dans un certain contexte, mais beaucoup moins dans un autre, où l'échelle du quartier sera plus pertinente par exemple.

L'analyse des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal ainsi que des caractéristiques sociodémographiques est également menée à l'échelle des **Ilots Regroupés pour l'Information Statistique** (**Iris**). L'Iris est la maille spatiale de référence de l'Institut national de statistique (Insee) en matière de diffusion de données infra communales. Agréger les données à cette échelle permet une analyse micro-locale détaillée, tout en préservant l'anonymat. Comme toute délimitation figée, elle possède des limites. Elle peut notamment annihiler certaines de ces fractures, notamment dans des espaces densément peuplés comme Boulogne-Billancourt. Par exemple, alors qu'une rue peut être le support de pratiques et représentations spatiales partagées par ses habitants (Brody 2005 ; Charmes 2006 ; Fleury 2009), le tracé des Iris, s'appuyant sur la trame viaire, attribue bien souvent chaque côté d'une rue à un Iris différent. De plus, l'échelle de l'Iris n'illustre pas les représentations ou les pratiques des individus. Ainsi, aucune enquête de terrain portant sur l'autodéfinition des espaces par leurs habitants n'est prise en compte. La configuration d'espaces où vivent des populations appartenant à des classes sociales distinctes vivant dans des périmètres très restreints, explique également que certains Iris puissent être hétérogènes. Par exemple, l'Iris boulonnais Renault 3 (plan des Iris annexe n°2) comprend à la fois l'ensemble d'ex-ILN du quartier du Pont-de-Sèvres (où loge une population plutôt modeste) et l'éco quartier Rive de Seine (abritant une population

très aisée, et vraisemblablement beaucoup plus jeune). De la même façon, la « répartition verticale »[1] des classes sociales des immeubles des quartiers très aisés du nord de Boulogne-Billancourt est rendue imperceptible par ce type de représentation spatiale. Enfin, la temporalité des remises à jour de ces découpages pose question. Le tissu urbain et la composition démographique des espaces évoluent parfois plus rapidement que le tracé des Iris. Selon la municipalité et l'organisme d'aménagement du quartier (SAEM Val de Seine aménagement), l'Iris boulonnais Renault 3 comprenant une partie du Pont-de-Sèvres, mais aussi l'éco quartier Rive de Seine compte aujourd'hui environ 13 000 habitants.

Enfin, l'analyse des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal est menée à l'échelle d'un carroyage de 50 mètres sur 50 mètres. Adopter une échelle aussi fine permet de s'affranchir des limites inhérentes à celle des Iris. De plus, cette maille, telle que nous l'avons construite (cf. 2.2.2), permet de respecter la répartition spatiale des individus invités au programme de dépistage. Par exemple, à Gennevilliers, la majorité de la population de l'Iris Grésillons 4 (plan des Iris annexe n°2), comprenant le port et la zone industrielle, est concentrée à l'extrême sud-est de son territoire. Attribuer un taux de participation au dépistage du cancer colorectal à l'ensemble de surface peut s'avérer trompeur.

1.2. Échelle départementale : les Hauts-de-Seine

1.2.1. Les Hauts-de-Seine, un espace favorisé

Le département des Hauts-de-Seine appartient à la petite couronne de la région Île-de-France. Il est limitrophe des départements de la Seine-Saint-Denis au nord-est, du Val-d'Oise au nord, des Yvelines à l'ouest, de l'Essonne au sud, du Val-de-Marne au sud-est et de Paris à l'est.

Le département comprend trente-six communes (carte n°6). Ses habitants et habitantes sont appelés les Alto-séquanais et Alto-séquanaises.

D'après l'Insee, le département comptait 1 586 434 habitants en 2012 (c'est-à-dire 13,3 % de la population d'Île-de-France).

[1] Les immeubles des quartiers nord de Boulogne-Billancourt abritent des foyers très aisés (cf. carte n°13 représentant la répartition des revenus par Iris), mais aussi, aux derniers étages, une population bien plus modeste, en grande partie employée par la première.

<u>Carte n°6 :</u> Situation, limites et communes du département actuel des Hauts-de-Seine

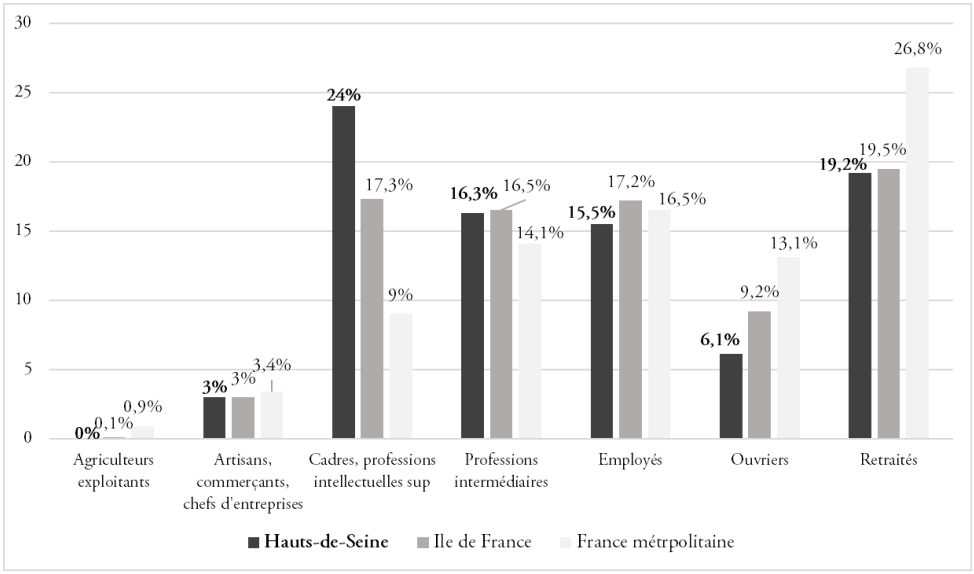


Source : IAU, Île-de-France.

Historiquement très présent sur le territoire, le secteur secondaire est en net déclin depuis la fin des années 1970 au profit du secteur tertiaire qui occupe aujourd'hui 15 % des employés du département. D'après l'Insee, en 2005, le PIB par habitant était 2,6 fois plus élevé dans les Hauts-de-Seine que celui de la moyenne nationale (73 277 euros courants par habitant contre 27 723 en France métropolitaine).

En 2014, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures représente près d'un quart de la population active occupée (24 %), contre 17,3 % en Île-de-France et 9 % en France métropolitaine. La part d'employés est, quant à elle, légèrement plus faible dans les Hauts-de-Seine que dans la région et le pays. Enfin, la part d'ouvriers est aujourd'hui relativement faible dans les Hauts-de-Seine (6,1 % contre 9,2 % en Île-de-France et 13,1 % en France métropolitaine) (graphique n°5).

Graphique n°5 : Répartition de la population par catégories socioprofessionnelles en 2014



Source : Insee, estimations de population, 2014. Réalisation : E. Faure.

Les Hauts-de-Seine est un département dynamique d'un point de vue économique et abritant une population plutôt favorisée. Cependant, cet espace francilien est aussi caractérisé par d'importantes inégalités socio-économiques.

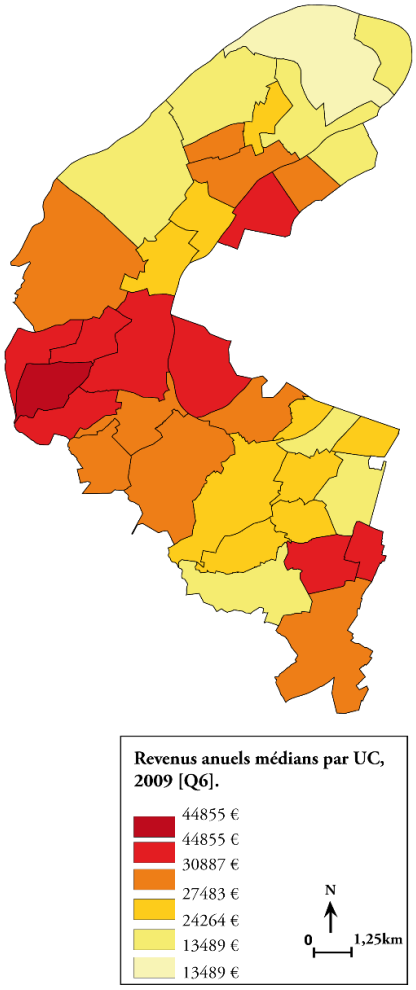
1.2.2. Un espace aux profils socio-économiques contrastés

Les indicateurs socio-économiques de villes du nord des Hauts-de-Seine (Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Asnières-sur-Seine ou Nanterre) comme de certaines communes situées au sud du département (Bagneux, Montrouge ou Vanves) sont plutôt défavorables (carte n°7). Inversement, Sceaux, Bourg-la-Reine et un ensemble de communes du centre du département (Ville-D'Avray, Saint-Cloud, Boulogne-Billancourt) abritent des populations aux profils socio-économiques favorisés voire très favorisés. Enfin, Neuilly-sur-Seine et Marnes-la-Coquette se démarquent par l'aisance économique et les statuts sociaux de ses résidents.

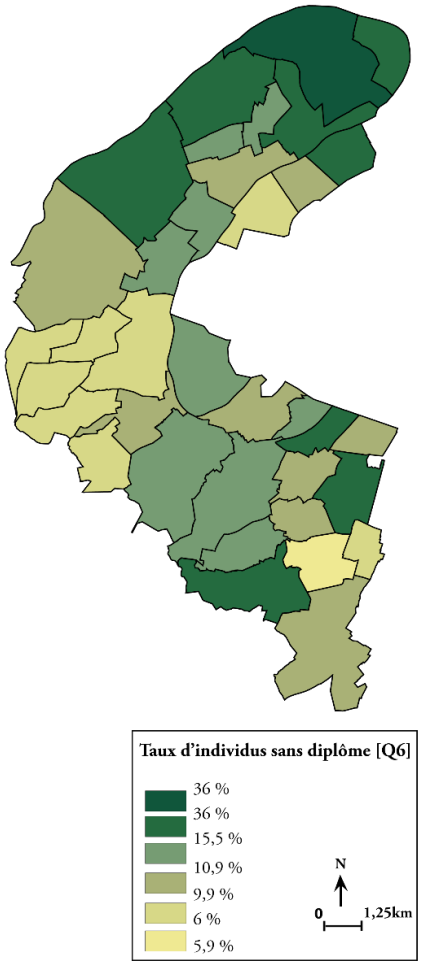
On observe également d'importantes disparités infra-communales (carte n°7). Les villes de Levallois-Perret, Rueil-Malmaison ou Boulogne-Billancourt dont les moyennes communales témoignent de l'aisance de leur population abritent aussi des populations au niveau de vie moins élevé. Des gradients est/ouest (Rueil-Malmaison et Levallois-Perret) ou nord/sud (Boulogne-Billancourt ou Antony) apparaissent dans l'analyse de la répartition par Iris des revenus médians par unité de consommation. Inversement, certains quartiers aisés se situent au sein de communes caractérisées par des indicateurs socio-économiques, dans l'ensemble, défavorisés (Châtenay-Malabry ou Asnières-sur-Seine).

Carte n°7 : Panorama cartographique des disparités socio-économiques communales et infra-communales alto-séquanaises en 2009

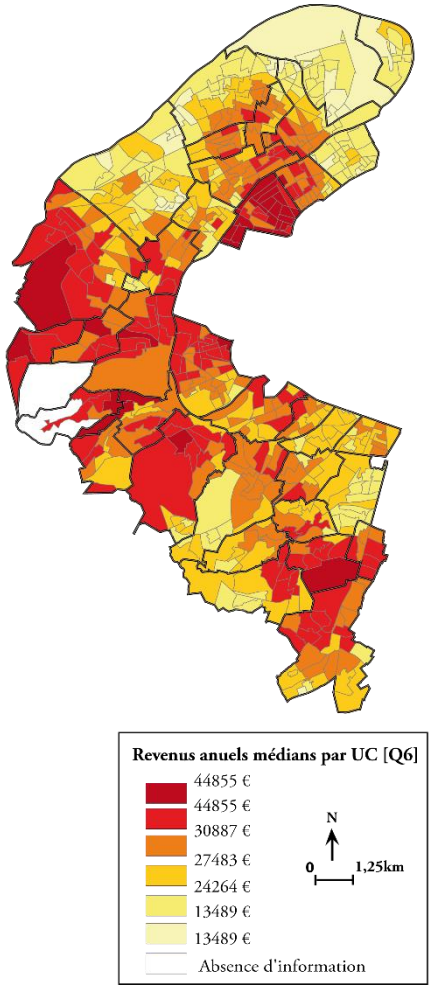
Revenus annuels médians par unité de consommation



Part des individus de plus de 15 ans non scolarisés sans diplôme



Revenus annuels médians par unité de consommation par Iris

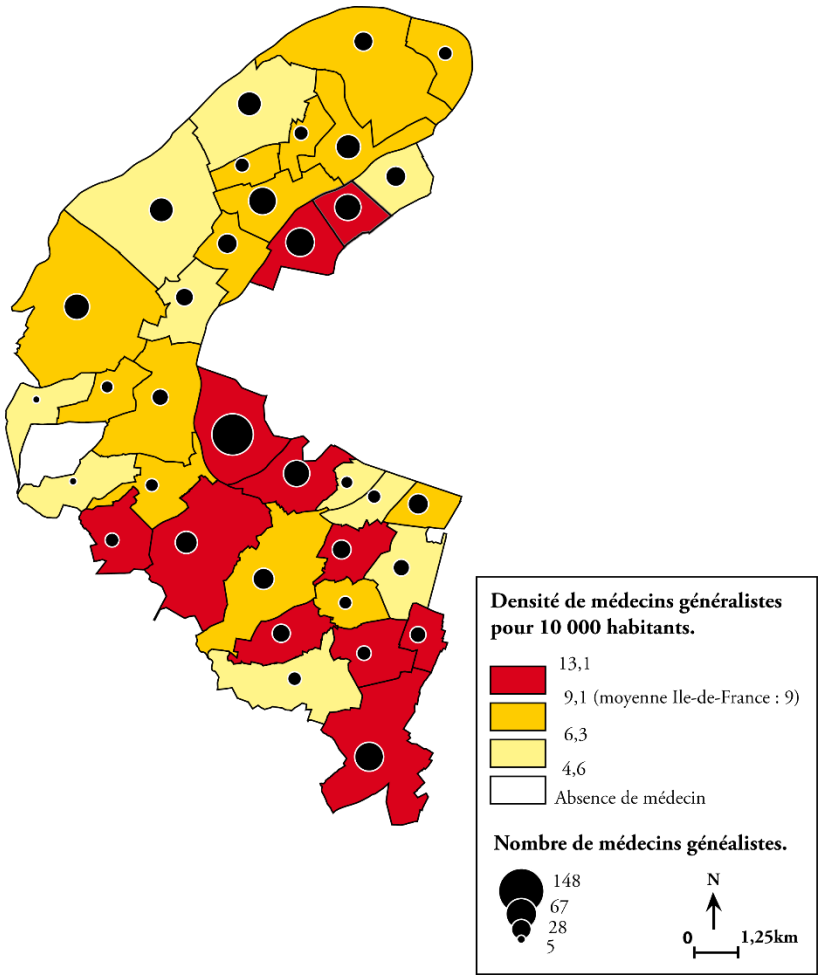


Sources : Insee, RGP 2009

1.2.3. L'offre de soins comme marqueur de l'hétérogénéité du territoire alto-séquanais

La répartition de l'offre en médecine générale accuse également d'importantes disparités spatiales (carte n°8). La densité de médecins généralistes des communes du département est comprise entre 4,7 pour 10 000 habitants à Ville-d'Avray et 13,1 à Boulogne-Billancourt (Ameli, Insee RGP 2009). Les communes possédant une densité médicale supérieure à la moyenne d'Île-de-France (9/10 000) sont, sauf Neuilly-sur-Seine et Levallois-Perret, situées au sud du département.

Carte n°8 : Répartition spatiale de l'offre en médecine générale dans les Hauts-de-Seine



Sources : Assurance maladie et Insee. Traitements et réalisation : E. Faure.

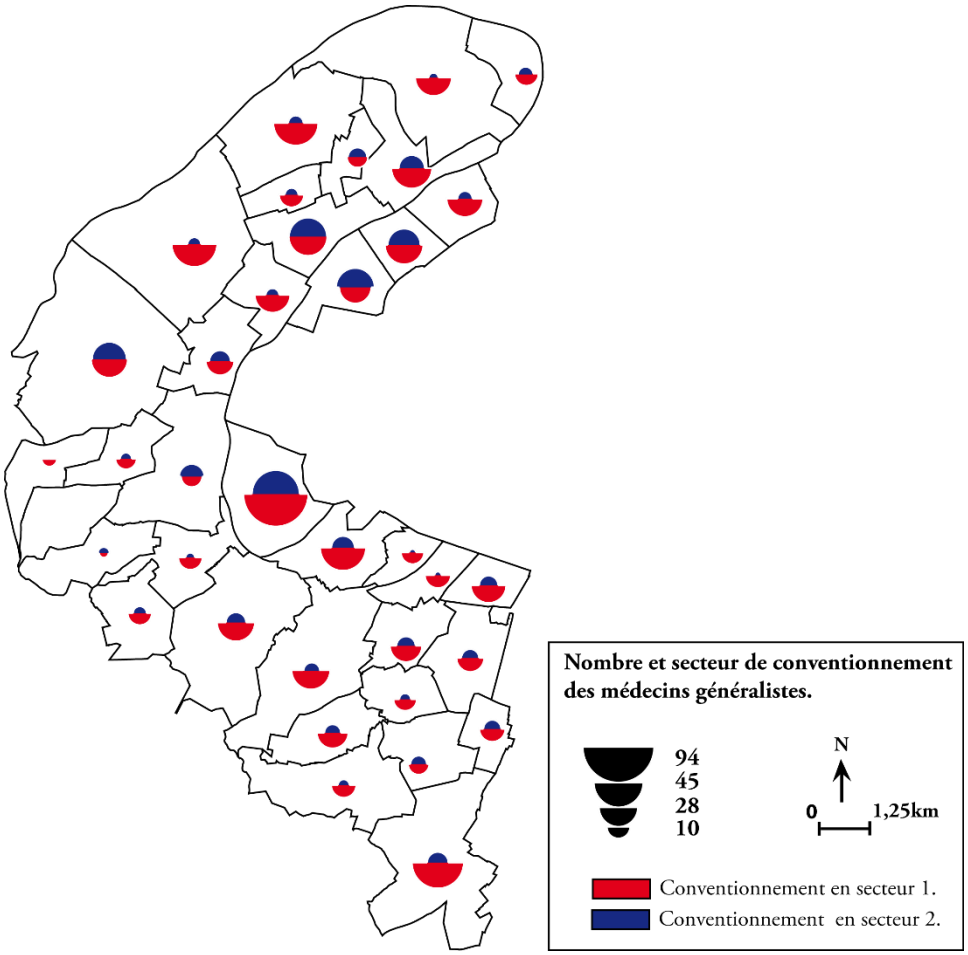
Le second aspect qui démontre la diversité de l'offre en médecine générale dans les Hauts-de-Seine tient à la répartition de ces professionnels en fonction de leur secteur de conventionnement[2] et donc des tarifs

[2] Un médecin en « secteur 1 » a adhéré à une convention et respecte le tarif de base de la caisse d'assurance maladie (23 euros pour un généraliste en 2015). Un médecin conventionné en « secteur 2 » adhère à la convention médicale,

pratiqués. Bien que moins abondants que leurs confrères en secteur 1 (66 %), les médecins généralistes exerçant en secteur 2 sont relativement nombreux dans le département (30 %, contre 11 % à l'échelle nationale).

Par exemple, les villes de Courbevoie, Neuilly-sur-Seine et Saint-Cloud comptent davantage de médecins conventionnés en secteur 2 qu'en secteur 1 (carte n°9). Ils sont également nombreux à Boulogne-Billancourt (34 %) et à Levallois-Perret (55 %). Enfin, non représentés sur cette carte, les professionnels non conventionnés, proportionnellement peu nombreux (vingt sur l'ensemble du département, soit 4,5 %) sont concentrés dans certaines communes : 48 % d'entre eux sont installés à Neuilly-sur-Seine, 10 % à Levallois et 10 % à Boulogne-Billancourt.

Carte n°9 : Offre de médecins généralistes en fonction de leurs secteurs de conventionnement



Sources : Assurance maladie. Traitements et réalisation : E. Faure.

mais est autorisé à fixer ses honoraires librement. Un médecin non conventionné n'adhère pas à la convention médicale et fixe librement ses honoraires. La caisse de sécurité sociale rembourse les patients de ces professionnels sur la base du tarif de base.

Synthèse

L'hétérogénéité socio-économique et sanitaire du département des Hauts-de-Seine soulève plusieurs interrogations :

- Les disparités spatiales de niveaux de vie caractérisant ce département se traduisent-elles par des taux de participation au dépistage également très hétérogènes ?
- Dans quelle mesure la géographie du recours à ce programme de santé publique est-elle le reflet de celle des indicateurs socio-économiques et démographiques du département ?
- Les disparités spatiales de recours au dépistage du cancer colorectal des hommes et des femmes sont-elles similaires ? Ou bien, au contraire, les pratiques des hommes et de femmes se déclinent-elles différemment en fonction des territoires ?

1.3. Choix des terrains : les communes

1.3.1. Modalités et critères de choix des villes retenues

Comme le suggèrent Jean-Marc Fournier et Emmanuèle Sabot ce sont les objectifs de la recherche qui guident les choix des terrains à comparer, et comparables (Fournier et Sabot 2001). D'après eux, « *si l'objectif de la comparaison est la mise en place d'une grille de lecture fine de comparaison rigoureuse et très approfondie, des aspects communs, des points d'accroche sont alors indispensables pour que la comparaison soit entière et qu'émergent des résultats de recherche directement produits par la comparaison.* » (Fournier et Sabot 2001, p.2). Dans le cadre de cette recherche, ces « *aspects communs* » sont socio-économiques.

Nous avons choisi deux villes distinctes d'un point de vue socio-économique, mais toutes deux composées de quartiers populaires. La comparaison de tels terrains doit permettre de répondre à la question suivante : dans quelle mesure résider dans un quartier populaire d'une ville « aisée » ou d'une ville « populaire », influence-t-il différemment les constructions territoriales de la santé et du genre ? À un niveau socio-économique similaire, observe-t-on d'une commune à l'autre, d'un contexte à un autre, des différences et/ou des constantes dans les modes de production territorialisés de la santé des femmes et des hommes ? Ce choix permet d'instruire le rôle des modes d'organisation des territoires et des normes et rapports de genre sur les comportements préventifs des femmes et des hommes, sans que l'on attribue ces derniers aux seules catégories socio-économiques des individus.

Comparer des espaces similaires d'un point de vue socio-économique vise donc à s'affranchir quelque peu de ces critères, afin de mieux appréhender le rôle des jeux d'acteurs, des modes d'organisation territoriale, des facteurs historiques ou politiques et des représentations et pratiques préventives des hommes et des femmes. Cette démarche permet également de traduire dans ce travail de recherche l'hétérogénéité socio-économique qui caractérise le département des Hauts-de-Seine. Une montée en généralité et une réflexion détaillée sur les inégalités de santé sont facilitées par la diversité des situations communales étudiées. Enfin, retenir deux terrains (et non pas davantage) permet de réaliser des traitements statistiques détaillés et un travail de terrain long et approfondi.

Une série de critères a permis de sélectionner les terrains parmi les trente-six communes du département.

Le premier critère mobilisé est démographique. La population cible du dépistage organisé du cancer colorectal est restreinte aux individus de 50 à 75 ans. Afin de s'assurer de la solidité statistique des calculs des taux de participation, les communes de moins de 30 000 habitants et de moins de 3000 personnes âgées de 50 à 75 ans ont été écartées (Marnes-la-Coquette, Bois-Colombes, Bourg-la-Reine, Châtillon, Chaville, Fontenay, La-Garenne-Colombes, Le Plessis-Robinson, Vaucresson et Ville-d'Avray).

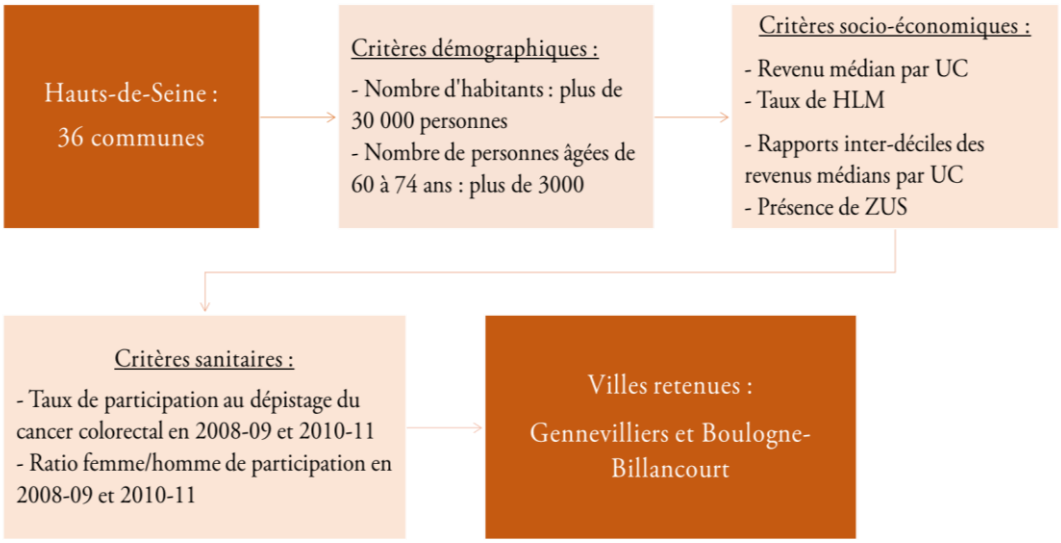
Le second critère est socio-économique. Une typologie socio-économique des communes du département a été réalisée. Or, le revenu médian et le taux de HLM résument relativement bien cette typologie. Nous avons sélectionné une commune, caractérisée par un revenu médian par unité de consommation (UC) élevé et un taux de HLM relativement bas au regard du reste du département et d'autre part, une ville enregistrant un revenu médian faible et un taux de HLM élevé toujours au regard du reste du département. Ces deux critères socio-économiques témoignent de structures spatiales stables. Ils permettent de sélectionner des quartiers depuis longtemps populaires, et non des quartiers en voie de paupérisation ou de gentrification. Ce travail ne vise pas à interroger le rôle de telles dynamiques urbaines, mais plutôt celui de processus socio-spatiaux qui, à long terme, participent aux comportements sanitaires des hommes et des femmes. Nous avons également retenu une commune dont le rapport inter déciles des revenus fiscaux par UC des personnes âgées de 50-59 ans et de 60-75 ans est important, et une autre pour lequel ce rapport est peu élevé. Enfin, les Zones Urbaines Sensible (ZUS[3]) sont considérées comme un marqueur des difficultés de certains espaces urbains, permettant d'identifier les communes comprenant à la fois des quartiers aisés et des quartiers populaires.

[3] Les Zones Urbaines Sensibles (ZUS), ont été, de 1996 à 2014, les territoires infra-urbains prioritaires de la politique de la ville. Elles ont été remplacées par les « Quartiers Prioritaires » en janvier 2015.

Le troisième critère est sanitaire. Les communes choisies enregistrent des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal[4] relativement distincts. L'analyse des dynamiques locales de santé permet ainsi de contribuer à une meilleure compréhension des freins et leviers de la participation au dépistage du cancer colorectal. Enfin, l'objectif est de comparer une commune dans laquelle les hommes et les femmes adoptent des comportements différents (ratio femme/homme supérieur, ou inférieur à 1) à une ville dans laquelle le recours au dépistage du cancer colorectal des deux sexes est relativement similaire (ratio femme/homme proche de 1). Il s'agit ainsi d'interroger les modalités d'éventuelles déclinaisons territoriales des normes de genre en jeu dans le recours à ce dépistage.

Une comparaison de ces critères a été réalisée à partir des données de l'Insee, ainsi que de celles fournies par l'ADK92. Les mêmes seuils ont été mobilisés pour toutes les villes. Finalement, **Boulogne-Billancourt** et **Gennevilliers** ont été sélectionnées.

Schéma n°1 : Synthèse des critères de sélection des communes



Sources : Insee, RGP 2009, ADK92. Réalisation : E. Faure.

Boulogne-Billancourt est une ville où réside une population aisée, mais possède également des quartiers populaires. Dans cette ville, les taux de participation au dépistage du cancer colorectal de 2008-2009 et de 2010-2011 sont proches de la moyenne départementale, mais les écarts entre hommes et femmes sont relativement faibles.

[4] Seules les données des deux premières campagnes (2008-2009, 2010-2011) étaient alors disponibles.

Gennevilliers est une ville homogène dans laquelle les revenus médians sont faibles et le taux de locataire HLM y est élevé. Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont supérieurs à ceux de Boulogne-Billancourt. Enfin, les écarts entre les taux de participation des hommes et des femmes sont plus importants à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt.

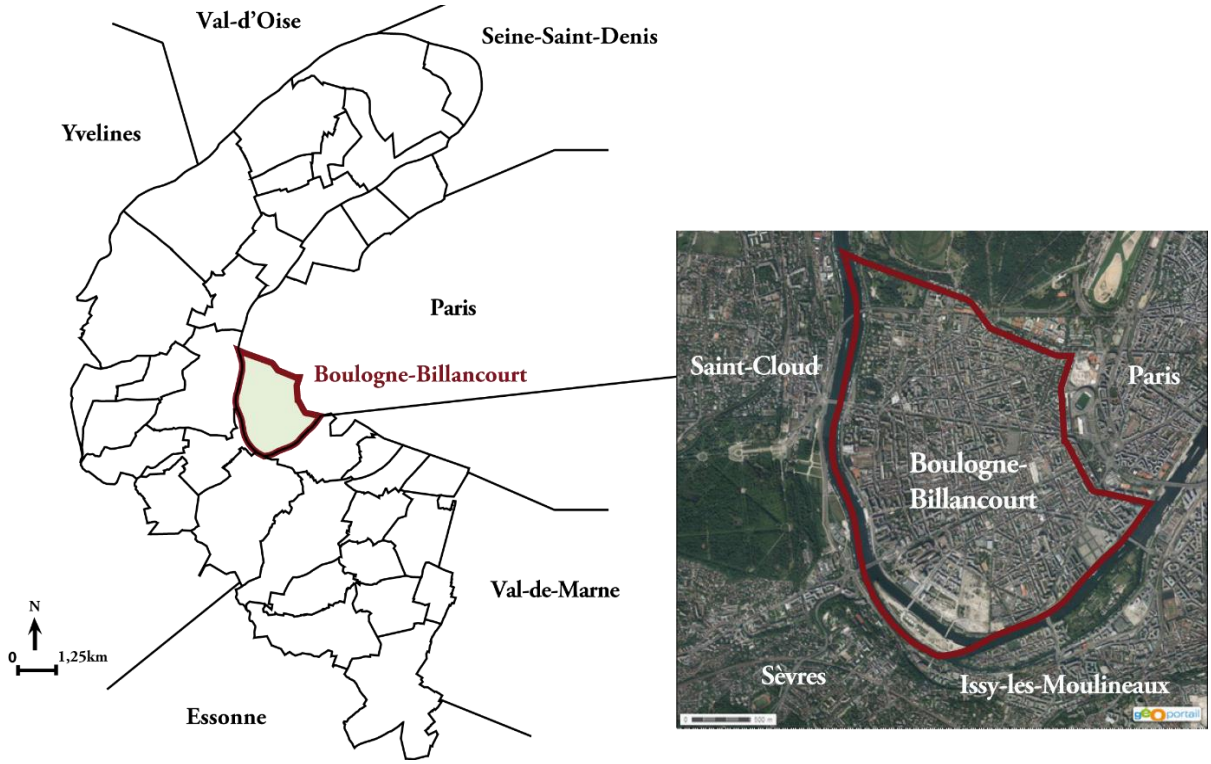
1.3.2. Boulogne-Billancourt : une ville, deux villes

Site et situation

Boulogne-Billancourt s'étend sur une surface de 617 hectares. La ville est bordée au nord du Bois de Boulogne et à l'est du Boulevard périphérique. La Seine la sépare d'Issy-les-Moulineaux, de Saint-Cloud et de Sèvres au sud et à l'ouest (carte n°10).

En 2009, Boulogne-Billancourt comptait 113 085 habitants. La ville possède une population un peu plus âgée que celle de l'ensemble du département et de la région : les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 21,4 % de la population boulonnaise, contre 19,1 % pour le département, et 17,1 % en Île-de-France.

Carte n°10 : Localisation de la commune de Boulogne-Billancourt



Sources : IGN, Géoportail. Réalisation : E. Faure.

Boulogne-Billancourt est la première commune de banlieue parisienne à bénéficier, dès février 1934, de la prolongation extra-muros d'une ligne de métro parisien. La ville est aujourd'hui desservie par deux lignes de métro (la ligne 9 (stations : Marcel Sembat, Billancourt et Pont-de-Sèvres) et la ligne 10 (Boulogne Jean Jaurès et Pont de Saint-Cloud)) et dix-huit lignes de bus. Deux circuits de bus gratuits assurent la desserte des différentes parties de la ville (le SUBB) et un service de minibus, conçu pour les personnes à mobilité réduite, est assuré. Enfin, la ville abritera dans les prochaines années la gare « Pont-de-Sèvres » comprise dans le futur réseau de transport du Grand Paris Express.

La municipalité distingue six quartiers (carte n°11) : Parchamp-Albert Kahn au nord-ouest, Les princes-Marmottan au nord-est, Silly-Gallieni et le Centre-ville au cœur de la cité, Billancourt-Rive de Seine au sud-ouest et enfin République-Point du Jour au sud-est.

<u>Carte n°11 :</u> Plan de la ville de Boulogne-Billancourt, découpage en quartiers



Source : Municipalité de Boulogne-Billancourt.

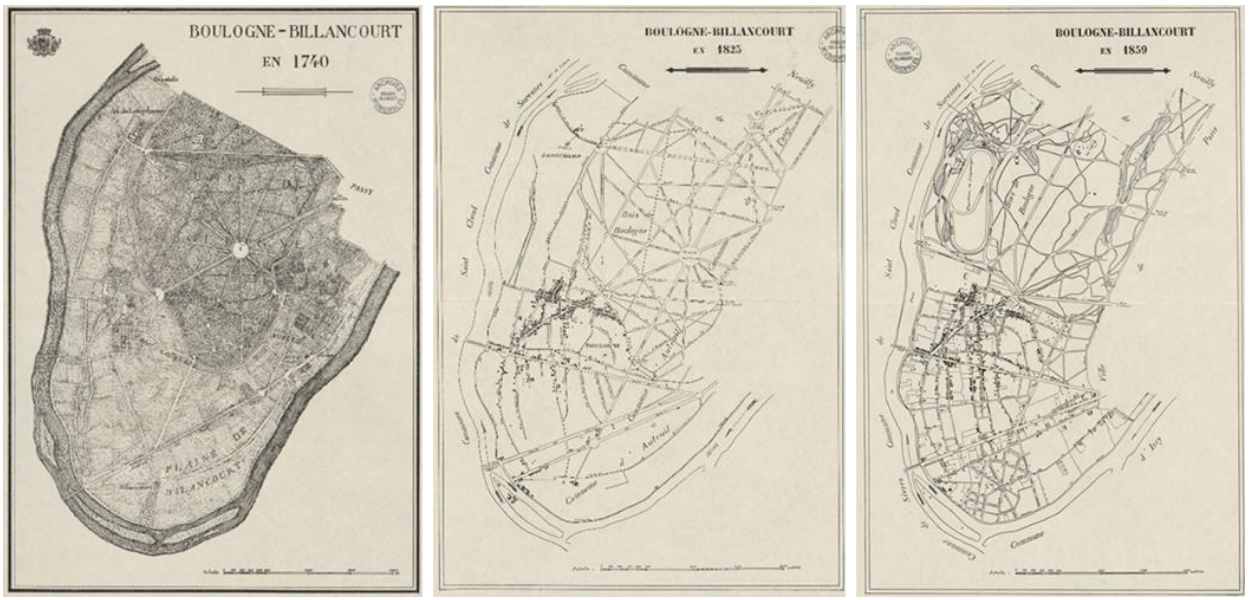
Une organisation spatiale ancrée dans le temps long

L'organisation territoriale de la commune s'ancre dans une histoire locale à la fois économique, politique et sociale particulière, au sein de laquelle la fracture entre le nord et le sud de la ville est fondatrice.

Le territoire actuel de la commune résulte de plusieurs découpages historiques, aboutissant à l'union de l'ancien bourg de Boulogne avec la plaine de Billancourt. Le noyau villageois à l'origine de Boulogne apparaît vers le Xe siècle au sud de la forêt de Rouvray. Il doit, en partie, son développement à la fondation par la sœur de Saint-Louis, au XIIIe siècle, de l'Abbaye de Longchamp au nord du bourg. Au sud, le méandre de la Seine est occupé par la ferme de Billancourt.

Pendant des siècles Boulogne et Billancourt évoluent comme deux hameaux distincts, mais Boulogne est très vite plus important que Billancourt (carte n°12).

Carte n°12 : De Boulogne et Billancourt à Boulogne-Billancourt



Source : archives de la ville de Boulogne-Billancourt. Réalisation : E. Faure.

En 1840, la commune Billancourt (et l'île Seguin) est rattachée à celle de Boulogne. Cependant, l'antagonisme persiste entre le bourg prospère au nord et la partie sud de la commune, longtemps pauvre et sous-équipée. Deux sections électorales distinctes sont créées en 1896 : Boulogne, d'une part, et Billancourt d'autre part. Les deux communes ne seront définitivement soudées au sein d'une seule section électorale qu'en novembre 1925.

Le mandat (1919 à 1942) du maire communiste[5], André Morizet, constitue un élément important de la compréhension de l'organisation actuelle de la commune. André Morizet décide du recentrage de la vie municipale autour d'un nouvel hôtel de ville, non plus situé au nord de la ville, mais au centre géographique de la commune. Le pouvoir local s'empare également du champ toponymique pour opérer un marquage symbolique et mémoriel du territoire : en 1926, la commune prend le nom de Boulogne-Billancourt en reconnaissance de sa partie septentrionale. Si « *nommer le territoire est un acte politique fondateur ; le renommer est tout aussi politiquement signifiant* » (Giraut, Houssay-Holzschuch, et Guyot 2008, p.97), ce changement de nom permet alors de légitimer voire de justifier une création spatiale (Berchi et al. 2004). Des axes routiers sont rebaptisés : le boulevard nord-sud est appelé Boulevard Jean Jaurès ; dans le nord une rue est dédiée à Jean-Baptiste Clément, et dans le sud à Édouard Vaillant. Les plaques émaillées de ces rues précisent systématiquement « membre de la Commune ». Ces différents éléments traduisent une volonté politique forte de rassembler les deux parties de la ville et d'affirmer son appartenance politique.

Si la fracture nord-sud de la ville résulte d'une histoire administrative et politique, le développement économique de la cité accompagne pendant des siècles cette organisation du territoire communal.

La proximité de la capitale, l'accès au fleuve, la possibilité de forer aisément des puits et les nombreuses voies de communication participent, dès le XVIIe siècle, au développement économique de la commune de Boulogne. Sous le règne de Louis XIV, elle comptait déjà près de trente blanchisseries répondant aux besoins de la Cour et des bourgeois de Paris. Durant le XIXe siècle, les ateliers de blanchisserie et de repassage constituent la principale ressource économique de la commune. D'abord familiale et artisanale, cette activité devient peu à peu industrielle (Bezançon et Caillet 1984). À cette époque, la partie nord de la ville est également le lieu d'installation de nombreuses demeures d'agrément. Par exemple, en 1855-1856, l'extrême nord-est de la ville est l'objet d'une vaste opération immobilière. Cette parcelle, jouxtant le bois de Boulogne, est nommée Parc des Princes. Les industries et commerces sont bannis de cet espace uniquement réservé aux résidences de luxe. Or, c'est également en 1850 que s'installe, dans le quartier des Menus, situé à environ 900 mètres à l'ouest du Parc des Princes, une importante et populaire communauté italienne (Bezançon et Caillet 1984). Activités de service, micro-quartier populaire, lieux de villégiature et résidences de luxe se côtoient donc sur un périmètre restreint.

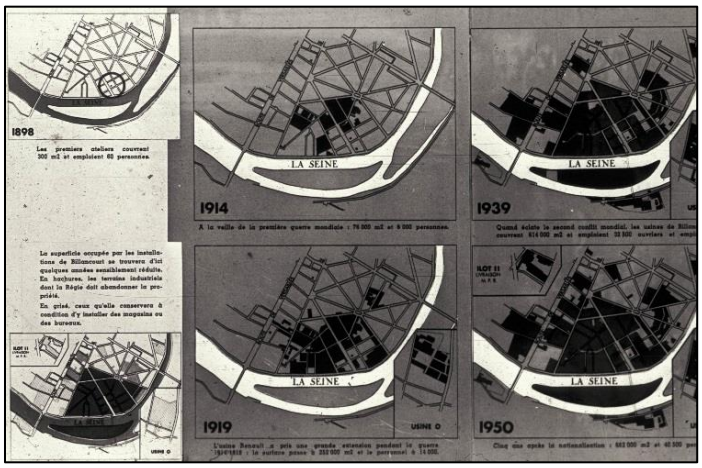
[5] Initialement socialiste le maire André Morizet devient communiste après le congrès de Tours. Puis, c'est à Boulogne, trois mois après le départ d'André Morizet du parti (mais aussi des maires d'Issy-les-Moulineaux, de Pantin, du Près St Gervais et de Saint-Ouen) qu'est créée l'Union socialiste communiste (Rustenholz 2015).

Peu d'activités économiques, autres qu'agricoles, occupent alors le sud de la commune. De plus, l'installation en 1834 dans la partie sud-est de la ville de la compagnie Richer « vidanges et engrais » implique des rejets dans la seine et des odeurs nauséabondes, qui interdit alors tout lotissement aisé (Bezançon et Caillet 1984). Au contraire, se concentrent alors dans des zones insalubres des populations très modestes pour beaucoup employées dans des usines de produits chimiques et attirés par la faible valeur marchande des terrains (Bezançon et Caillet 1984).

Le caractère dual de la ville s'accentue au cours du XXe siècle. Avec la Grande Guerre, l'activité industrielle (automobile, aéronautique, chimique, etc.) se développe au sud de la ville. En 1918, soixante usines et 40 000 ouvriers produisent du matériel de guerre. Inversement, des œuvres architecturales novatrices sont construites durant les prospères années trente dans les quartiers résidentiels du nord de la commune, confirmant l'attachement des classes aisées à cet espace. Comme en témoignent les propos de la romancière Nina Berberova, ayant réalisé un travail quasi ethnographique sur les conditions de vie des classes populaires de Billancourt au début du XXe siècle, le sud de la commune reste pendant longtemps un espace occupé par des fermes, de petits ateliers puis des usines : *« Boulogne possédait un champ de courses, tandis qu'à Billancourt se trouvaient les usines Renault, un cimetière une rivière et des quartiers pauvres, sales, délabrés. On arrivait de Paris à Boulogne par une large avenue verdoyante et à Billancourt par une rue commerçante, poussiéreuse et laide.* […] *À Boulogne, on trouvait des restaurants luxueux, tandis qu'à Billancourt c'étaient des tavernes russes ou françaises »* (Berberova 1989, p.351). Enfin, en 1898, la société Renault Frères est créée. L'entreprise acquiert rapidement un vieux hangar sur l'île Seguin, puis, grâce au rachat à la ville des voies municipales où sont implantées ses usines, de nombreux terrains, jusqu'à posséder la quasi-intégralité du sud de la ville (Delattre 2010).

La Première Guerre mondiale contribue au renforcement de l'industrie, dont les usines Renault : les effectifs des usines de Billancourt passent de 4400 en 1914 à 21 200 en 1919 (Fourcaut 1992). Dans les années 1950, c'est l'ensemble du quartier du Trapèze ainsi que l'île Seguin, qui sont occupés par les usines de fabrication d'automobiles (photographie n°1). Les usines deviendront au cours du XXe siècle un bastion du syndicalisme ouvrier, contribuant à inscrire le nom de Billancourt dans la mémoire collective. La célèbre expression de Maurice Bokanowski « *quand Billancourt éternue, la France s'enrhume* » rappelle l'importance de l'histoire ouvrière, et syndicale, de la ville.

<u>Photographie n°1 :</u> Renault-Billancourt, emprise de l'usine sur la ville (plan et photographie aérienne)





Sources : archives de la ville de Boulogne-Billancourt, photographie de Pierre Boucher.

L'expansion industrielle s'accompagne d'une forte croissance démographique. La commune compte 44 416 habitants en 1901 ; 100 000 en 1936 et 109 008 en 1968 (Insee, 2009 ; PLU de Boulogne-Billancourt, 2015). Cette croissance démographique est due autant au solde naturel qu'aux mouvements migratoires. Aux travailleurs et familles russes dans les années 1920 succèdent, dans les années 50-60, des personnes d'origine maghrébine puis subsaharienne. La présence massive de ces travailleurs émigrés russes (les usines Renault comptent plus de 1000 ouvriers russes en 1925) se traduit par une nouvelle toponymie locale. On parle alors de « *Billankoursk* » tant elle compte de restaurants, hôtels, blanchisseries, librairies russes, et depuis 1927, une église orthodoxe (Berberova 1992 ; Girault 1998).

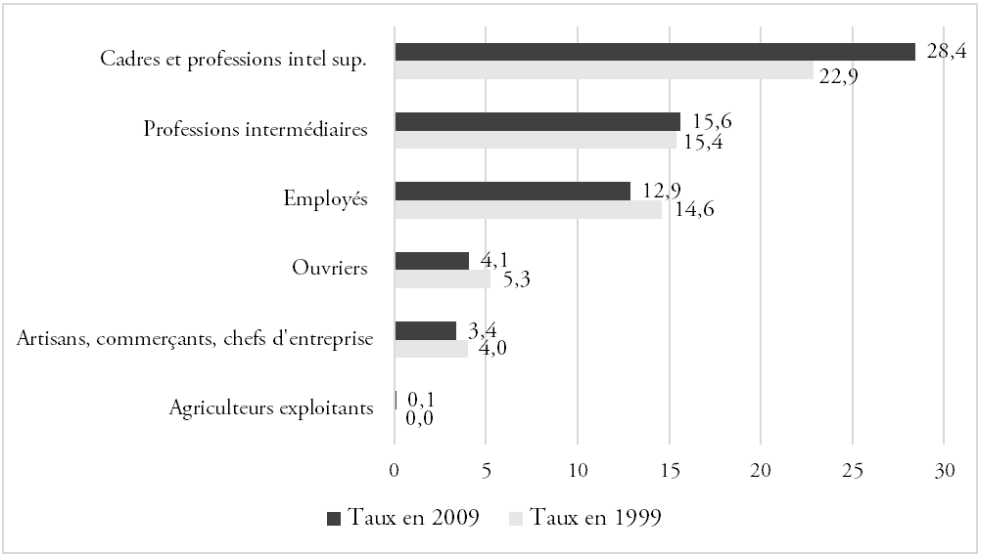
Le processus de désindustrialisation, précédé dès les années 1940 par l'idée de décentraliser les industries afin de décongestionner les centres urbains, affecte grandement la ville. L'ultime automobile Renault sort des chaînes de Billancourt en 1992. Le départ de Renault, ainsi que de nombreuses autres entreprises entraînent une modification profonde du tissu économique comme de la composition

sociodémographique de la commune. L'industrie lourde laisse place aux activités tertiaires (audiovisuel, informatique, presse), ainsi qu'à une nouvelle population.

Les années soixante-dix sont marquées de nombreux projets d'aménagement de la ville de Boulogne-Billancourt, qui devient la sous-préfecture des Hauts-de-Seine en septembre 1972. Le quartier du Pont-de-Sèvres fait partie des grandes réalisations : près de 2200 logements (dont 16 000 logements sociaux), des bureaux, des commerces, des locaux associatifs et services déconcentrés de la mairie constituent ce nouveau quartier organisé autour de dalles, coursives et places intérieures.

Enfin, à Boulogne-Billancourt, comme dans l'ensemble des communes de la première couronne parisienne, les changements de la structure de l'emploi (graphique n°6) et l'augmentation du prix de l'immobilier conduisent, en effet, au départ des ménages populaires au profit de populations plus aisées.

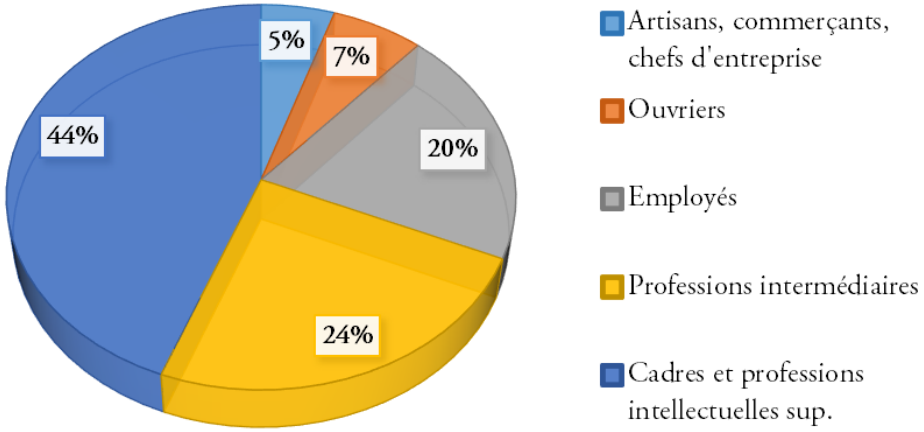
Graphique n°6 : Évolution de la répartition des catégories socioprofessionnelles à Boulogne-Billancourt



Source : Insee RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

L'extrême sud-est de la ville abrite aujourd'hui de nombreux sièges sociaux d'entreprises (la chaîne de télévision Canal Plus ou le journal l'Equipe par exemple), alors que dans le quartier Renault-Billancourt, les anciens terrains industriels laissent place à un vaste éco quartier, comprenant des logements hauts de gamme, des entreprises du secteur tertiaire et de nouvelles infrastructures culturelles. Le prix du mètre carré d'un appartement ancien a, par exemple, augmenté de 8,2 % au cours des cinq dernières années à Boulogne-Billancourt, contre 4,7 % dans les Hauts-de-Seine et 4,6 % en Île-de-France (Base BIEN 2015 (Base d'Informations Economiques Notariales)).

<u>Graphique n°7 :</u> Répartition des catégories socioprofessionnelles dans la population active occupée



Source : Insee RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

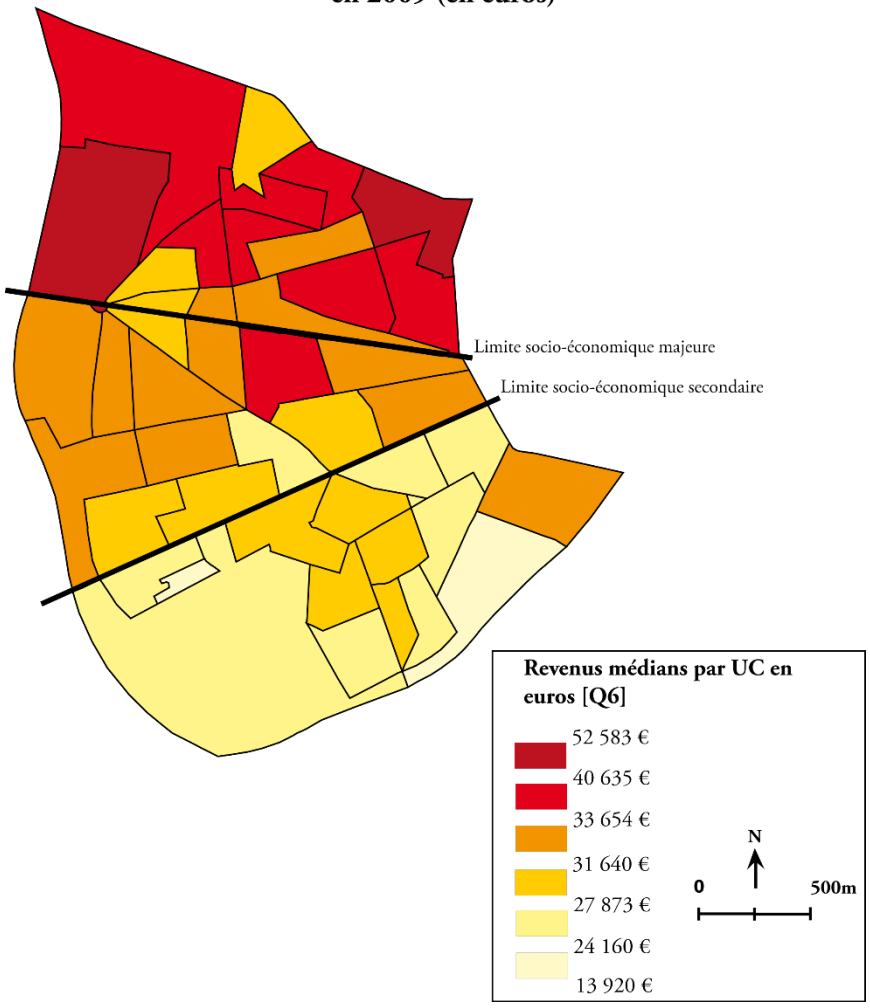
En 2009, le revenu fiscal médian par ménage était de 29 637 € (26 940 € pour le département), le taux de cadres de 43,8 % (36,2 % pour le département) et la part d'employés-ouvriers de 26,2 % (33,7 % pour le département). Le taux de chômage des actifs occupé de 15 à 64 ans est relativement bas, il était de 9 % en 2009 (8,9 % pour les hommes et 9,2 % pour les femmes).

Finalement, les situations socio-économiques de la population boulonnaise apparaissent favorisées au regard de l'ensemble du département. Or, Boulogne-Billancourt est une ville hétérogène (carte n°13).

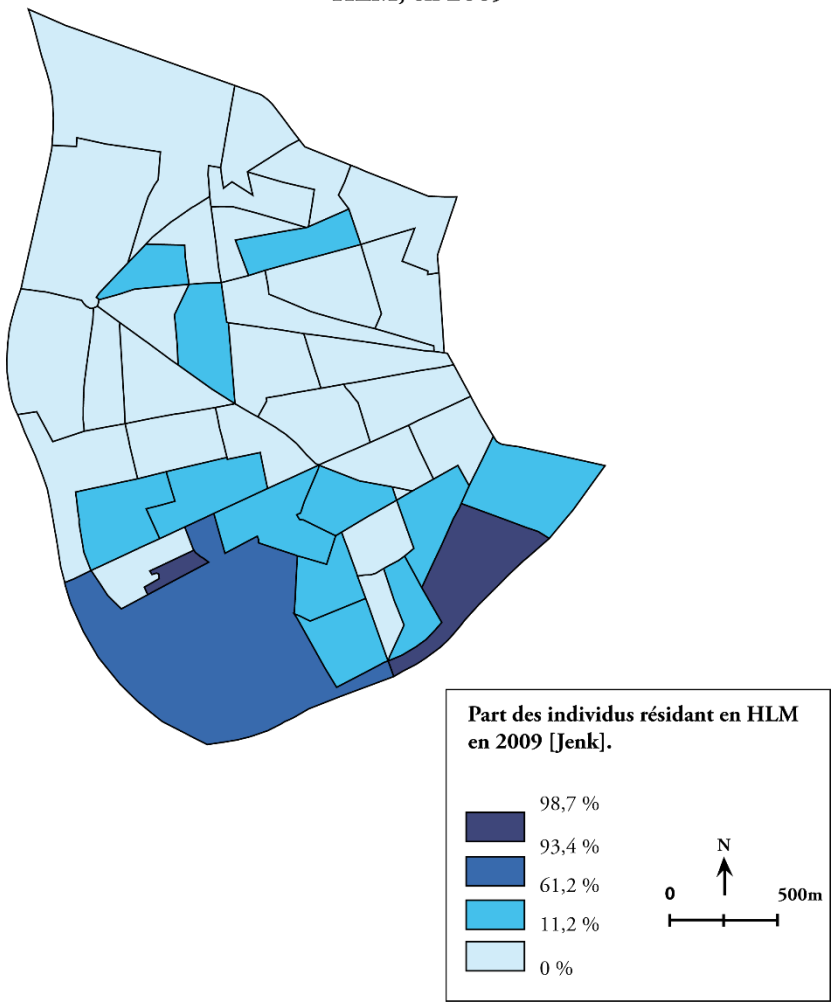
Le rapport inter déciles de revenus médians par unité de consommation (UC) témoigne, par exemple, de l'importance des écarts de niveau de vie entre individus (7,6 contre 6,4 pour le département) (carte n°13). Dans cette ville, les 10 % des personnes de 50 à 59 ans les plus aisées possèdent un revenu 8,8 fois plus important que les 10 % des personnes les plus défavorisées (la moyenne départementale est de 7,1). Par exemple, aujourd'hui encore, la partie située au nord de la Route de la Reine est résidentielle et peuplée en majorité de foyers aisés, propriétaires et appartenant à des catégories socioprofessionnelles favorisées. Inversement dans le sud de la commune, résident des ménages davantage touchés par des difficultés socio-économiques et n'ayant majoritairement pas bénéficié d'études de longue durée. C'est également dans la partie sud, que se concentrent les logements sociaux (HLM). La partie centrale de la commune est un espace intermédiaire en matière de revenus médians par unité de consommation. Or, les cadres y sont majoritaires et les logements sociaux très peu nombreux.

Carte n°13 : Approche cartographique de la fracture nord/sud à l'échelle des Iris boulonnais

Revenus médians par unité de consommation en 2009 (en euros)



Proportion d'individus résidant dans un logement HLM, en 2009



Sources : Insee, RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure

Représentations et pratiques territoriales boulonnaises

> « *Les lignes de partage de la société peuvent se lire dans l'organisation de la ville, dans l'opposition entre ses différents quartiers, dans l'atmosphère changeante de ses rues* » (Pinçon et Pinçon-Charlot 1989, p.13).

Boulogne et Billancourt restent pendant des décennies distinctes par leurs paysages urbains, leurs activités économiques ou bien la structure de leurs populations. Or, dans quelle mesure le fait d'habiter maintenant au nord ou bien au sud de la ville aurait-il encore un sens particulier ? Parmi la population cible du dépistage du cancer colorectal, peut-on identifier des représentations et des pratiques illustrant de la continuité, de la disparition ou bien l'évolution d'une telle dualité socio-spatiale ?

Le mot « frontière » est très souvent mobilisé par les enquêtés boulonnais. Par exemple, la médecin du centre de protection maternelle et infantile (PMI) du quartier du Pont-de-Sèvres : « *je n'habite pas sur ce quartier, j'habite de l'autre côté de la frontière. Parce que pendant longtemps il y avait une frontière au niveau de la Nationale 10. Il y avait les quartiers nord et les quartiers ici, les quartiers sud. Moi j'étais un peu travailleur immigré dans les quartiers sud* ». Une femme résidant dans le quartier des Squares utilise ce même mot pour définir la différence entre le nord et le sud lorsqu'elle déclare qu'*« il y a une frontière moi je trouve »* (femme, 77 ans, Squares, Boulogne-Billancourt). La majorité des personnes rencontrées distingue très nettement le nord du sud de la ville, ou bien « Boulogne » de « Billancourt ». Or, quelle est la limite entre ces espaces, où se situe cette « *frontière* » ?

> *« On dit que c'est la rue Gallieni qui fait la séparation, bon pour moi, ça commence quand même un peu plus haut, il ne faut pas exagérer quand même. Oui non, si à peu près la route de la Reine, allez. Au nord de la Route de la Reine, j'y vais très peu, pour le travail oui, mais sinon, non, j'y vais pas »* (femme, 59 ans, Pont-de -Sèvres, Boulogne-Billancourt).

> *« Avant, ici c'était Billancourt, on peut séparer, la limite c'est la rue Gallieni, oui c'est la rue Gallieni qui sépare, qui séparait Boulogne de Billancourt »* (homme, 58 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt).

Deux tracés émergent : la Route de la Reine et la rue Gallieni. Le carrefour Marcel-Sembat est également cité à plusieurs reprises. Les tracés de cette « *frontière* » correspondent à celle identifiée par la cartographie infra-communale des indicateurs socio-économiques (carte n°13).

La répartition des classes sociales dans la ville est un élément fort de définition de l'espace boulonnais[6]. En effet, si le nord et le sud se distinguent dans les discours en ce qui concerne le bâti, l'offre commerciale ou de loisir, les deux parties de la ville sont avant tout définies par rapport au niveau de vie de ses habitants. Ainsi, d'après une habitante du quartier du Pont-de-Sèvres *« autrefois cette région était celle de Renault, mais aussi celle des usines de l'aviation, c'était le côté très industriel de Boulogne, il y avait les blanchisseries aussi ; alors que les quartiers nord de Boulogne profitent du bois* […] *C'est deux villes, deux villes »* (femme, 77 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Les types de commerces sont particulièrement mobilisés par les enquêtés pour illustrer cette différence, ainsi *« dans le nord il y a des boutiques, je ne rentrerai pas, c'est trop cher, c'est pas pour nous »* (homme, 58 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). D'après cet homme, les revenus nécessaires à l'achat de denrées dans les commerces du nord lui indiquent directement qu'il n'y a pas sa place. De plus, de certains discours émerge l'idée de concurrence entre les espaces. Lors d'une réunion de quartier (République-Point du Jour), le Maire remercia un habitant évoquant des projets de rénovation de la voirie en cours de réalisation dans le nord de Boulogne, en précisant *« au nord on me dit que tout est fait pour le sud, et au sud que tout est fait au nord »*. Ses propos illustrent une certaine forme d'opposition entre nord et sud dans la perception de la répartition des investissements publics.

« *Je suis attachée à la ville, à Boulogne. Enfin, non pas à toute la ville. En vérité, je suis attachée à Billancourt, parce que le nord de la ville je ne connais pas* » (femme, 59 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Finalement, à l'image de cette dernière citation, la fracture nord-sud de la ville est à la fois structurelle du tissu urbain et de la répartition spatiale des classes sociales dans la ville, mais constitue aussi le support d'un sentiment d'appartenance à une échelle particulière : le nord *ou* le sud de la ville.

1.3.3. Gennevilliers : une ville toujours *rouge* ?

Le titre de ce paragraphe fait écho à la notion de *banlieue rouge*. Elle désigne des communes qui, à partir de début du XXe siècle et, plus particulièrement après 1936, sont caractérisées par leur situation géographique (proche banlieue), leurs économies locales (ville industrielle), leurs caractéristiques sociodémographiques (ville populaire, ouvrière et multiculturelle) et l'obédience politique de leur municipalité (parti communiste à qui la notion empreinte la couleur) (Fourcaut 1992 ; Bacqué et Fol 1997).

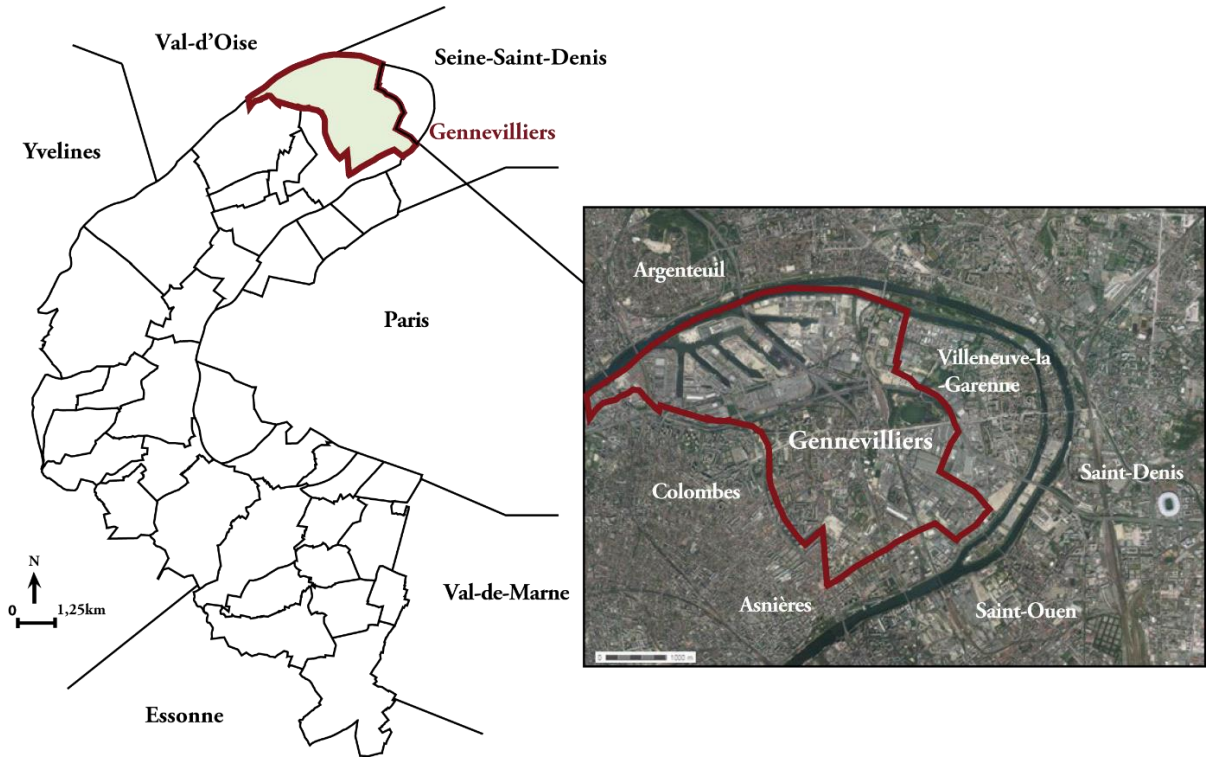
[6] Le paragraphe 6.1.1 du chapitre 4 propose une analyse plus détaillée des différentes dimensions de cette fracture nord/sud et de leurs répercussions socio-spatiales.

Site et situation

Gennevilliers est située au nord des Hauts-de-Seine à cinq kilomètres de Paris. Elle est limitrophe au nord d'Argenteuil et d'Épinay-sur-Seine, à l'est de Villeneuve-la-Garenne et à l'ouest d'Asnières-sur-Seine et de Colombes. La Seine la sépare de l'île-Saint-Denis et de Saint-Ouen. Enfin, le port de Gennevilliers (ou port autonome de Paris) est implanté au nord du territoire communal (carte n°14).

En 2009, Gennevilliers compte 41 400 habitants. 41,9 % de la population communale a moins de 30 ans (contre 39 % pour le département), et 18 % a plus de 60 ans (contre 19,1 % pour le département, et 17,1 % en île de France). Enfin, 31 % de la population est immigrée[7] et 23 % est étrangère[8].

Carte n°14 : Localisation de la commune de Gennevilliers



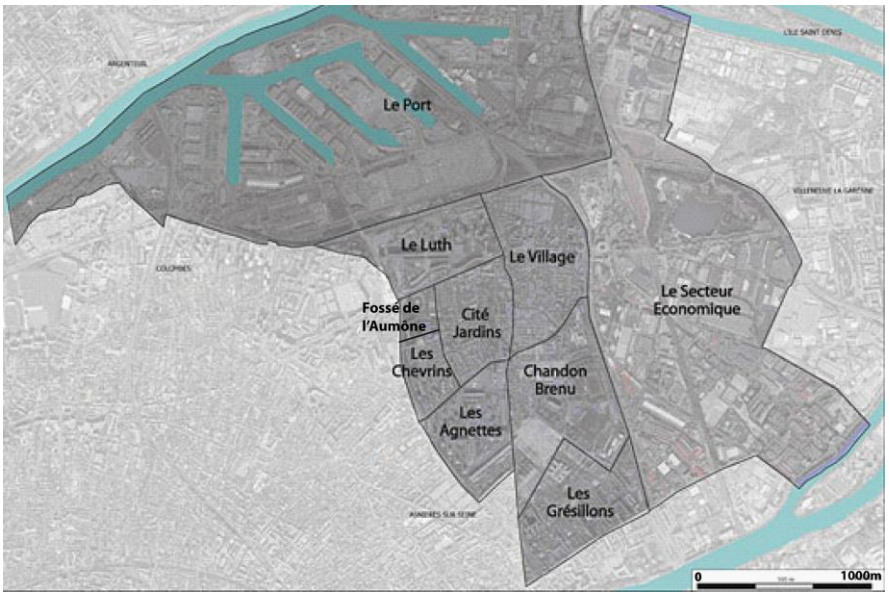
Source : Google Earth. Réalisation : E. Faure.

[7] Définition de la population immigrée selon l'Insee : « *un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré* ».

[8] Définition de la population immigrée selon l'Insee : « *Un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité, soit qu'elle n'en ait aucune* ».

Gennevilliers est composée de dix quartiers (carte n°15) : le Luth, le Fossé de l'Aumône, les Agnettes, le Village, Chandon-Brenu, les Grésillons, les Chevrins, la Cité jardin, le Port, et la zone industrielle (ou secteur économique).

<u>Carte n°15 :</u> Organisation administrative de Gennevilliers en quartiers



Source : municipalité de Gennevilliers.

Deux quartiers de la ville ont été classés en ZUS jusqu'en 2014 : le Luth et les Grésillons (les Agnettes était alors considéré comme un quartier CUCS, mais non une ZUS). Suite à la dernière réforme de la cartographie des zones prioritaires de la politique de la ville, le quartier des Agnettes, une partie du quartier des Grésillons et du Luth bénéficient de programmes et de financements spécifiques.

La commune est desservie par deux gares du RER C. Elle possède également plusieurs stations de la ligne 13 du métro : Gabriel Péri (depuis 1980), Les Agnettes et Asnières-sur-Seine-Gennevilliers-Les Courtilles (depuis 2008). Depuis novembre 2012, la ligne de tramway numéro 1 dessert la station de métro Asnières-sur-Seine -Gennevilliers-Les Courtilles depuis la gare de Saint-Denis, et comprend sept stations sur le territoire gennevillois. Enfin, quinze lignes de bus desservent la ville. La connexion inter banlieue parisienne devrait être améliorée par la construction de deux gares de la future ligne 15 comprise dans le réseau de transport « Grand Paris Express » : les Agnettes et les Grésillons.

Histoire économique et politique gennevilloise : aux racines d'une ville populaire

Comme pour Boulogne-Billancourt, l'organisation territoriale de la commune de Gennevilliers s'ancre dans une histoire locale à la fois économique, politique et sociale particulière qu'il convient de présenter.

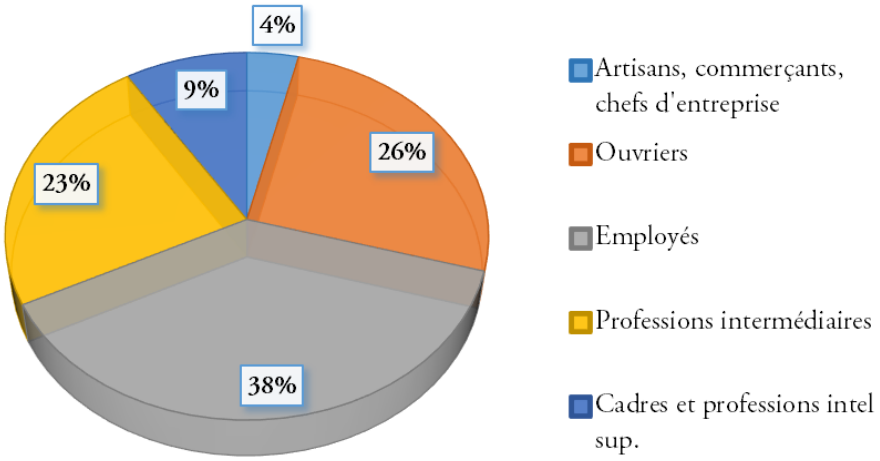
Fondé au Moyen Âge sur un territoire dépendant de l'Abbaye de Saint-Denis, Gennevilliers est resté jusqu'au milieu du XIXe siècle un village agricole d'environ 1 000 habitants. Au XIXe siècle, les eaux usées de Paris sont rejetées dans la Seine. Gravement polluées, elles occasionnent des épidémies. Il est alors décidé d'utiliser les eaux d'égout pour fertiliser les champs de la banlieue nord-ouest de Paris. L'épandage s'étend vite à toute la presqu'île, transformant la culture céréalière en culture maraichère. En quelques années, la ville de Gennevilliers devient l'un des grands fournisseurs des Halles de Paris. Parallèlement les industries de l'automobile (Chenard & Walcker puis Chausson), chimique et textile (teinturerie Roux), métallurgique (Aubert et Duval) et énergétique (société d'Eclairage, Chauffage et Force Motrice puis Gaz de France) s'implantent dans la ville. Dès 1930, la ville compte déjà 92 usines, contre 44 en 1920. Cet essor industriel s'accompagne d'une arrivée massive de travailleurs venus de toute la France, mais aussi d'Europe et d'Afrique du Nord (Dupuy 1998). En 1954, 67 % de la population gennevilloise est ouvrière (contre 61 % à Nanterre et 59 % à Saint-Denis) (Laffitte 1970). En 1975, un quart de la population gennevilloise est composée d'habitants d'origine étrangère, dont 80 % à 87 % de Maghrébins entre 1954 et 1968 (Dupuy 1998). En 1968, Gennevilliers est la commune de l'agglomération parisienne qui connaît le plus fort taux de population étrangère (Dupuy 1998). La croissance économique et industrielle s'est accompagnée d'une importante croissance démographique. En effet, la ville de Gennevilliers compte 18 118 habitants en 1921, 46 074 en 1968, 50 290 en 1975 (RGP 2009 et (Laffitte 1970)). Or, la réorganisation des sites de production entraîne, dès les années 1970, une fermeture massive d'usines et affecte gravement la vie économique et la croissance démographique de la ville de Gennevilliers. La population ouvrière est alors fortement touchée par le chômage et la ville perd des habitants : on dénombre 44 818 habitants en 1990 et 41 400 en 2009 (RGP 2009 et (Laffitte 1970)).

La commune est administrée par des maires communistes depuis l'élection de Jean Grandel en 1934. Il est à l'origine de nombreuses politiques sociales (colonies de vacances, une « soupe populaire » réservée aux chômeurs de la ville, service social et sanitaire, consultation médicale dans les écoles, cours d'alphabétisation), mais aussi d'une vision globale de l'aménagement urbain. Le schéma général d'aménagement de 1947, largement inspiré par la Charte d'Athènes et des réflexions de Le Corbusier, établit un zonage qui sépare sa partie résidentielle des espaces portuaires et de la zone industrielle de la

ville. Le type d'urbanisme, ainsi que les grands ensembles de logements HLM et leurs équipements socioculturels et sportifs sont alors supposés favoriser l'épanouissement de la vie sociale. Ce plan prévoit également un centre de santé, un hôpital, de nouveaux espaces verts et la construction d'un centre administratif, culturel et commercial. Enfin, la municipalité joue un rôle important dans la construction et la gestion des logements sociaux. En 2015, l'office HLM municipale (OPHLM) gère 8107 logements, soit environ 75 % du parc social de la ville, qui lui-même représente 64 % de l'habitat sur ce territoire.

Si la proportion d'ouvriers a fortement baissé ces dernières décennies (à Gennevilliers comme sur l'ensemble de la France), les classes sociales les plus modestes restent majoritaires (graphique n°8). Le taux de chômage des actifs occupé de 15 à 64 ans était de 11,5 % en 2009 (11,9 % pour les hommes et 11 % pour les femmes). En 2001, la proportion des ménages pauvres[9] atteint 29 % au Luth et 42 % aux Grésillons (contre 27 % dans les ZUS de France métropolitaine). Enfin, Gennevilliers enregistre l'un des revenus annuels médians par ménage les plus faibles des Hauts-de-Seine : 13 307 € contre 26 940 € pour le département.

Graphique n°8 : Répartition des catégories socioprofessionnelles des actifs occupés à Gennevilliers

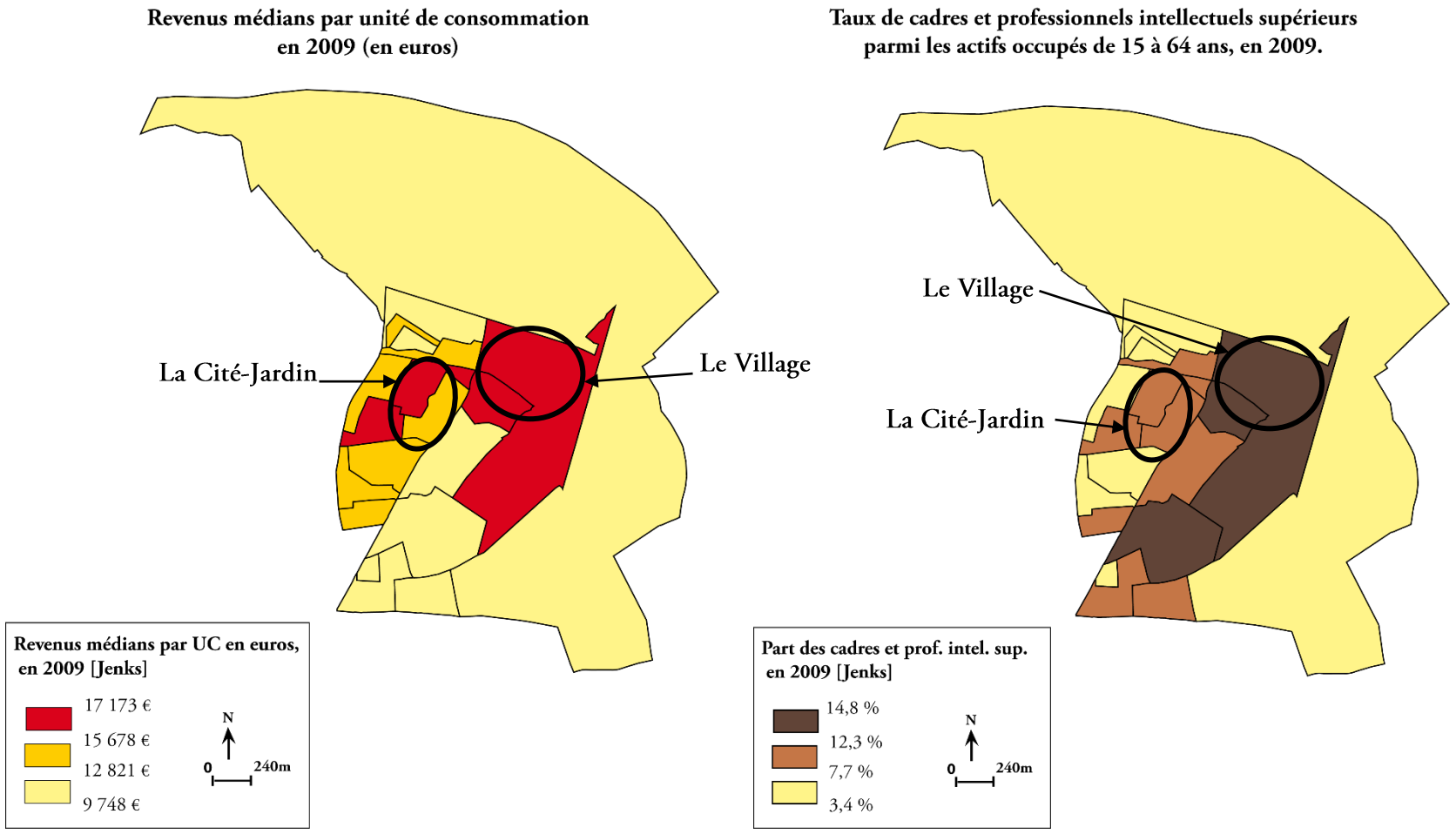


Source : Insee RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Si Gennevilliers est une ville dans l'ensemble populaire, certaines disparités infra-communales doivent être soulignées (carte n°16).

[9] En France, le seuil de pauvreté est fixé à 7300 euros par an par unité de consommation (UC).

Carte n°16 : Revenus médians et part de cadres et professions intellectuelles supérieures à Gennevilliers en 2009 à l'échelle des Iris

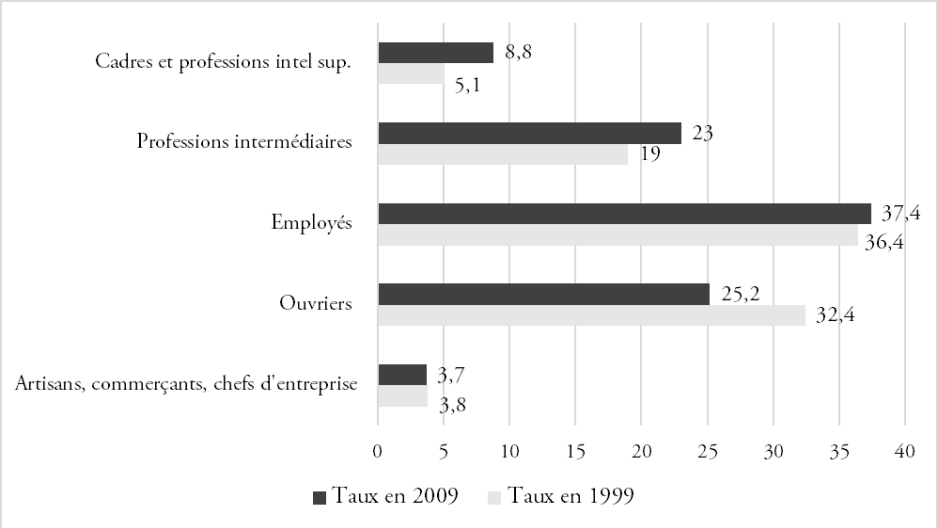


Sources : Insee, RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure

Le quartier du village et la Cité-Jardin sont caractérisés par des indicateurs socio-économiques plus favorables que le reste de la commune (carte n°16). Inversement, réside dans les quartiers du Luth, des Agnettes ou des Grésillons une population marquée par d'importantes difficultés socio-économiques. Par exemple, le revenu annuel médian par UC est de 12 796 € dans le quartier du Luth contre 16 480 € au Village (Insee, 2009).

Enfin, en construction, l'éco quartier situé sur les anciens terrains des usines Chausson dans le quartier Chandon-Brenu constitue à la fois un marqueur de mixité et de nouvelle fracture infra communale. Les programmes immobiliers, tout en conservant une part importante de logements sociaux (28,8 % d'après le document diffusé par la municipalité), incluent de nombreux logements en accession à la propriété visant à attirer des classes moyennes. La commune de Gennevilliers s'inscrit ainsi dans un processus global d'embourgeoisement des proches périphéries, ou banlieues, des villes-centres. Ainsi, « *le caractère populaire des communes des anciennes « banlieues rouges » se maintient assez bien, mais il est associé à trois faits majeurs : paupérisation des ménages modestes, déclin des ouvriers au profit des employés, « gentrification » des secteurs les plus proches de la ville-centre* » (Vieillard-Baron 2011, p.33). Les trois dimensions de ce processus participent en effet à l'évolution socio-démographique de la commune de Gennevilliers. Les données de l'Insee suivantes objectivent les modifications récentes de la composition de la population gennevilloise (graphique n°9).

<u>Graphique n°9 :</u> Évolution de la répartition des CSP entre 1999 et 2009 à Gennevilliers



Source : Insee RGP 2009. Réalisation : E. Faure.

Encore peu importante, la catégorie des cadres et professionnels intellectuels supérieurs est cependant en augmentation (58,5 % d'augmentation en 10 ans). Beaucoup moins marquée que dans la ville de Boulogne-Billancourt, et s'ancrant dans un contexte urbain, social et politique très différent, cette tendance témoigne tout de même de l'installation récente de ménages plus aisés.

Être Gennevillois ou Gennevilloise : la commune, une échelle qui fait sens ?

À Gennevilliers, si le quartier constitue un territoire pratiqué et fortement approprié, l'attachement à la ville, *sa* ville, apparaît très important.

Cet habitant déclare par exemple : « *J'habite au fossé de l'aumône, ça s'appelle comme ça, mais pour moi ce qui est important c'est Gennevilliers, ce n'est pas le quartier qui nous a fait venir habiter là, c'est le lieu, c'est la ville* » (homme, 62 ans, Fossé de l'Aumône, Gennevilliers). La tension entre attachement à la ville et/ou au quartier est également présente dans les propos de cette enquêtée, habitante de la Cité-jardin : « *Je suis plus attachée à la ville qu'au quartier, je pourrais envisager de changer de quartier que je ne pourrais pas envisager de changer de ville, ah maintenant c'est fini, on est trop bien ici* » (femme, 67 ans, Cité-jardin, Gennevilliers). Enfin, cette habitante des Agnettes explique que ses longs trajets domicile-travail ne l'ont jamais décidée à quitter sa ville : « *Je m'en rappelle quand je travaillais, à l'époque je travaillais chez Thales, j'ai travaillé 40 ans chez Thales, et à la fin on était un petit peu éparpillé dans toute la région parisienne, et moi j'étais sur Conflans. Donc je me payais le trajet, je partais à 6 h 15 de la maison le matin et le soir, quand je rentrais, il était 7 h 30. Donc, mon chef à l'époque m'avait dit, mais Andrée il faut déménager, il faut venir à Conflans. Moi, j'ai dit que pour tout l'or du monde je ne quitterai pas Gennevilliers. Je suis très attaché, ah ça oui* [...] *je veux rester à Gennevilliers* » (femme, 68 ans, Agnettes, Gennevilliers). Trois dimensions du sentiment d'appartenance peuvent être identifiées dans les discours des Gennevillois et Gennevilloises : l'ancrage historique et politique, l'ancrage temporel et familial, enfin l'ancrage symbolique.

Les « *souvenirs d'un espace qui n'est plus [qui] fait l'identité* » (Gervais-Lambony 2004)

Le territoire palimpseste prend tout son sens en ce qu'il est défini par différentes étapes comme l'histoire locale et les discours sur cette histoire. À Gennevilliers, le passé ouvrier et industriel constitue un levier important de l'attachement à la ville. D'après la déléguée aux personnes âgées et du quartier Fossé de l'Aumône, le passé ouvrier commun serait un ciment d'anciens rapports sociaux « *les usines c'était un moteur du lien social […] ici on était citoyens à travers l'usine* ». Un très grand nombre des personnes

rencontrées a abordé spontanément la présence passée des usines sur la ville et son effet structurant dans la vie locale. Alors que certains s'interrogent sur le futur d'un Gennevilliers sans usines, d'autres ont rappelé combien leurs journées étaient alors rythmées par les allées et venues des cars traversant la ville pour amener les ouvriers dans les usines. À Gennevilliers, ces rapports ville/usine ont longtemps été au cœur « *de liens territoriaux fondés sur le rapport entre habitat et travail, et sur la juxtaposition d'une identité sociale et d'un sentiment d'appartenance locale* » (Bacqué et Fol 1997, p. 23). Le souvenir d'une ville industrielle, ouvrière et revendicatrice des droits des salariés est aujourd'hui entretenu par des lieux et évènements marquant le paysage gennevillois. Ainsi « *cette résistance du caractère industriel se développe avec les volontés de patrimonialiser l'ancien bâti, de marquer l'espace public en des lieux stratégiques, qui peuvent être pensés comme de nouveaux hauts lieux urbains. C'est aussi une résistance sociale portée par l'imaginaire qu'en ont les habitants de leur ville et qui induit des transitions de l'espace vécu* » (Luxembourg 2008, p.242). L'attachement des Gennevillois et Gennevilloises au passé industriel de leur ville se reflète dans une volonté politique locale de valorisation du patrimoine industriel.

Par exemple, la presse à emboutir électrique Toledo-Bliss trônant à l'angle de l'éco quartier et en face de celui des Agnettes[10], les « boites à mémoire »[11] ou bien la série de dix-sept bornes, témoignages installés par la municipalité dont plus de la moitié a trait à l'industrialisation de la commune en sont des exemples (photographie n°2). Ces lieux, ou *hauts lieux*[12], rendent ainsi possible l'expression d'une adhésion individuelle à un passé collectif, mais participent aussi à l'entretenir voire à la créer.

Les discours recueillis à Boulogne-Billancourt témoignent de l'importance du passé ouvrier de la commune, et plus particulièrement de la présence de Renault. Or, de telles entreprises de patrimonialisation sont peu présentes[13].

---

[10] Explication de cet aménagement urbain par le site de la ville de Gennevilliers « *Soucieuse de rendre un hommage particulier aux générations de "Chausson", la Ville de Gennevilliers a décidé d'installer définitivement cette presse dans l'espace public sur les lieux mêmes d'entrée des anciennes usines* ».

[11] Explication des boites à mémoires par le site de la ville de Gennevilliers « *Sur le chantier de démolition* [des usines Chausson], *les artistes ont glané toutes sortes d'objets constituant une archéologie de la démolition. Ces pièces, disposées dans des boites lumineuses, "les boites à mémoire", seront à terme installées dans l'espace public.* »

[12] D'après le *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés,* un haut lieu est un « *lieu qui exprime symboliquement, au travers de ses représentations et de ses usages, un système de valeurs collectives ou une idéologie* » (Lévy et Lussault 2003).

[13] Un panneau d'explication historique est érigé devant l'ancienne entrée des usines Renault ; or ni le site de la ville ni celui de l'office de tourisme ne mettent particulièrement en avant l'importance du passé industriel de la commune. Le « *parcours des années 30* » proposé par ces services présente davantage la richesse architecturale de la ville.

<u>Photographie n°2 :</u> Des *hauts-lieux* du passé industriel de la commune



Sources : E. Faure, mai 2014.

Enfin, à l'image de l'extrait d'entretien suivant, une appartenance politique se confond, parfois, au sentiment d'attachement à la ville : *« [Enquêté] : j'ai grandi à Gennevilliers dans l'esprit de Gennevilliers. [Enquêtrice] : c'est quoi l'esprit de Gennevilliers ? [Enquêté] : l'esprit de Gennevilliers c'est un profond attachement à tout ce qui est social, un profond attachement aux valeurs de la résistance, bon, on a le maire de la première municipalité communiste qui a été élu en 1934 qui a été fusillé à Chateaubriand, euh, et bon ça, ça imprègne, en tout cas moi cela m'a fortement… une forte impression ça l'a peut-être un peu moins avec les jeunes d'aujourd'hui […] il y a un attachement aux valeurs du social qui marque cette ville, une fraternité [...] cet esprit reste, même si chez les jeunes il y a peut-être des approches un peu différentes* **»** (homme, 63 ans, Luth, Gennevilliers). L'histoire de Gennevilliers est profondément marquée par des politiques sociales, économiques, culturelles, sanitaires ou familiales communistes, mais aussi par des luttes ouvrières une organisation locale de l'action militante. L'organisation sociale et les réseaux interpersonnels qu'impliquait le parti sont souvent regrettés. La disparition des « *cellules* »[14] en est un exemple : « *[Enquêté] : Gennevilliers c'était un village, c'était, car aujourd'hui c'est fini. Dans les années 50 cela tournait autour du village d'ailleurs. Il y avait des comités de quartier qui se réunissaient, il y avait une vie, on se réunissait, des choses qui ne vont pas et bien ça remontait à la mairie. Il y avait les comités de quartiers, et il y avait les cellules, c'était à part, mais les comités de quartiers c'était que les habitants.*

[14] La « cellule » est la structure de base du parti communiste. Les militants et militantes d'une ville, d'un quartier… s'y regroupaient afin de se réunir et d'organiser les campagnes électorales ou autres actions de communication, l'organisation de débats publics.

[Enquêtée] : justement, il faut dire quand même, bon on ne cache pas qu'on est communiste, bon voilà, et donc je pense que cela a fait aussi que Gennevilliers c'est comme une grande famille, moi je l'ai ressenti comme ça. […] le communisme, ça fait quelque chose de spécifique dans la ville, oui oui » (couple : femme 70 ans, homme 77 ans, Agnettes, Gennevilliers).

Gennevilliers est également une ville considérée comme agréable à vivre en ce qu'elle offre à ses habitants et habitantes de nombreux services (sport, culture, rencontres). Ces habitants se considèrent ainsi « *gâtés* » : « *Et je vais vous dire à Gennevilliers il s'y passe tellement de choses, bon du point de vue culturel on est gâté, quelquefois il y a tellement de choses, intéressantes je veux dire, qu'on ne peut pas tout faire, et ça m'empêche d'aller à Paris (rire)* » (femme, 76 ans, Agnettes, Gennevilliers). Le rapport spécifique entre l'attachement à la ville et une certaine forme de reconnaissance à l'égard de la municipalité est très présent dans les discours recueillis. Or, ces discours ne se limitent pas seulement aux personnes se définissant comme communistes.

L'extrait d'entretien suivant ainsi que l'encadré n°1 illustrent certaines discussions qui, souvent sous la forme de boutades, mais parfois plus sérieusement, tendent à distinguer les « *vrais Gennevillois* » des « *faux Gennevillois* » : « *[Enquêté] : Moi je suis arrivé en 1969, je suis un immigré, mon épouse est née à Gennevilliers, sa mère est née à Gennevilliers, sa grand-mère est arrivée en 1921. [Enquêtrice] : vous dites que vous êtes un immigré parce que vous n'êtes pas né à Gennevilliers ? [Enquêté] : oui (rire), enfin je suis né à Argenteuil, donc pas loin quand même, mais je suis arrivé quand je me suis marié en 69* » (homme, 65 ans, Sévines, Gennevilliers).

Encadré n°1 : vrais ou faux Gennevillois et parole publique.

La mobilisation de cette différence, basée sur l'ancienneté d'installation dans la ville, fut par exemple à l'origine d'un houleux débat lors de la réunion de quartier des Agnettes en janvier 2014.

Un habitant intervient d'un ton accusateur à propos de la destruction du patrimoine de la ville qu'implique le projet de rénovation du quartier présenté ce matin-là. D'après lui, on détruit trop les anciens bâtiments, on ne respecte pas le passé. Il s'énerve et la salle aussi. Des personnes menacent de le mettre dehors et lui reprochent de tenir ce genre de propos, alors qu'il se serait récemment installé à Gennevilliers. Les mots sont prononcés : il ne serait pas « *un vrai Gennevillois* ».

La différence est souvent définie par le temps d'installation personnelle, mais aussi de la famille. Beaucoup d'enquêtés justifient leur attachement à la ville par la présence de leur famille sur la commune, et donc par le fait d'être Gennevillois ou Gennevilloise de génération en génération :

> « *Je suis avant tout de Gennevilliers, c'est vrai que pour moi, euh, j'ai toujours vécu à Gennevilliers, j'ai tout vécu ici. Mes grands-parents étaient maraichers à Gennevilliers* » (homme, 77 ans, Agnettes, Gennevilliers).

> « *Mon épouse est née à Gennevilliers, sa mère est née à Gennevilliers, sa grand-mère est arrivée en 1921* » (homme, 65 ans, Sévines, Gennevilliers).

> « *Avant on était tous à Gennevilliers, j'avais mes parents, j'avis mes deux autres sœurs, les deux parce que la troisième elle est dans la Somme. J'en ai une qui est partie à côté de Nice, mais c'est parce que leur mari est parti là-bas. Ma nièce habite Gennevilliers, ses filles, mes petites-nièces habitent Gennevilliers* » (femme, 68 ans, Agnettes, Gennevilliers).

D'après l'Insee, la proportion de ménages installés depuis au moins dix ans est importante à Gennevilliers (48 % en 2009). Bien qu'inférieure, cette proportion est tout de même de 42 % à Boulogne-Billancourt, et de 45 % à l'échelle du département. De plus, les personnes rencontrées en entretien à Boulogne-Billancourt ne sont, en moyenne, pas installées depuis moins longtemps dans leur ville que celles interviewées à Gennevilliers. Le temps d'installation semble donc jouer un rôle plus important dans la définition de l'attachement territorial à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt.

Enfin, c'est également au travers des mobilités résidentielles que les liens entre Gennevillois ou Gennevilloises et leur ville de résidence peuvent être appréhendés. Alors que des personnes âgées déménagent au moment de la retraite, beaucoup reviendraient. Ce retour serait facilité par les services de l'OPHLM attribuant quelques logements aux personnes ayant résidé pendant longtemps sur la ville. Qu'elle soit effective ou non, le fait que de nombreux enquêtés aient évoqué cette politique démontre que cette possibilité est prise en compte par les personnes.

Finalement, le plaisir de continuer à voir ses proches incite à rester dans la ville et, inversement, le fait que les nouvelles générations s'installent toujours à Gennevilliers renforce chez certaines personnes l'image d'une ville agréable, attachante.

Synthèse

Boulogne-Billancourt est structuré autour d'une fracture nord-sud de nature socio-économique, démographique et symbolique. Son organisation spatiale apparaît également caractérisée par la présence d'un centre-ville ancien et polarisant (mairie, réseaux de transport, offre culturelle et commerciale) et par la permanence d'une hétérogénéité socio-spatiale importante (micro-territoires populaires au sein d'une ville globalement aisée, et inversement, enclave très favorisée dans le nord-est de la ville notamment). Cette particularité pose question :

- Les disparités spatiales de niveaux de vie infra-communaux (fracture nord/sud notamment) ne se traduisent-elles pas par des taux de participation au dépistage hétérogènes ?
- Dans quelle mesure la géographie du recours à ce programme de santé publique est-elle le reflet de celle des indicateurs socio-économiques et démographiques boulonnais ?
- Les disparités spatiales de recours au dépistage du cancer colorectal des hommes et des femmes sont-elles similaires ? Ou bien, au contraire, les pratiques des hommes et des femmes se déclinent-elles différemment en fonction de leurs quartiers (ou Iris) de résidence ?

Gennevilliers, administrée par le parti communiste depuis des décennies, est une ville populaire, moins hétérogène que Boulogne-Billancourt et est le support d'un sentiment d'appartenance fort. Toutefois, elle est aussi caractérisée par une multi-polarisation autour de quartiers aux caractéristiques socio-économiques, histoires et représentations territoriales originales. Si certaines interrogations sont communes à la ville de Boulogne-Billancourt, les particularités du contexte gennevillois posent de nouvelles questions :

- La relative homogénéité socio-économique de la ville se traduit-elle par des taux de participation similaires d'un quartier (ou Iris) à l'autre ?
- Les hommes et les femmes de cette ville adoptent-ils des comportements analogues en termes de dépistage du cancer colorectal ?
- Enfin, dans quelle mesure l'histoire politique et les modes de gestion actuelle de la commune encouragent-ils la diffusion de messages de prévention et de santé publique auprès des habitants et habitantes ou des professionnels locaux ? Quel est le rôle des politiques passées et présentes dans la constitution d'un contexte sanitaire local original ?

Nous posons l'hypothèse que le recours au dépistage du cancer colorectal ainsi que les modalités de promotion de ce programme se déclinent différemment en fonction des contextes, dynamiques et jeux d'acteurs locaux. L'analyse des acteurs locaux engagés dans la promotion de la santé, des profils des médecins généralistes ou bien des types d'actions de promotion de la prévention (dont le dépistage du cancer colorectal), des publics ciblés et touchés par ces initiatives, vise à définir et comprendre les processus de construction locale de santé.

1.4. Choix des terrains : les quartiers

1.4.1. Boulogne-Billancourt : Pont-de-Sèvres et Squares

À Boulogne-Billancourt, les quartiers retenus sont les deux seuls à être caractérisés par des indicateurs socio-économiques défavorables au regard du reste de la ville, et de l'ensemble du département. Il s'agit du **quartier du Pont-de-Sèvres** et de celui des **Squares de l'Avre et des Moulineaux** (plus communément appelé le quartier des Squares).

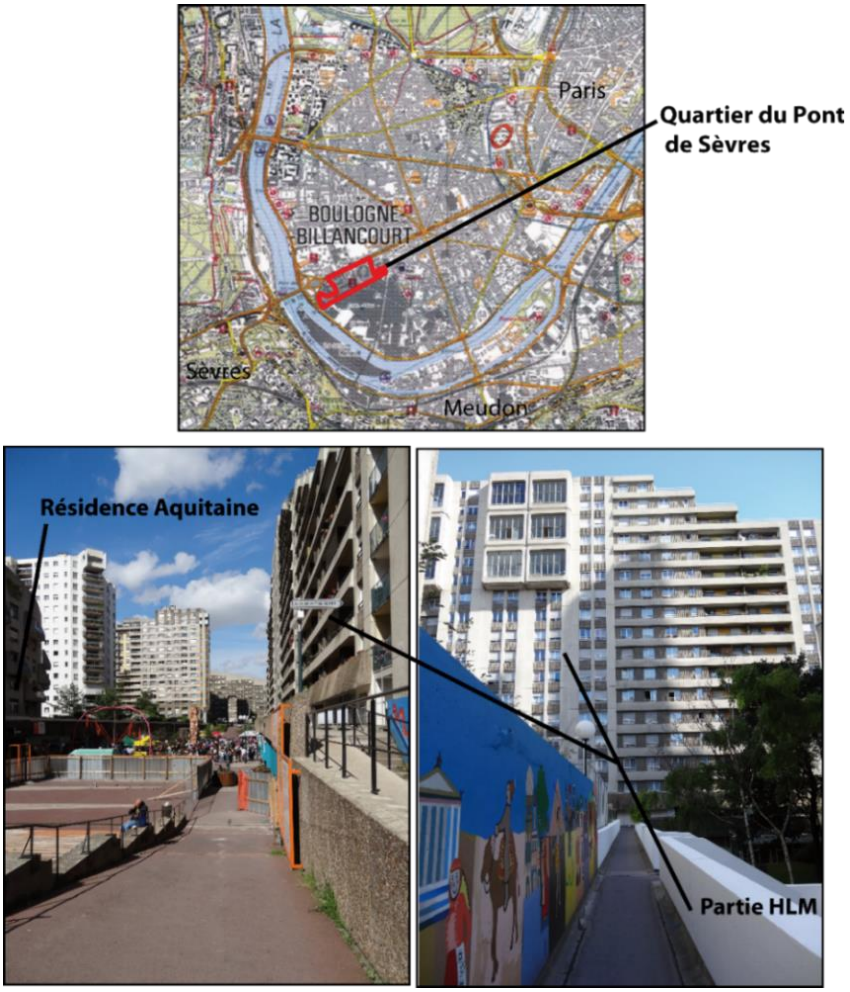
Le quartier du Pont-de-Sèvres est situé au sud de la ville de Boulogne-Billancourt. Ce quartier, construit dans les années 1970, a longtemps hébergé les ouvriers et employés de l'usine « Renault Billancourt » limitrophe. Classé en ZUS jusqu'en 2014, le quartier fait aujourd'hui partie du vaste programme de rénovation urbaine des anciens terrains Renault (zone dite « du triangle » et île Seguin).

Le quartier compte 4270 habitants en 2009 (Insee). Il dispose d'une école, de nombreux commerces et locaux associatifs. Enfin, la ligne de métro 9 le relie directement au centre-ville de Boulogne-Billancourt, mais également à celui de Paris.

Enfin, le Pont-de-Sèvres se caractérise aujourd'hui par son hétérogénéité socio-économique et démographique. Une partie du quartier est composée uniquement de logements sociaux (99 % de HLM), une autre partie d'ex-ILN[15] et de trois résidences privées où logent des classes moyennes supérieures (résidence Aquitaine, Île-de-France et le Trident) (photographie n°3).

[15] Immeuble à Loyer Normal (ILN) : il s'agit d'ensembles d'habitats sociaux pour lesquels, contrairement aux HLM (habitation à loyer modéré) aucun plafond de ressources n'est exigé de la part du bénéficiaire.

<u>Photographie n°3 :</u> Quartier du Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt



Sources : Photographies de l'auteure (juin 2013), fond de carte IGN. Réalisation : E. Faure.

Le quartier des Squares est également situé à l'extrême sud de la ville. Il est limitrophe de la Seine et du cimetière. D'après l'Insee, en 2009 le quartier compte 2 148 habitants. Il est quasi exclusivement composé de logements sociaux (93 %).

Ce quartier, construit dans les années 1930, est composé de quatre cours (ou squares) reliés par des passages et ruelles internes (photographie n°4). La forme de son bâti l'isole du reste du quartier (cours et entrées des bâtiments tournés vers l'intérieur). Les Squares ne possède que très peu de commerces de proximité (sur l'avenue, et non pas à l'intérieur des cours). Enfin, s'il est desservi par des bus permettant aux habitants de se rendre en centre-ville et la porte de Saint-Cloud par exemple, le quartier reste relativement isolé du reste de la ville.

Photographie n°4 : Quartier des Squares, Boulogne-Billancourt



Sources : Photographies de l'auteure (mai 2013), fond de carte IGN. Réalisation : E. Faure.

1.4.2. Gennevilliers : Luth et Agnettes

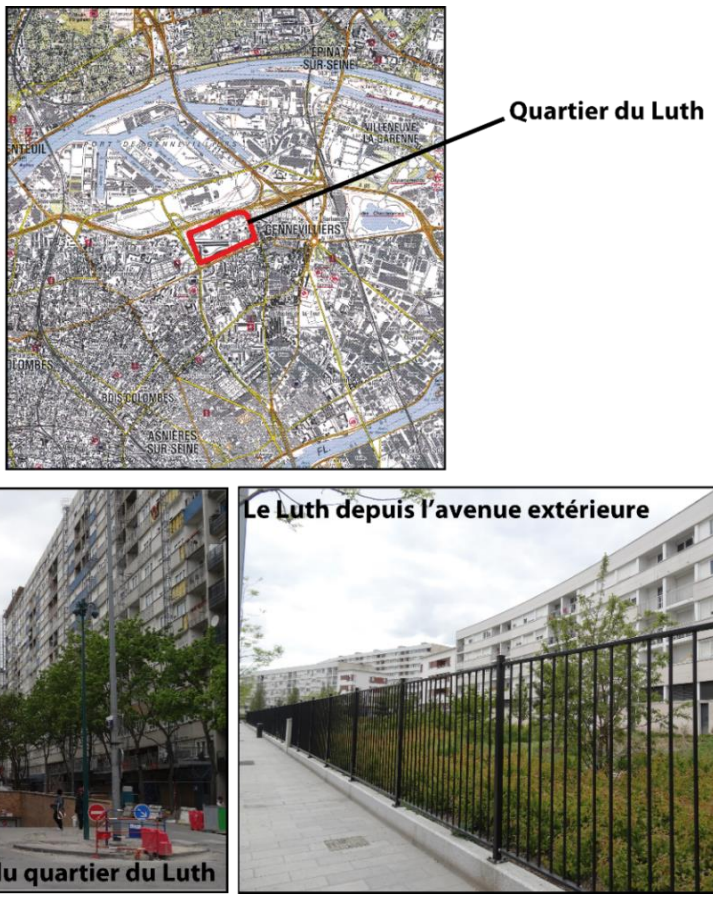
À Gennevilliers, la situation est différente dans la mesure où l'ensemble de la ville est caractérisé par des indicateurs socio-économiques plutôt défavorables. D'autres critères ont donc été mobilisés afin de choisir les terrains d'enquête. D'une part, la population gennevilloise est très jeune (42 % de ses habitants avaient moins de 30 ans en 2009, contre 39 % à l'échelle départementale et 36 % à Boulogne-Billancourt). Le programme de dépistage des cancers s'adressant aux individus de plus de 50 ans, il est apparu nécessaire de réaliser la sélection des quartiers sur la base du pourcentage de personnes de cette tranche d'âge. D'autre part, ces dernières années Gennevilliers a fait l'objet d'importants programmes de rénovation urbaine impliquant, dans certains quartiers, une modification importante de la démographie. La comparaison entre les données du recensement de population de l'Insee avec les données de participation au dépistage du cancer colorectal ou de terrain aurait pu être compromise par

la sélection de tels quartiers. Enfin, les premiers entretiens avec des acteurs locaux, possédant une vision globale de la ville comme notamment une appréciation fine de certains sous-espaces urbains, ont été utiles. Les connaissances de la coordinatrice de l'ASV, de l'équipe de prévention spécialisée du quartier du Luth, du coordinateur du pôle de médecine universitaire de la ville ou d'une habitante également responsable des archives municipales ont ainsi complété les informations issues de la littérature et documentation.

Finalement, les deux quartiers retenus sont le **Luth** et **Les Agnettes**.

Le quartier du Luth est situé au nord de la ville. Il est limitrophe du port, du quartier Village et de la commune d'Asnières-sur-Seine. D'après le dernier recensement de l'Insee, le quartier abrite 6 665 habitants. Il se compose principalement de logements sociaux (67 % de HLM, construits et administrés par l'office de la municipalité), mais possède également un petit parc privé, une résidence logement pour personnes âgées, des équipements sportifs et d'écoles.

<u>Photographie n°5 :</u> Quartier du Luth, Gennevilliers



Sources : Photographies de l'auteure (avril 2014), fond de carte IGN. Réalisation : E. Faure.

Le quartier du Luth est directement relié à Paris par la ligne 13, et aux villes limitrophes par le tram (ligne T1). Enfin, classé en ZUS jusqu'en 2014, il fait aujourd'hui partie de la nouvelle carte des quartiers prioritaires. Le quartier a ainsi bénéficié d'un vaste programme de rénovation urbaine (démolition de bâtiments, ouvertures de rues, construction d'un nouveau centre culturel ou de commerces de proximités) et de résidentialisation (photographie n°5).

Le second quartier gennevillois retenu est celui des Agnettes. Le programme d'édification de ce quartier s'échelonne de 1955 à 1973. Le quartier est situé à proximité du centre commercial et administratif (mairie et services sociaux et postaux). Il possède des écoles, des installations sportives et un club du troisième âge, mais ne dispose d'aucun commerce de proximité. Le quartier se compose de près de 80 % de logements sociaux construits et administrés par l'OPHLM de la ville.

<u>Photographie n°6 :</u> Quartier des Agnettes, Gennevilliers



Sources : Photographies de l'auteure (avril 2014), fond de carte IGN. Réalisation : E. Faure.

La station de métro « Les Agnettes », sur la ligne 13, relie le quartier à Clichy-la-Garenne puis à Paris. Enfin, caractérisé par des indicateurs socio-économiques moins défavorisés que le quartier du Luth, le quartier des Agnettes est cependant affecté par une paupérisation de sa population. D'après le « diagnostic social » réalisé dans le cadre du projet de requalification urbaine du quartier des Agnettes réalisé en 2011, la proportion des emplois aidés, en intérim, des stages et des CDD est passée de 15 % à 19 % entre 1999 et 2007. Ce rapport témoigne également d'une augmentation des ménages d'une personne de plus de 6 % (décohabitation, veuvage, etc.). Enfin, d'après l'Insee, la part de population âgée de plus de 60 ans du quartier des Agnettes est l'une des plus importantes de la ville : en 2011, elle représente 21 % de la population du quartier contre en moyenne 15 % dans la ville.

Synthèse

En plus des interrogations formulées lors de la présentation des deux communes, les configurations locales de ces différents quartiers amènent à des questions supplémentaires :

- Dans quelle mesure la situation particulière du Pont-de-Sèvres et des Squares, quartiers populaires d'une ville aisée, participe-t-elle à des pratiques individuelles, collectives et professionnelles originales en termes de recours et de promotion de la prévention et du dépistage du cancer colorectal ?
- En quoi les processus de requalification urbaine (en cours au Pont-de-Sèvres et récentes au Luth) impliquent des politiques municipales les initiatives associatives ou les rapports sociaux plus ou moins propices à la promotion de la prévention (dont le dépistage du cancer colorectal) ?
- Le relatif isolement du quartier des Squares (d'un point de vue socio-économique, mais aussi urbanistique) est-il constitutif de pratiques spécifiques de recours, mais surtout de promotion locale de la santé ?
- Enfin, de quelle manière les processus de paupérisation et de vieillissement de la population du quartier des Agnettes permettent-ils de mieux comprendre les représentations et pratiques sociales de santé de ce territoire ?

1.5. L'inclusion des Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) : pourquoi et comment ?

Les premières analyses de nos résultats nous ont incité à interroger la place des FTM et leurs résidents[16] dans les territoires et les politiques publiques de santé boulonnais et gennevillois. D'une part, la cartographie infra-communale de ce programme met en valeur les taux de participation extrêmement faibles des espaces abritant des FTM[17] (chapitre 3). D'autre part, initialement non comprise dans la trame d'entretien, la situation des Chibanis habitants en FTM a souvent été abordée par les acteurs politiques, associatifs ou médicaux rencontrés sur le terrain. Les foyers sont présentés par la majorité d'entre eux comme des lieux où se concentrent des populations précaires, âgées et une plus grande proportion de personnes parlant peu français ce qui entraverait leur accès à la santé et aux soins. Plus généralement, les personnes résidant en FTM sont considérées comme à l'écart des services publics (administrations, services sociaux, etc.). Enfin, alors que nos premiers résultats de terrain soulignaient l'importance du rôle des femmes dans la gestion de la santé familiale ou du couple, interroger la participation au dépistage organisé du cancer colorectal dans un contexte de non-mixité masculine est apparu intéressant. Il convient cependant de préciser que ce travail de recherche n'a pas pour objectif de comparer les personnes résidant dans leurs appartements, d'une part, et des personnes résidant en foyer, d'autre part.

D'après le Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, l'Île-de-France concentrait en 2010 près de 30 % des foyers et résidences sociales françaises, dont la majorité est répartie entre Paris, la Seine-Saint-Denis et les Hauts-de-Seine. Plusieurs FTM sont implantés à Boulogne-Billancourt et à Gennevilliers (cinq dans chacune des deux communes). Or, pour des raisons de temps et de faisabilité[18], un seul terrain[19] a été effectué : le foyer Brenu à Gennevilliers.

---

[16] Apparaissant également dans la littérature, le terme « *résident* » est celui utilisé par les acteurs de terrain rencontrés pour désigner les personnes habitant ces foyers.

[17] L'étude exploratoire menée en 2012 dans la ville de Clichy-la-Garenne (Faure 2012) avait mis en valeur la situation spécifique de ces lieux dans la ville et le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Or, les données disponibles et les méthodologies développées dans ce précédent travail ne permettaient pas d'objectiver la sous-participation de leurs résidents. Toutefois, nos résultats les pistes de réflexion qu'ils proposaient motivèrent la mise en place d'un groupe de travail, coordonné par l'ADK92, visant à mieux comprendre cette situation à l'échelle du département.

[18] Entrer en contact avec les responsables du foyer initialement sélectionné à Boulogne-Billancourt fut très long. De plus, aucune action, activité ou permanence d'acteurs extérieurs n'étant organisée dans ce foyer et la salle commune étant fermée, il s'est avéré très compliqué de rencontrer les hommes y résidant.

[19] Quelques observations ont toutefois été réalisées dans un foyer de Boulogne-Billancourt, le foyer dit « du Dôme ». Or, trop court et peu détaillé, ce travail ne sera pas exploité dans ce manuscrit.

Le foyer Brenu a été retenu pour sa proximité au quartier des Agnettes. Les débats à propos de sa rénovation ou destruction ont également attiré notre attention. Enfin, plusieurs des médecins, ayant abordé le sujet des Chibanis lors des entretiens, ont évoqué ce foyer en particulier.

Le foyer Brenu a été construit en 1975. Il est situé dans le quartier Chandon-Brenu, à 500 mètres de la mairie et du centre commercial. D'après son bailleur, le foyer compte 381 chambres individuelles meublées de 7,5 à 15 m2. Les unités de vie du foyer sont composées de 16 chambres partageant une cuisine collective et une salle de bain. Il a été entièrement réhabilité en 1995, et le premier étage a été récemment réaménagé pour les personnes âgées dépendantes. Le foyer est composé de deux bâtiments reliés entre eux par un couloir où est situé le bureau des deux responsables de résidence, la « salle TV » ainsi que les boites aux lettres. La « salle TV », dans laquelle le téléviseur ne fonctionne plus depuis des années, est aujourd'hui utilisée pour des actions collectives, des interventions de professionnels du champ médico-social et certaines réunions. Or, systématiquement fermée à clé, elle n'est pas occupée spontanément par les habitants. Enfin, les résidents de ce foyer sont des hommes, dont la quasi-totalité est née en Afrique du Nord. Si quelques jeunes adultes y vivent, la majeure partie d'entre eux est âgée de plus de 50 ans. Selon les données communiquées par Adoma, en 2014, plus de 65 % des habitants du foyer Brenu ont plus de 60 ans.

2. Outils méthodologiques

Les modes de collecte ainsi que les types d'analyse de données sont détaillés dans cette seconde partie. Les données dites « quantitatives » sont distinguées des données « qualitatives » pour des raisons de lisibilité. Or, un premier paragraphe vise à interroger et critiquer cette opposition. Il s'agit de montrer que les deux approches sont utiles et se complètent, enfin, que l'une n'a pas vocation à expliquer l'autre.

2.1. Quantitatif versus qualitatif un faux débat

2.1.1. Méthodes et objectivité comme facteurs d'opposition

D'après Lorna Jennifer Philip, une méthode quantitative « *involve traditional scientific methods, frequently with the aid of statistical techniques to test hypotheses and to verify theory, developing precise empirical descriptions and producing knowledge by means of a process that may be replicated exactly by*

others."[20] (Philip 1998, p.264). D'après le Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, la géographie quantitative est « *fondée sur le recours à l'analyse statistique et sur l'affirmation de la scientificité de la géographie par le rapprochement de ses méthodes avec celles des mathématiques et des sciences de la nature* » (Lévy et Lussault 2003, p. 757). L'approche quantitative est ainsi associée à l'objectivité. Inversement, la méthodologie qualitative est assimilée au postmodernisme et la subjectivité en ce qu'elle laisse une plus grande place aux discours des individus comme au statut du chercheur face à son objet. D'après Lorna Jennifer Philip, les approches qualitatives « *are typically small-scale intensive pieces of research in which everyday life experienced by all sorts of people and communities at different times and in different places is explored, and the position of the researchers, their perceptions, experiences, expectations, and prejudices are viewed as important."*[21] (Philip 1998, p.267).

Les méthodologies quantitatives et qualitatives se distingueraient par les outils de traitements des données associés à chacune d'elle. La structure des ouvrages de méthodologie et l'organisation des programmes d'enseignement comme celle des lignes éditoriales des revues scientifiques en sont des exemples. Pourtant Lorna Jennifer Philip démontre combien cette opposition est discutable, en ce que l'appartenance d'une méthodologie à une épistémologie n'est pas systématique (Philip 1998). Au contraire, différentes méthodes et épistémologies peuvent être associées dans un même projet de recherche.

Cette opposition entre méthodologie quantitative et qualitative nous semble d'autant plus vaine qu'elle associe l'une à l'objectivité et l'autre à la subjectivité. Chaque démarche implique des choix. Jacqueline Feldman, à propos des sciences qu'elle nomme « *exactes* », rappelle ainsi que « *le sujet qui fait la science y est étonnamment présent. L'objectivité se construit difficilement, avec lenteur, dans les "essais et erreurs".* » (Feldman 2002, p.4). Le centre national de ressources textuelles et lexicales donne de l'objectivité la définition suivante[22] « *Substantif féminin,* ***A.*** *— Philos. Qualité de ce qui existe en soi, indépendamment du sujet pensant.* ***B.*** *— Courant. 1. Qualité de ce qui donne une représentation fidèle de la chose observée.*

---

[20] Traduction de la citation : les méthodes quantitatives « impliquent des méthodes scientifiques traditionnelles, souvent à l'aide de techniques statistiques pour tester des hypothèses et vérifier des théories, l'élaboration de descriptions empiriques précises et produit des connaissances au moyen d'un processus qui peut être reproduit tel quel par d'autres. »

[21] Traduction de la citation : les méthodes qualitatives « sont généralement de petites parties de recherche très détaillées, dans lesquelles est explorée la vie quotidienne de différentes catégories de personnes et de communautés, à différents moments et à différents endroits ; dans lesquelles la position des chercheurs, leurs perceptions, leurs expériences, leurs attentes et leurs représentations sont considérées comme importantes ».

[22] Définition du terme « objectivité » à partir de la base de données en ligne du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) associée au CNRS : http://www.cnrtl.fr/definition/objectivit%C3%A9.

Objectivité scientifique. 2. Fait d'être dépourvu de partialité». Cette définition suppose l'existence de choses *en soi* et la capacité du sujet observant et pensant d'en restituer une description et une analyse fidèle et neutre, sans pouvoir attester d'appliquer ce terme à la connaissance scientifique. En tant qu'être social, le chercheur est ancré dans une certaine société et marqué par une histoire personnelle et une culture scientifique. Qu'il soit sur le terrain, ou bien face à son ordinateur, le chercheur prend des décisions - à partir d'hypothèses et de questions de recherche - afin d'établir sa méthode et traiter les données dont il ou elle dispose.

Dorna Jennifer Philip en appelle dans son article à la mobilisation de « *Mixed methods* » ou « *Multiple methods* ». Elle en donne les définitions suivantes : « *Mixed methods may be taken as referring to a situation whereby two or more methods are used to address a research question at the same stage in the research process, in the same place, and with the same research subjects. Multiple methods may be understood as being the situation in which a number of complementary methods are employed to address different facets of a research question, or to address the same question from different perspectives.* » [23] (Philip 1998, p.264). Nous considérons avoir employé, selon cette définition des termes, une « *multiple methods* ». Le traitement des données quantitatives fournies par l'ADK92 permet d'analyser une des facettes du recours des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal. Les traitements de ces données aboutissent à l'identification de disparités spatiales de participation au dépistage et de type de recours au médecin généraliste ; mais contrairement aux entretiens semi-directifs ou aux observations, ils ne permettent pas de comprendre les représentations sociales et territoriales sous-jacentes à ces choix ni les opinions et pratiques des médecins généralistes par exemple. Il s'agit donc de mobiliser des outils méthodologiques distincts, en vue de récolter et traiter des données de nature différente. Or, cette démarche n'augure en rien d'un décalage épistémologique, et encore moins d'un processus de hiérarchisation des méthodes ni des résultats obtenus.

2.1.2. Données quantitatives et approche de genre, un antagonisme ?

Alors que nous proposons dans cette thèse d'interroger la place, et le pouvoir heuristique du concept de genre en géographie de la santé, une question s'impose : quelle place pour les données quantitatives

[23] Traduction de la citation : « les *méthodes mixtes* peuvent être considérées comme se référant à une situation dans laquelle deux ou plusieurs méthodes sont utilisées pour répondre à une question lors d'une étape dans le processus de recherche, se référant au même lieu et sujet de recherche. Les méthodes multiples correspondent à la mobilisation de méthodes complémentaires utilisées pour traiter différentes facettes d'une question de recherche, ou répondre à une même question, mais à partir de différentes perspectives ».

dans une telle approche ? L'un des fondements des études de genre est la remise en cause du caractère naturel et immuable de la séparation et de la hiérarchisation de l'humanité en deux : les hommes d'un côté et les femmes de l'autre (Bereni, Chauvin, et Jaunait 2008). N'est-ce pas alors paradoxal de mobiliser des données quantitatives figées et binaires (homme versus femme) au sein d'une analyse des rapports entre genre et constructions territoriales ? La comparaison de la participation au dépistage du cancer colorectal des hommes et des femmes ne contribue-t-elle pas ainsi à figer ces catégories ? Comment articuler la description des disparités de recours au dépistage des hommes et des femmes avec une approche critique de ces catégories ?

Les travaux proposant des réponses à ces questions sont très rares. Cependant, l'article de Sara McLafferty intitulé « *Counting for Women* » est un précieux plaidoyer pour la « réconciliation » des études de genre avec l'analyse de données quantitatives. Les méthodes quantitatives sont souvent critiquées par les géographes féministes pour leur tendance à revendiquer l'objectivité, leurs biais de mesure et de définition (Rose 1993). L'absence de prise en compte des liens entre le chercheur et les sujets observés a longtemps été critiquée. Or, la majorité des géographes quantitativistes reconnaît aujourd'hui que la subjectivité est présente dans tout type de recherche. Les questions posées par le choix des indicateurs, la définition des espaces et de leurs limites, les méthodes de discrétisation utilisées sont largement discutées. De plus, distinguer les individus selon des catégories (homme/femme ou population âgée/jeune) n'a pas pour but, ni fondement, de figer ces catégories ni de leur reconnaître un caractère « naturel », mais de mettre en valeur des différences et inégalités résultant de rapports sociaux. Ainsi, la géographe américaine[24] écrit dans son article "*Counting, then, can be used effectively to reveal the broad contours of difference. This is not to say that categories like gender, race and ethnicity are unproblematic, but that when linked to a strong theoretical base, they have some relevance and meaning. Recognizing the fuzziness of boundaries, the uniqueness of individuals, and diversity within groups does not negate the values of social divisions or their existence."*[25] (McLafferty 1995, p. 438). Enfin, s'il y a de très nombreux filtres entre ce que l'on est en capacité d'appréhender au travers de données quantitatives

[24] Un tel débat n'a pas lieu en France dans la mesure où les études de genre n'ont pas encore, ou depuis peu de temps, une réelle place et influence en géographie.

[25] Traduction de la citation : « Compter peut donc s'avérer efficace pour révéler certains processus inégalitaires. Cela ne veut pas dire que des catégories comme le sexe, la race et l'ethnicité ne sont pas problématiques, mais que lorsqu'elles se basent sur des fondements théoriques solides, elles ont une certaine pertinence et signification. Reconnaître le flou des frontières entre les catégories, la singularité des individus, et l'hétérogénéité de chacun de ces groupes ne remet pas en cause la valeur et l'existence des divisions sociales ».

(catégories retenues, collecte de l'information, instruments de mesure, etc.) et la réalité telle qu'elle s'organise, ces filtres ne sont pas moins nombreux via des observations de terrain[26].

L'analyse de données quantitatives, certes imparfaites parce que figées et réductrices de la complexité des faits, permet donc dans cette thèse de dresser un état des lieux essentiel à l'analyse des processus sociaux participant aux disparités spatiales de recours au dépistage du cancer colorectal entre hommes et femmes.

2.2. L'approche par le nombre : recours au dépistage du cancer colorectal

Les bases de données quantitatives ont été traitées grâce aux logiciels *Excel* et *SAS Entreprise Guide 5.1*, certains résultats ont été cartographiés sous *Philcarto* ou *ArcGis* et mis en page grâce à *Adobe Illustrator CS4*.

2.2.1. Participation au dépistage du cancer colorectal : présentation des données

Description des bases de données

Les données permettant l'analyse de la participation au dépistage du cancer colorectal dans les Hauts-de-Seine sont issues des bases de l'ADK92. L'équipe de géographes de la santé de l'Université de Nanterre et cet organisme collaborent depuis 2011 dans le cadre d'un projet d'analyse des inégalités d'accès au dépistage du cancer du sein (programme « Géographie et dépistage »). Cette thèse est soumise au même accord CNIL.

Rappelons que le programme de dépistage organisé du cancer colorectal s'organise en campagne de deux ans (2.2.2 du chapitre 1). Nous disposons pour cette thèse de trois campagnes : 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013. Les bases de données fournies indiquent le sexe, la date de naissance et l'adresse de chacune des personnes invitées. Elles renseignent également le nombre de courriers adressés à chaque personne, ainsi que leur statut vis-à-vis du dépistage à l'issue de ce processus (c'est-à-dire si la personne a effectué le test ou non). Nous disposons également de l'adresse du médecin généraliste rencontré par les individus ayant obtenu leur test Hémoccult auprès de ce professionnel. Cependant, aucune donnée

[26] Les limites inhérentes à notre sujet sont présentées et discutées dans la troisième partie de ce chapitre (3.) intitulé Méthodologie et positionnement : une analyse critique.

socio-économique ou démographique (autre que le sexe et la date de naissance des individus invités) n'est disponible dans les bases transmises par l'ADK92.

Les informations transmises tous les trois mois par l'Assurance Maladie permettent à l'organisme de gestion des dépistages de mettre à jour ses bases de données (intégration de nouveaux habitants du département, gestion des déménagements ou des décès, etc.). Cependant, malgré ces mises à jour régulières des doublons ont été identifiés. Ils ont donc été supprimés.

Enfin, les items utiles aux futures analyses de la participation ont été créés : tranche d'âge (50-54 ans, 55-59 ans, 60-64 ans, 65-69 ans et 70-75 ans), type de participation (suite à l'invitation, la première ou la seconde relance), fidélisation (participation à aucune, une, deux ou trois campagnes), temps de réaction (entre la dernière lettre et la participation), enfin mois de réalisation du test.

Gestion des exclusions pour l'approche communale

Les individus ne résidant pas dans les Hauts-de-Seine ont été supprimés. La part de ces exclusions est très faible (0,04 % de la base 2008-2009 ; 0,6 % de celle de 2010-2011 et 0,1 % pour 2012-2013).

Les individus pour lesquels des informations essentielles aux futurs traitements étaient manquantes ont également été exclus. Cette opération n'a concerné que dix personnes de la base 2008-2009 (sexe non renseigné). Enfin, les données fournies par l'ADK92 permettent d'attribuer une non-participation à un motif d'exclusion justifié[27]. Les taux de participation ont été calculés sans ces individus.

Les analyses de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle communale ont finalement été réalisées sur une base de 324 452 lignes pour la campagne 2008-2009, une base de 360 627 lignes pour la campagne de 2010-2011 et de 358 860 pour celle de 2012-2013.

Géolocalisation et gestion des exclusions pour l'approche infra communale

Les individus résidant à Boulogne-Billancourt, d'une part, et à Gennevilliers, d'autre part ont été isolés, puis géolocalisés à l'adresse grâce à la base *BDadresse* de l'institut national de l'information géographique et forestière (IGN). Cette opération consiste à déterminer, à partir de leur adresse de résidence, la

[27] Le cahier des charges national a prévu une exclusion médicale au dépistage dans les cas suivants : symptomatologie digestive, sujet ayant réalisé une coloscopie depuis moins de 5 ans, antécédents personnels de cancer ou d'adénomes colorectaux ou d'une pathologie colique, antécédents familiaux chez un parent du premier degré avant 65 ans ou au moins deux parents du premier degré atteints, sujets atteints d'une pathologie grave extra intestinale (motif éthique). L'ADK92 n'invite alors pas cette personne durant une certaine période (5 ans ou définitivement).

latitude et la longitude localisant les personnes invitées. Les données peuvent ensuite être regroupées selon plusieurs niveaux d'agrégation (Iris, carroyage, buffers).

Dans les bases de l'ADK92, lorsqu'un individu déménage, seul le code postal de l'ancienne adresse est renseigné. Il est donc impossible de reconstituer finement l'adresse de résidence pour les campagnes plus anciennes des personnes ayant déménagé. Afin de ne pas attribuer le lieu de résidence enregistré au moment de l'extraction à un évènement passé (la participation au programme), il a été décidé d'exclure ces individus. Si ces exclusions sont relativement peu nombreuses pour la campagne 2010-2011, et encore moins en 2012-2013, elles le sont pour la première campagne (2008-2009). À Boulogne-Billancourt par exemple, 19,7 % de la base aurait dû être exclue en 2008-2009, 14 % en 2010-2011 et seulement 5,2 % en 2012-2013. À Gennevilliers, ces exclusions concernent 22,9 % en 2008-2009, 13 % en 2010-201 et 5,4 % en 2012-2013. Il a été décidé que la campagne 2008-2009 ne serait pas exploitée à l'échelle infra communale. Afin de tester les éventuelles répercussions de l'exclusion de ces individus sur les résultats, les caractéristiques démographiques (sexe, âge) ainsi que les taux de participation des personnes « non exclues » et des individus « exclus » ont été comparés. Ces exclusions n'ont finalement pas de conséquence sur les résultats des campagnes 2010-2011 et 2012-2013, ni à Boulogne-Billancourt ni à Gennevilliers.

L'analyse infra communale et spatio-temporelle de la participation au dépistage du cancer colorectal a donc été réalisée pour les campagnes 2010-2011 et 2012-2013 à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers. Ces bases comprennent 21 896 lignes pour la campagne de 2010-2011 et 25 118 pour celle de 2012-2013 à Boulogne-Billancourt, et 9 027 en 2010-2011 et 10 883 en 2012-2013 à Gennevilliers[28].

2.2.2. Participation au dépistage du cancer colorectal : calculs et présentations des résultats

Traitements statistiques

L'indicateur d'évaluation du recours au dépistage organisé du cancer colorectal correspond au taux de réalisation du test Hémoccult, c'est-à-dire à un taux de participation (schéma n°2).

[28] La différence entre le nombre de personnes invitées à Boulogne-Billancourt et à Gennevilliers reflète les caractéristiques démographiques de ces deux communes.

Schéma n°2 : Mode de calcul du taux de participation

$$\text{Taux de participation} = \frac{\text{Nombre d'individus ayant réalisé le test de dépistage pendant la campagne}}{\text{Nombre d'individus invité par l'ADK92 - individus exclus de la base}} \times 100$$

Baser le calcul du taux de participation sur la population invitée par l'organisme de gestion permet de prendre en compte les exclusions justifiées, ainsi que les évolutions démographiques (les bases de données de l'ADK92 sont actualisées tous les six mois par la caisse d'assurance maladie). Cette méthodologie est différente de celle adoptée par l'InVS, qui utilise comme dénominateur la population Insee âgée de 50 à 75 ans moins les exclusions. Cette différence de méthode explique les légers décalages entre les données fournies par cet organisme et les résultats exposés dans ce manuscrit.

Les taux de participation ont été calculés à l'échelle des communes dans les Hauts-de-Seine, puis des Iris pour chacune des deux villes ciblées : Boulogne-Billancourt et Gennevilliers. Ces taux ont été standardisés sur l'âge afin que ces derniers ne soient pas dépendants de la structure par âge de la population des différentes entités spatiales. Il existe deux méthodes de standardisation (directe et indirecte). La méthode directe a été utilisée. Les taux des différentes entités spatiales sont ainsi rendus comparables.

Le test de Khi2 a permis de tester la signification de certains résultats. Par exemple, l'un des enjeux majeurs de cette thèse étant de mieux comprendre les processus de construction relatifs au genre en matière des faits de santé, il était primordial de s'assurer de la signification des écarts de participation entre hommes et femmes.

Ces taux de participation ont été calculés pour la population invitée générale, mais également en distinguant les individus en fonction de différentes caractéristiques. Les indicateurs calculés sont les suivants :

– À l'échelle communale : taux de participation globale[29] ; taux de participation des femmes ; taux de participation des hommes ; ratio femme/homme de participation ; taux de participation par tranches d'âge (répartition du panel en 5 classes de 5 ans) ; taux de participation par sexe et tranches d'âge.

[29] Les taux de « participation globale » sont calculés à partir d'une base comprenant les hommes et les femmes. Ils permettent de décrire les tendances communes aux deux sexes.

– À l'échelle infra communale : taux de participation globale ; taux de participation des femmes ; taux de participation des hommes ; ratio femme/homme de participation ; taux de participation par tranches d'âge ; taux de participation par sexe et tranches d'âge ; taux de participation attribuable à l'invitation, à la première relance et à la seconde relance. Un traitement supplémentaire permet de comparer les deux périodes en repérant les Iris qui ne changent pas de quartile entre les deux campagnes, ainsi que ceux pour lesquels les taux de participation passent de fort (Q4) à faible (Q1) ou de faible (Q1) à fort (Q4).

– Enfin, récemment développés au sein de notre laboratoire[30], deux types de traitement à des échelles plus fines que les Iris ont été réalisés : l'analyse des taux de participation lissés à partir d'un carroyage et l'étude d'agrégats de sur ou de sous-participation statistiquement significatifs. L'analyse des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle d'un carroyage permet de s'affranchir des limites des Iris. Il s'agit d'appliquer une grille de carreaux de 50 mètres sur 50 mètres[31] au territoire choisi (ici Gennevilliers et Boulogne-Billancourt) et de ne retenir que les carreaux dans lesquels réside, au moins, un invité au programme de dépistage du cancer colorectal sur une des deux périodes. Les taux de participation de ces carreaux sont ensuite calculés. Le lissage consiste à regrouper et calculer les taux de participation sur chaque carreau et les carreaux voisins, jusqu'à ce que le nombre d'invités soit au moins égal à 50. Un buffer[32] de cinquante mètres de rayon (puis de 100 mètres, de 150 mètres, de 200 mètres et enfin de 250 mètres) est attribué à chacun de ces carreaux, et le taux de participation est calculé et attribué aux carreaux sur lequel se centre chaque buffer. On retient les taux lissés qui concernent plus de cinquante invités. Cette méthode permet d'effectuer un niveau de lissage adapté à chaque situation locale (en termes d'effectifs suffisants à analyser). Les résultats sont ensuite cartographiés, permettant de repérer les continuités et discontinuités majeures vis-à-vis de la participation au dépistage organisé.

La seconde approche vise à identifier les lieux pour lesquels la participation est significativement (statistiquement) différente de la moyenne de la ville. On calcule les taux de participation de buffers de 25 mètres (puis 50, 75, 100… jusqu'à un maximum de 200 mètres[33]) centrés sur le même carroyage de

[30] Cette méthodologie a été mise en place par Mr Stéphane Rican, au sein du laboratoire Ladyss de l'Université de Paris Ouest Nanterre.

[31] Choisir un carroyage composé de carreaux de 50 mètres sur 50 mètres permet de disposer d'un effectif suffisant et statistiquement significatif. Cette échelle a également été choisie en fonction de la morphologie urbaine des communes étudiées. Par exemple, une maille de 20m*20m aurait été préférée pour l'analyse de Paris, ville beaucoup plus dense.

[32] D'après le glossaire de la géomatique de l'ENS-Lyon (en ligne) une zone tampon (en anglais *buffer*) est une zone mesurée à partir d'un point, d'une ligne ou d'un polygone. La zone tampon s'obtient par sélection d'un voisinage, qui permet d'évaluer les caractéristiques de l'environnement d'un objet spatial donné.

[33] Cette limite permet de ne pas attribuer à un carreau un environnement trop éloigné et donc appartenant à une entité spatiale très différente.

50 mètres sur 50 mètres. Seuls les buffers enregistrant des taux de participation ayant une différence significative (plus forte ou plus faible que la moyenne de la commune) sont cartographiés (test statistique basé sur la loi Poisson, loi de probabilité d'une variable aléatoire).

Enfin, lorsqu'une personne s'est rendue chez un médecin généraliste pour obtenir le test Hémoccult, l'adresse de ce professionnel est enregistrée dans les bases de l'ADK92. Les effectifs et taux de recours au médecin généraliste en fonction du sexe, de l'âge ou du lieu de résidence des individus ont été calculés à l'échelle des communes, et, en fonction des effectifs, à l'échelle des Iris. Les indicateurs suivants ont été calculés : taux de recours à un médecin généraliste exerçant dans la commune/l'Iris de résidence des individus ; taux de recours à des médecins généralistes exerçant hors de la commune/l'Iris de résidence des individus ; taux de recours à des médecins généralistes exerçant dans, ou hors du département.

Représentations cartographiques

Les résultats jugés pertinents pour l'analyse de la participation au dépistage du cancer colorectal ont été cartographiés sous forme de cartes choroplèthes (ou en plages de couleurs). L'objectif est de repérer des structurations spatiales associées aux différentiels de participation au dépistage organisé. La méthode de discrétisation et le nombre de classes sont donc évalués au regard du nombre d'unités spatiales (nombre de communes pour l'analyse à l'échelle départementale et nombre d'Iris à l'échelle communale) et des degrés de dispersion des résultats. Différentes méthodes de discrétisation proposées par le logiciel Philcarto ont été mobilisées. La légende de chaque carte précise la méthodologie retenue sous les formes abrégées suivantes :

- **[EF]** pour la méthode par effectifs égaux ou méthode des quantiles. Il s'agit d'une répartition des effectifs (ici d'unités spatiales) dans des classes de même nombre.
- **[Jk]** pour méthode Jenks. Cette méthode de discrétisation permet d'obtenir des classes proches des formes de la distribution de la variable. Elle minimise la variance inter-classe et privilégie la variance intra-classe.
- **[Q6]** pour la méthode par quartiles. La série est répartie en six classes dont les deux classes extrêmes comprennent les 5 % des valeurs les plus petites et les 5 % des plus grandes. Cette méthode permet une comparaison spatio-temporelle entre différentes cartes.
- [**M**] pour la méthode manuelle. Certains jeux de données ont fait l'objet d'une discrétisation manuelle. Nous avons alors choisi les bornes des classes à partir d'une valeur de référence (« 1 » pour les ratios femme/homme de participation ou bien « 0 » pour des taux d'accroissement).

Sur ces cartes les couleurs les plus chaudes correspondent aux taux les plus élevés, et donc aux espaces où la part de la population ayant réalisé le test Hémocculte est plus élevée.

Enfin, les logiques de recours au médecin généraliste sont représentées par des cartes de flux, dites « en oursins ». La base des flux indique le lieu (la commune ou l'Iris) de résidence des personnes participantes ayant consulté un médecin pour obtenir le test Hémocculte, et les pointes indiquent le lieu (la commune ou l'Iris) d'exercice des professionnels. L'épaisseur et/ou la couleur des segments indiquent l'importance des flux (en volume de personnes concernées).

2.2.3. Modalités d'analyse de la répartition spatiale de l'offre de soins

Dans ce manuscrit, l'analyse de l'offre de soins concerne les médecins généralistes (libéraux et salariés) sans exercice particulier.

L'assurance maladie met à disposition (sur son site internet Ameli.fr) les noms, prénoms, adresses complètes, numéros de téléphone de chaque médecin généraliste exerçant en France. Cette base renseigne également l'acceptabilité de la carte vitale et le secteur de tarification de chaque professionnel. Bien qu'insuffisante, cette dernière donnée permet d'appréhender la dimension économique de l'accès aux soins. La base de l'assurance maladie est régulièrement mise à jour, mais les données d'archive ne sont pas communiquées. Il est donc impossible de connaître l'offre antérieure à la date d'extraction (mars 2013), et donc correspondante aux périodes des différentes campagnes de dépistage. Le nombre de médecins généralistes enregistré par cet organisme a été comparé au nombre de professionnels recensé par l'Insee en 2009, ainsi qu'aux relevés de terrain.

2.2.4. Analyse des contextes socio-économiques et démographiques

Les données socio-économiques et démographiques mobilisées dans ce manuscrit sont issues du dernier Recensement Général de la Population (RGP) de l'Insee datant de 2009, ainsi que de données actualisées en 2011. L'analyse des territoires étudiés repose sur différents indicateurs (taux de chômage ou revenu annuel médian par exemple) ou des typologies socio-économiques réalisées à partir d'une classification à ascendante hiérarchique (CAH). Celle-ci permet de créer des groupes d'unités spatiales qui se ressemblent le plus au regard de critères déterminés.

Les disparités spatiales de recours au dépistage organisé du cancer colorectal des différentes campagnes, comme la cartographie des hommes et des femmes ont ainsi été analysées au regard de la répartition des

caractéristiques socio-économiques et démographiques des espaces (comparaison de leurs représentations cartographiques, graphiques en « boite à moustaches »[34] ou analyses bi variées).

2.3. L'approche par le verbe[35] : représentations et pratiques des acteurs

L'analyse des données qualitatives vise à interroger les discours, représentations et pratiques de la population cible du programme de dépistage, mais aussi des élus, des médecins généralistes, des professionnels du champ socio-sanitaire et acteurs de promotion de la santé publique (organismes encadrant les dépistages, réseaux de santé et associations).

Le protocole de recherche repose sur deux modes de collecte des données : formel (relevés de terrain, entretiens semi-directifs, observation participante) et informel (observation, discussions impromptues).

Un premier terrain à Boulogne-Billancourt a été enquêté durant les mois d'avril, mai et juin 2013. Le second terrain exploré a été consacré à la ville de Gennevilliers. Il a duré un peu plus de six mois (de mi-octobre 2013 à fin avril 2014). Enfin, la seconde partie d'enquête de terrain à Boulogne-Billancourt a été effectuée de mai à juillet 2014. Les terrains de Boulogne-Billancourt et Gennevilliers ont donc été enquêté chacun environ six mois.

La première phase de chacun des terrains a consisté à *connaître* les lieux, c'est-à-dire à prendre connaissance de ces territoires en arpentant les quartiers, les rues, les parcs et les places. Certaines personnes identifiées comme ressources ont été rencontrées lors de cette première phase : la coordinatrice de l'ASV (Gennevilliers), la chargée de prévention (Boulogne-Billancourt) et les agents de développement local des différents quartiers retenus (Gennevilliers et Boulogne-Billancourt).

Un relevé de terrain des différents professionnels de santé et structures de soins a été réalisé. Les cabinets de médecins généralistes ont fait l'objet d'une attention particulière. Constater la présence ou l'absence d'autres spécialités médicales a également permis de dresser un état des lieux général de l'offre

[34] Ce type de représentation graphique, aussi appelé diagramme en boite, boite de Tukey ou box plot, permet de figurer le profil d'une série statistique quantitative. Il s'agit de tracer un rectangle allant du premier quartile au troisième quartile et coupé par la médiane. Aux extrémités, les segments représentent les valeurs extrêmes des séries (le minimum en bas et le maximum en haut). Le trait horizontal situé à l'intérieur de chaque « boite » indique la médiane, alors que la croix représente la moyenne de la série. Enfin, les couleurs utilisées correspondent à celles de la représentation cartographique de la typologie.

[35] La suite de ce chapitre rend compte du travail de terrain mené de façon solitaire et résultant d'un engagement personnel important. La première personne du singulier est donc utilisée.

disponible. Les réseaux de santé départementaux (Asdes, ARèS92 pour le nord et le centre du département), les amicales de médecins généralistes, ainsi que les agences de l'assurance maladie et les pharmacies ont été identifiés. Les services décentralisés de la municipalité, comme les antennes de quartiers, centres sociaux municipaux, clubs séniors, permanences gérontologiques (CLIC) ou service d'action sociale (CCAS) ont fait l'objet d'un recensement. Enfin, les associations et autres lieux de socialisation ont été identifiés grâce aux brochures des services municipaux, au sillonage de l'espace public et aux indications des personnes rencontrées. Identifier les associations officiellement reconnues permet d'appréhender les centres d'intérêt et préoccupations des habitants, l'organisation de la vie associative (réseaux, partage de lieux, personnes engagées, liens avec les villes aux alentours, etc.), mais aussi les orientations des politiques municipales (thématiques soutenues, répartitions des activités et thématiques entre la sphère associative et les services municipaux, forums des associations, maison des associations, etc.). J'ai également prêté attention aux temps et lieux de socialisation informels, c'est-à-dire aux groupes de personnes se réunissant soit dans des lieux mis à disposition par les municipalités ou associations, soit dans l'espace public[36] (bancs, parcs, murets) ou commercial (hall du centre commercial, café, bar).

L'objectif de ces inventaires est double : il s'agît, d'une part, de récolter des données descriptives des terrains d'étude, et ainsi appréhender les contextes locaux au travers des services disponibles pour la population ; et d'autre part, d'établir une liste, voire un premier contact, avec de futurs enquêtés.

2.3.1. Acteurs et jeux d'acteurs : outils et objets de recherche

> « *La représentation du problème, de ses causes et ses solutions n'est pas le même pour le président sud-africain, pour l'activiste de la lutte contre le sida, pour l'infirmière travaillant dans le dispensaire rural d'un ex-homeland et pour le malade vivant dans la baraque d'un township. Mais c'est bien l'ensemble de cette scène, vue et analysée depuis la diversité des points de vue locaux, dans les tensions et les contradictions des expériences locales qu'il faut tenter de donner à lire* » (Fassin 2006, p. 12).

[36] L'*espace public* est omniprésent, tant dans les travaux de géographes, urbanistes ou sociologues, que dans les médias. Or, il est difficile de le définir précisément (Lévy et Lussault 2003). D'après le géographe Antoine Fleury « *la banalisation du terme au cours des années 1990 et 2000 va donc de pair avec une polysémie croissante* » (Fleury, 2004). Je distingue ici l'*espace public* collectif, accessible à tous et dénué de fonction marchande, des espaces que je qualifie de « *commerciaux* ». Ils sont également collectifs, mais impliquent un rapport marchand. Bien qu'elle soit en partie « détournée » leur fonction première est commerciale.

Comme le rappelle ici Didier Fassin, les dynamiques territoriales sont le fait d'actions et d'interactions d'une multitude d'acteurs. Mieux les comprendre suppose donc de construire son analyse à partir d'un corpus de discours variés. En cela, l'approche par les acteurs est une méthode. Cependant, l'analyse des jeux d'acteurs, de leurs rôles dans la constitution des dynamiques territoriales, dans la constitution des rapports entre espace et santé est aussi un objet de recherche. Dans ce travail, l'approche par les acteurs est donc, à la fois, un outil méthodologique et un objet de recherche.

Le territoire, produit de jeux d'acteurs

Les jeux d'acteurs sont des *objets de recherche,* en ce qu'ils illustrent autant qu'ils participent à la construction des territoires. D'après l'un des dictionnaires de géographie, l'acteur est « *actant pourvu d'une intériorité subjective, d'une intentionnalité, d'une capacité stratégique autonome et d'une compétence énonciative* » (Lévy et Lussault 2003, p.39). Cette définition prend en compte l'individualité de chacun (subjectivité et intention), mais aussi son insertion dans un contexte plus large et donc sa capacité à agir en fonction des autres (capacité stratégique autonome), et enfin sa capacité à se situer dans cet environnement (compétence énonciative).

Un acteur peut ainsi être individuel ou collectif (association culturelle, de professionnels ou de patients ; parti politique ; syndicat ; etc.) (Lévy et Lussault 2003), or ce collectif peut aussi être représenté par une seule personne (leader ou administrateur). De plus, si chaque individu est le fruit de son parcours biographique, de son appartenance sociale et culturelle, il est aussi le produit d'interactions. Cette tension entre échelle individuelle et collective est toujours présente dans l'action. Ainsi « *les acteurs peuvent être impliqués dans des groupes déterminés, mais sont pourvus d'une certaine autonomie ; ils sont en interaction et participent à des systèmes d'actions ouverts (Goffman, 1973)* » (Gumuchian et al. 2003, p.81). « *Agir est toujours synonyme d'interagir* » (Gumuchian et al. 2003, p.35). Interroger des acteurs territorialisés c'est donc interroger des systèmes d'action, des jeux de pouvoir et des stratégies d'acteurs. Les acteurs peuvent aussi être singularisés selon leur action directe ou indirecte sur le territoire. L'acteur direct agit matériellement et physiquement sur le territoire considéré (par exemple un maire ou un promoteur), tandis que l'acteur indirect agit, de par ses choix, sur la gestion du territoire en influençant les autres acteurs directs (touristes, nouveaux habitants). Si un aménageur et/ou un élu semblent clairement concernés par la construction d'un territoire, un médecin, une personne sans-abri ou une habitante, y travaillant, se l'imaginant ou le pratiquant, contribuent également à sa définition et à son organisation. Les acteurs peuvent également être classés en fonction de leur rôle, qui renvoie le plus

souvent à leur fonction sociale, et de façon réductrice, à leur profession. Or, attribuer à un acteur une seule fonction, un seul rôle est réducteur. Certains peuvent, selon les circonstances, appartenir à différentes catégories de façon concomitante ou alternative. Par exemple, une femme de 55 ans, élue municipale, peut aussi être une habitante de tel ou tel quartier et membre d'une association sportive. Il convient donc de tenir compte de ce qu'Hervé Gumuchian nomme l'acteur « *multi-casquettes* » (Gumuchian et al. 2003). Bernard Lahire, démontrant par le concept d'« *acteur pluriel* » la multiplicité interne de chaque acteur, c'est-à-dire le caractère intrinsèquement contradictoire et évolutif de ce dernier, rappelle également que si l'action doit être analysée dans son contexte (donc au regard des interactions avec d'autres acteurs et situations présentes), la notion de temps ne peut être ignorée. Selon lui, « *la question du poids relatif des expériences passées et de la situation présente pour rendre raison des actions est fondamentalement liée à celle de la pluralité interne de l'acteur* » (Lahire 2011, p.79). Enfin, cette thèse vise à le montrer, si le mot acteur est systématiquement conjugué au masculin car considéré comme neutre, l'inclusion du féminin - et du masculin - dans son analyse pourrait révéler de nouvelles dimensions.

Les territoires sont, à la fois, le fruit de l'action publique (aménageurs et décideurs politiques exercent une forme de contrôle social par l'espace) et celui de l'appropriation de leurs usagers (habitants, professionnels ou passants). La méthodologie mise en place vise à analyser ces différentes dimensions.

De la nécessité de croiser les regards sur un objet

Prendre en compte les discours et pratiques de différents acteurs est également une *méthode* en ce qu'elle implique un protocole de recherche spécifique. D'après Didier Fassin, « *il faut prendre au sérieux l'altérité, c'est-à-dire s'efforcer de saisir les représentations, les pratiques, en somme les faits sociaux en tant qu'ils sont inscrits dans une histoire locale et appréhendée comme telle par les acteurs locaux* » (Fassin 2006, p.12). Pour ce faire, les analyses présentées dans ce manuscrit sont fondées sur le croisement des sources de données, sur la confrontation des points de vue et la mise en perspective de représentations et pratiques de différents acteurs. Cette approche est parfois appelée « triangulation des données » (Dezin 2009 ; Silverman 2005 ; Silverman 2004).

Les représentations et pratiques territoriales de décideurs (élus municipaux), d'acteurs du champ socio-sanitaire (professionnels et associatifs), de médecins généralistes et d'habitants boulonnais et gennevillois ciblés par le programme de dépistage (hommes et femmes de 50 à 75 ans) ont donc été appréhendées.

Les paragraphes suivants détaillent les différents outils méthodologiques mis en place pour récolter ces données sur le terrain, ainsi que les profils des divers interlocuteurs.

2.3.2. Les entretiens « population »

Où et comment recruter des enquêtés ?

Il n'existe aucune base de données comprenant les coordonnées des personnes entre 50 et 75 ans résidant dans les quatre quartiers ciblés, les modes d'échantillonnage par « quotas », « stratifiées » ou « en grappe » n'ont donc pas été envisagés. J'ai choisi d'enquêter le plus d'individus possibles, jusqu'à atteindre le stade de la saturation des propos recueillis[37].

L'un des enjeux majeurs de ce type de « recrutement » réside dans l'identification des structures et personnes relais permettant d'entrer en contact avec les futurs enquêtés. Il convient de veiller à la variété des types de structures (associations, groupes de pairs, antennes de quartiers, regroupements dans l'espace public, etc.) ainsi que des profils des personnes (individus plus ou moins âgés, hommes ou femmes, personnes assignées d'origine française ou étrangère). Les associations (sportives, culturelles, etc.) et autres espaces de socialisation (centres sociaux, clubs séniors, etc.) ont été des lieux essentiels à la rencontre de futurs enquêtés.

Pour *entrer* sur le terrain et rencontrer de futurs enquêtés, il est également crucial d'identifier et de mobiliser ceux que Daniel Cefaï appelle les « *passeurs* » ou « *gatekeepers* » (Cefaï 2006). Dans certains cas, il s'agit d'obtenir de leur part des autorisations légales et des laissez-passer officiels (enquête en milieu hospitalier, pénitencier, en institution), mais il peut aussi s'agir, et c'est le cas dans cette recherche, de personnes détenant des « carnets d'adresses ». Les « *gatekeepers* » peuvent ainsi, par le crédit et la confiance dont ils jouissent, introduire et recommander l'enquêteur auprès de certaines personnes. Ils ou elles permettent de dépasser certaines barrières symboliques, culturelles ou physiques qui peuvent restreindre l'accès au terrain. Par exemple, à Boulogne-Billancourt ma difficulté à entrer en contact avec des hommes a pu être, en partie, dépassée par l'intervention de l'animateur de la salle de musculation du quartier du Pont-de-Sèvres. Il a lui-même présenté les raisons de ma présence et mon désir de

[37] À la différence de la méthode dite « numérique » qui consiste à fixer *a priori* le nombre d'entretiens à effectuer, j'ai décidé d'arrêter de réaliser de nouveaux entretiens lorsque les réponses obtenues se répétaient. D.A. Snow (1980) propose plusieurs pistes d'identification du stade de saturation : quand le terrain est considéré comme « allant de soi » ; quand les cadres de pertinence de l'enquêteur se sont naturalisés ; ou bien quand les observations deviennent répétitives.

rencontrer des personnes pour mener des entretiens. Les relations presque amicales liant cet animateur sportif aux usagers de la salle m'ont été utiles. Ces « passeurs » sont également de véritables personnes-ressources en ce qu'elles occupent différents rôles dans la vie locale. Par exemple, la présidente de l'association *Aquitaine-Forum* ou de l'*Association des Femmes africaines* du Pont-de-Sèvres et la présidente de la bibliothèque associative de l'*Oiseau Lyre* m'ont permis de connaître leurs structures, de comprendre certaines dynamiques territoriales et de rencontrer des personnes pour des entretiens. Cependant, les rapports sociaux en jeu entre certains « passeurs » et personnes sollicitées doivent être pris en compte. Par exemple, le respect ou la reconnaissance, mais aussi les rapports de pouvoir, faisant partie des relations entre des femmes inscrites à un cours d'alphabétisation et leur professeure (bénévole), ont certainement influé sur mon accès à leurs histoires respectives. Enfin, des portes s'ouvrent, mais d'autres se ferment (Cefaï 2006). Des « *passeurs* » peuvent faciliter la rencontre de certaines personnes, mais aussi isoler l'enquêteur ou l'enquêtrice de certaines autres. La timidité, certaines pratiques religieuses, ou bien la tendance de certains interlocuteurs à bavarder trop longtemps ont été autant d'arguments évoqués pour me dissuader de m'adresser à certaines personnes. Or, j'ai finalement souvent pu obtenir un entretien intéressant auprès d'elles, une fois mon travail, ses objectifs et les conditions de réalisation des entretiens présentés.

Encadré n°2 : Le *GenMag*, un passeur sur papier glacé.

À Gennevilliers, le journal de la ville a également joué le rôle de « *passeur* ». Le *GenMag* est un média de communication très important à l'échelle locale, notamment pour les personnes âgées. En mars 2014, mon travail a fait l'objet d'un article, à l'issue duquel les personnes acceptant l'entretien pouvaient me contacter. Je n'ai pas reçu beaucoup d'appels, mais, accompagné d'une photographie, cet article a encouragé des personnes à accepter l'entretien, une fois sollicitées par un autre moyen. Par exemple, au début de notre entretien, une Genniviloise me confia : « *Je vous ai vue dans le GenMag* [elle sort le magazine de la pile sur la table] *alors quand vous m'avez appelée je me suis souvenue, je me suis dit qu'il n'y avait pas de problème, que je pouvais vous faire confiance, comme vous êtes dans le GenMag* » (femme, Le Luth, 63 ans).

La recommandation par des pairs a également, et souvent efficacement, permis la mobilisation d'enquêtés. Anticipé, ce mode de recrutement a fait l'objet d'une interrogation spécifique à la fin de chaque entretien. Je demandais à la personne s'il lui était possible de me recommander auprès d'un

voisin, ami ou membre de sa famille, afin d'élargir mon panel et de diversifier les profils des personnes rencontrées. Cet outil méthodologique est essentiel notamment à la rencontre de personnes n'appartenant à aucune association, ne pratiquant pas d'activité de loisirs ou ne sortant pas beaucoup de chez elles.

Encadré n°3 : Voisinage et temporalité dans l'enquête

Une femme rencontrée à l'association des personnes âgées de Gennevilliers accepte à l'issue de l'entretien de me recommander auprès de sa voisine. Elle précise que celle-ci ne sort presque jamais de chez elle, excepté pour faire des courses et venir boire un soda et discuter chez elle. Elle l'appelle pour lui demander si elle accepterait de me rencontrer et de me consacrer un peu de temps. La voisine accepte et m'invite à passer immédiatement. Elle loge juste en dessous. Alors que je lui propose de fixer un rendez-vous pour plus tard, de peur de la déranger (elle m'ouvre la porte en pyjama), elle me répond « *c'est maintenant ou jamais* ». Elle m'explique sa crainte d'oublier et précise qu'elle n'ouvre pas sa porte à des inconnus. L'entretien a donc eu lieu, dans sa cuisine, durant plus de deux heures.

Les conditions de rencontre de cette femme ainsi que le déroulement de l'entretien illustrent l'importance du rôle de ces « passeurs » pour s'adresser à des personnes ne sortant pas de chez elles, mais également la nécessaire souplesse et adaptabilité de son emploi du temps sur le terrain.

Les entretiens semi-directifs

Ces entretiens se sont déroulés soit au domicile de l'enquêté (58 % des entretiens), soit dans une salle mise à disposition par une structure associative, un café, un lieu de travail etc. Cette diversité des lieux d'enquête résulte du choix des personnes enquêtées et d'une recherche de calme et d'intimité. Enfin, d'une durée moyenne d'entretien d'environ une heure et demie, celle-ci est, toutefois, très variable d'une personne à l'autre (entre 25 minutes et 2 heures 20).

Les intérêts (recueil exhaustif des propos, analyses successives, etc.) et les inconvénients (gêne des interlocuteurs pouvant entraîner de l'autocensure, refus d'entretien) de l'enregistrement des entretiens ont été questionnés. J'ai choisi de commencer le terrain avec le dictaphone, et d'y renoncer en cas de refus ou de gêne. Finalement, tous les entretiens ont pu être enregistrés.

Un entretien semi-directif consiste à recueillir les propos d'un individu à partir d'une trame de questions majoritairement ouvertes. Seules certaines interrogations portant sur la connaissance des dépistages des cancers, leur réalisation, ou bien sur la situation familiale et professionnelle ont fait l'objet de questions fermées (trame d'entretien en annexe n°3).

Cette trame comprend trois parties : « Vous et votre santé », « Votre ville et votre quartier » et enfin une série de questions visant à récolter des caractéristiques sociodémographiques de la personne. Il s'agissait tout d'abord de laisser la personne définir ce que signifie pour elle la santé, la bonne santé, la protection de celle-ci, la prévention et les dépistages des cancers ; puis des interrogations plus précises portaient sur le médecin généraliste (lieu de consultation, motivation du choix de ce professionnel, pratiques de recours : seul, accompagné, régulier/occasionnel, etc.) et sur des faits de santé particuliers (prévention, dépistage des cancers, dépistage du cancer colorectal). L'objectif de la seconde partie, intitulée « Votre ville et votre quartier », fut de comprendre les liens de la personne avec son espace de vie (sentiment d'appartenance, nom donné au quartier, durée de résidence, motivation du lieu d'installation, etc.) et ses pratiques spatiales (lieux de loisirs, d'approvisionnement, de socialisation). Enfin ont été recueillis l'âge, la situation familiale, les conditions de logement, l'origine géographique, la situation vis-à-vis du système d'assurance maladie et l'autodéfinition de la situation économique de la personne.

Les entretiens ont été traités à l'aide de *Sonal*, logiciel de construction et d'analyse de corpus de données qualitatives. Il permet de retranscrire puis d'analyser des documents sonores et textuels.

Présentation du panel

Au total, 102 entretiens semi-directifs ont été réalisés. Les tableaux présentés dans ce paragraphe présentent les principales caractéristiques sociodémographiques du panel.

La fréquentation des structures associatives, mais aussi la plus grande proportion des Gennevillois à me recommander à leurs amis, voisins, membres de la famille expliquent, en partie, le déséquilibre entre le nombre d'entretiens réalisés à Boulogne-Billancourt et à Gennevilliers (tableau n°4). De plus, à Boulogne-Billancourt bien plus qu'à Gennevilliers, certaines personnes n'ont pas souhaité réaliser l'entretien, ou bien ont oublié les rendez-vous.

Tableau n°4 : Répartition des personnes enquêtées par commune

Commune de résidence	Effectifs	Pourcentages
Boulogne-Billancourt	36	35,3%
Gennevilliers	66	64,7%
Total	102	100%

Source : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

Il a également été très difficile de rencontrer des personnes acceptant l'entretien dans le quartier des Squares (tableau n°5). Nous le verrons, les dynamiques territoriales de cet espace urbain illustrent, en partie, ce constat méthodologique. Cependant, les temps de recueil informel de données (observation participante, discussions impromptues dans l'espace public, échanges lors d'après-midi passées dans des locaux associatifs) ont été nombreux dans le quartier du Pont-de-Sèvres.

Tableau n°5 : Répartition des personnes enquêtées par quartier

Quartier de résidence	Effectifs	Pourcentages
Gennevilliers		
Agnettes	27	26,5%
Luth	12	11,8%
Chevrins - Cite Jardin	9	8,8%
Village	9	8,8%
Gresillons	4	3,9%
Fossé	3	2,9%
Sévines-Chandon-Brenu	2	2,0%
Boulogne-Billancourt		
Pont de Sevres	26	25,5%
Squares	8	7,8%
Marcel Sembat	1	1,0%
Point du Jour	1	1,0%
Total	102	100,0%

Source : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

Dans ce panel, certains enquêtés ne résident ni au Pont-de-Sèvres, ni aux Squares, ni aux Agnettes, ni au Luth (tableau n°5). La délimitation stricte du terrain est ici mise à mal ou interrogée par une réalité des plus tangibles : les individus fréquentent des lieux et des espaces en dehors de leur quartier de résidence. Ils circulent et occupent des territoires aux frontières individualisées, mouvantes et non administratives. De plus, « *l'identification-édification du quartier pourrait [alors] naître d'un regard extérieur, une perception "exogène", voire de regard croisés* » (Humain-Lamoure 2007, p.5). L'existence d'un quartier dépend des représentations et des pratiques des habitants, mais également de « ceux qui

ne sont pas du quartier ». Prendre en compte les discours des habitants, issus d'autres quartiers que les quatre ciblés, permet d'enrichir l'analyse.

Le tableau suivant présente la répartition par sexe des individus rencontrés, et témoigne de la part bien plus importante de femmes (74,5 % femmes contre 25,5 % hommes). Ce déséquilibre est plus marqué à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt : la salle de musculation fut un moyen de rencontrer davantage d'hommes lors du second terrain dans cette dernière commune.

Tableau n°6 : Répartition des personnes enquêtées par sexe, par commune et par sexe par tranche d'âges

Sexe	Effectifs	Pourcentages
Femme	76	74,5%
Homme	26	25,5%
Total	102	100%

Sexe par commune de résidence				
		Femme	Homme	Total
Boulogne-Billancourt	Fréquence	23	13	36
	Pourcentage en ligne	63,9%	36,1%	
Gennevilliers	Fréquence	53	13	66
	Pourcentage en ligne	80,3%	19,7%	
Total		75	27	102

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentages
49-54 ans	13	12,7%
55-59 ans	5	4,9%
60-64 ans	25	24,5%
65-69 ans	24	23,5%
70-75 ans	17	16,7%
plus de 75 ans	18	17,6%
Total	102	100%

Source : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

Certains enquêtés sont un peu plus jeunes ou plus âgés que la tranche d'âge directement concernée par le programme de dépistage organisé du cancer colorectal (50-75 ans). Ces entretiens n'ont pas été exclus de l'analyse parce qu'ils constituent également des témoignages intéressants. Les questions portant sur le recours au dépistage du cancer colorectal, ou du cancer du sein, ne concernant *a priori* pas une personne en dehors de la tranche d'âge 50-75 ans, ont été adaptées.

Les deux tableaux suivants permettent d'appréhender les classes sociales des personnes rencontrées. Une majorité de la population enquêtée a fait des études courtes, ou pas d'études du tout, et très peu ont poursuivi leurs études au-delà du baccalauréat (seulement 7,8 % de la population enquêtée). La répartition des niveaux d'études des individus enquêtés est proche de celle de la population générale de ces territoires. Par exemple, d'après l'Insee, 34,5 % des habitants de plus de 15 ans non scolarisés des quartiers des Squares et du Pont-de-Sèvres et 33,5 % de ceux des quartiers du Luth et des Agnettes n'ont pas fait d'étude ; ils sont 29,4 % dans mon panel. De même, 11,3 % des habitants de plus de 15 ans non scolarisés des quartiers des Squares et du Pont-de-Sèvres et 15,5 % de ceux des quartiers du Luth et des Agnettes ont le niveau BAC, contre 16,7 % dans l'enquête.

Tableau n°7 : Répartition des personnes enquêtées par niveau d'étude et type de logement

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentages
BEP - CAP	30	29,4%
Pas d'études	30	29,4%
BAC	17	16,7%
Etudes supérieures	16	15,7%
Certificat d'étude	8	7,8%
Total	102	100%

Statut du logement	Effectifs	Pourcentages
locataire HLM	67	65,7%
propriétaire	32	31,4%
locataire hors HLM	3	2,9%
Total	102	100%

Source : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

Pour des raisons de lisibilité, je ne détaille pas la liste des professions ou anciennes professions des personnes rencontrées. Retenons que 23,5 % ont déclaré être ou avoir été « ouvrier » ou « ouvrière », que les employés et employées du secteur tertiaire représentent 12,8 % du panel, et enfin que seuls 7,8 % ont été cadres. Cette répartition correspond elle aussi à la population générale des terrains d'enquête.

2.3.3. Les entretiens « médecins généralistes »

Recrutement des médecins enquêtés

L'ensemble des médecins généralistes des deux communes a été contacté par téléphone. Aucune rémunération n'a été proposée (ni réclamée). Lors de ce premier échange téléphonique mon objet de recherche leur était présenté sous la forme suivante : étude des disparités de recours au dépistage organisé du cancer colorectal et la prévention de façon plus globale. La trame d'entretien utilisée auprès des médecins généralistes est un peu plus directive que celle rédigée pour les habitants et habitantes (trame d'entretien en annexe n°4). La proportion de questions ouvertes est plus réduite. La contrainte temporelle explique ce choix.

L'entretien

Les médecins généralistes ont été quasi exclusivement rencontrés dans leur cabinet. La majorité d'entre eux m'a réservé des créneaux horaires de consultation. Un seul entretien a eu lieu au domicile parisien d'un professionnel exerçant à Boulogne-Billancourt et deux médecins de cette même ville ont préféré répondre par écrit (mail et courrier postal). La durée moyenne des entretiens en face à face est d'un peu plus de 20 minutes. Contrairement aux entretiens « population », ceux menés auprès de médecins généralistes n'ont pas été enregistrés. Ils ont fait l'objet de prises de notes précises, sur place, puis d'un complément à la sortie du cabinet. Le carnet a été préféré au dictaphone. Ce choix fait écho à la recherche de faisabilité effectuée dans la commune de Clichy-la-Garenne (Faure 2012) qui avait permis de comparer les deux modes de recueil de données.

Ces entretiens visaient, tout d'abord, à interroger le professionnel sur son parcours, son lieu d'exercice (motivation de l'installation, degré de satisfaction, etc.) et sa patientèle (profils, lieu de résidence, etc.). Dans la seconde partie, intitulée « Médecins généralistes et dépistages », il ou elle était amenée à parler de ses opinions vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal, puis du sein. Les séries de questions suivantes portaient sur les pratiques de ces professionnels en matière de prévention et de dépistage des cancers.

Présentation du panel

Trente-cinq entretiens ont ainsi été menés. J'ai rencontré environ le même nombre de médecins généralistes à Boulogne-Billancourt (n=16) et à Gennevilliers (n=19), ce qui ne représente pas la même

proportion des professionnels exerçant dans ces communes[38]. Un beaucoup plus grand nombre de refus et d'impossibilité à joindre les médecins de Boulogne-Billancourt que ceux exerçant à Gennevilliers l'explique. Par exemple, quatorze médecins boulonnais et deux médecins gennevillois ont refusé de me recevoir et vingt professionnels boulonnais contre quatre Gennevillois n'ont pas donné suite au premier contact téléphonique. De plus, une part très importante de professionnels boulonnais dispose d'un secrétariat (personnel ou centralisé) ce qui n'est pas du tout le cas à Gennevilliers (excepté au CMS). Or, une des difficultés a souvent été de « passer la barrière » du secrétariat, afin d'exposer mon projet au médecin. Les secrétaires médicales (et d'autant plus les employés des centrales téléphoniques de secrétariat) possèdent certainement des consignes spécifiques en ce qui concerne les demandes d'entretiens ou questionnaires.

À Boulogne-Billancourt, la répartition par sexe des professionnels rencontrés correspond à la démographie médicale locale. Il y a 42 % de femmes parmi les médecins exerçant à Boulogne-Billancourt et 37,5 % dans mon panel. À Gennevilliers, j'ai rencontré davantage de femmes que ce qu'elles représentent dans la démographie médicale locale. En effet, il y a dans cette ville 45 % de femmes parmi les médecins généralistes ; or 58 % des enquêtés sont des femmes.

Tableau n°8 : Répartition des médecins généralistes rencontrés par sexe et ville

Sexe des médecins par ville	Boulogne-Billancourt	Gennevilliers	Total
Femme	6	11	17
Homme	10	8	18
Total	16	19	35

Source : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

Afin de recueillir les propos de médecins aux profils variés, j'ai dans la mesure du possible rencontré des professionnels exerçant dans différents cadres : cabinet libéral individuel ou partagé et centre de santé.

[38] L'analyse de l'offre de soins sera détaillée dans le chapitre 4, mais notons, dès à présent, qu'elle est bien plus importante à Boulogne-Billancourt (81 médecins généralistes libéraux et 4 ETP au centre de la Croix-Rouge) qu'à Gennevilliers (30 médecins généralistes libéraux et environ 12 au CMS). Seuls les médecins généralistes, sans exercice particulier, ont ici été comptabilisés. Les professionnels répertoriés dans la base *Ameli* comme acupuncteur, allergologue, nutritionniste, homéopathe, angiologue et phlébologue ne sont pas inclus dans l'évaluation de l'offre de soins en médecine générale.

Tableau n°9 : Répartition des médecins généralistes rencontrés par ville et type d'exercice

Type d'exercice par ville	Boulogne-Billancourt	Gennevilliers	Total
Cabinet libéral individuel	8	4	12
Cabinet libéral partagé	6	10	16
CMS	0	5	5
Croix Rouge	2	0	2
Total	16	19	35

Source : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

Conformément à l'offre de soins de ces deux villes, j'ai rencontré bien plus de médecins en secteur 1 à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt (tableau n°10). Le médecin en secteur 2 rencontré à Gennevilliers est le seul de la ville, alors que d'après l'assurance maladie 28,6 % des professionnels exerçant à Boulogne-Billancourt, au moment de l'enquête, sont en secteur 2. Enfin, j'ai mené des entretiens avec des médecins de différentes classes d'âge, l'amplitude des périodes d'obtention de la thèse en médecine en est l'illustration (tableau n°10). J'ai rencontré un grand nombre de médecins en début d'exercice à Gennevilliers. Cela s'explique par l'importance des jeunes médecins réalisant leurs stages de fin d'études auprès de confrères installés dans cette ville (au CMS et dans des cabinets libéraux).

Tableau n°10 : Répartition des médecins par ville, secteur de tarification et période d'obtention de thèse

Tarification des médecins par ville	Boulogne-Billancourt	Gennevilliers	Total
Secteur 1	9	18	27
Secteur 2	7	1	8
Total	16	19	35

Obtention thèse médecine	Boulogne-Billancourt	Gennevilliers	Total
avant 1980	3	2	5
1980-90	4	7	11
1990-2000	6	1	7
2001-2012	1	5	6
en cours	2	4	6
Total	16	19	35

Source : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

2.3.4. Les entretiens « professionnels » et « décideurs »

La dernière catégorie d'entretiens comprend ceux menés auprès d'acteurs permettant de mieux comprendre l'organisation des territoires et les enjeux politiques et professionnels de la promotion de la santé. Il s'agit d'élus municipaux (échelle communale), de professionnels de secteurs médico-sociaux (échelle communale et infra communale), de présidents et membres actifs d'associations (échelle communale et infra communale) ou de communautés religieuses (échelle communale et infra communale).

La trame d'entretien a été adaptée à chacun des acteurs au regard de sa fonction, son domaine et son échelle d'action. Certaines personnes ont été rencontrées plusieurs fois. C'est le cas de la coordinatrice de l'ASV de Gennevilliers ou bien de la responsable de la prévention santé de Boulogne-Billancourt par exemple.

Au total, vingt-trois entretiens ont été menés auprès d'acteurs boulonnais et vingt-sept à Gennevilliers. Enfin, cinq professionnels intervenant à l'échelle du département ont été rencontrés (la directrice du réseau de santé ARèS92, la chargée de mission du réseau de santé Asdès, du Codes, la chargée de santé publique de l'ADK92, et enfin, la responsable des bénévoles à Ligue départementale contre le cancer).

2.3.5. Les autres modes de collecte de données qualitatives

Les déambulations et la pratique quotidienne de la ville et des quartiers ont permis de mieux connaître et comprendre les territoires boulonnais et gennevillois. Je me suis rendu dans l'espace public, les rues, des commerces, des cafés et des restaurants ou les transports en commun, le jour comme en soirée. Je suis passée régulièrement aux mêmes endroits, à des heures différentes. J'ai, ainsi, observé des habitudes d'occupation et de pratique de l'espace et repéré certains processus de ségrégation des lieux en fonction du sexe, de l'âge, ou de la classe sociale des individus. Par exemple, à Gennevilliers passer tous les jours le long de l'avenue des Agnettes m'a permis de repérer la présence de deux femmes toujours assises sur le même banc. J'ai plus tard rencontré ces femmes, en entretien individuel. En évoquant cette habitude en fin d'entretien, j'ai pu comprendre à quel point « *leur banc* » avait un sens pour elles. Je ne suis pas certaine qu'elles m'en auraient parlé si je n'avais pas posé la question, tant cette occupation de l'espace public leur est propre, mais leur semble banale.

Mes déambulations dans l'espace public, mes visites des locaux associatifs ou services municipaux ont également permis l'émergence de discussions informelles. Ces discussions impromptues ne portent bien

souvent pas sur le dépistage du cancer colorectal, mais en disent beaucoup des conditions de vie des différents individus ou de leurs pratiques sanitaires et spatiales.

Je me suis également rendu à des réunions publiques dans le cadre de projets de rénovation urbaine (Agnettes, Pont-de-Sèvres), à des réunions organisées par des élus de quartiers (Agnettes, Squares) ou bien à des soirées d'échanges entre professionnels (réunions du pôle de santé des médecins libéraux de Gennevilliers-Villeneuve).

Les manuels de méthodologie distinguent l'observation de l'observation participante. Or, il peut être difficile d'en délimiter les frontières. Mon inscription au cours de « gym sénior » du club de sport du Pont-de-Sèvres relève, par exemple, de l'observation participante en ce que j'ai pendant de nombreuses semaines moi-même participé bi hebdomadairement à ces cours. Or, comment définir ma présence aux longues soirées dans le local de l'association de femmes africaines du même quartier ? En quelle mesure, ma présence est-elle inattendue ou empreinte d'une certaine étrangeté ? L'hospitalité de sa présidente, la visite régulière de nombreuses femmes dans ce local, leurs nombreuses invitations à la cuisine ou sur la piste de danse cela constitue-t-il des indices de ma réelle « participation » à ces temps d'échanges entre femmes ? Quelle que soit la réponse et la qualification de la catégorie théorique de ce mode de recueil de données, celui-ci s'est avéré précieux.

Une autre situation démontre les minces frontières qui séparent parfois l'observation de la participation voire de l'action : mon intervention dans un débat public sur le thème « santé et précarité » à Gennevilliers. J'ai été invitée par une médecin à participer à la soirée intitulée « Austérité + Précarité = santé en danger ? » du 16 décembre 2013 à la bourse du travail de Gennevilliers. Ma qualité de doctorante en géographie de la santé motivait ma présence à la table ronde, comptant une médecin généraliste, un psychologue, une pédiatre et un urgentiste. Or, l'analyse du type de personnes présentes et du contenu des débats a également participé à l'étude de la place de la santé dans le débat public local.

2.3.6. Les foyers de travailleurs migrants : entre cohérence générale et spécificités méthodologiques

Les premières visites dans le foyer ont consisté à *mieux connaître* et *se faire connaître*. D'une part, il s'agissait de *mieux connaître* les lieux, c'est-à-dire l'organisation et le fonctionnement des foyers. D'autre part, il a fallu *se faire connaître* des résidents, c'est-à-dire prendre contact, me présenter et présenter l'objet de ma présence avant de proposer un entretien.

Mes propositions d'entretiens ont, dans la majorité des cas, abouti soit à un refus soit à des reports successifs. L'entretien, impliquant la présence d'une feuille avec des questions ou bien une liste de thèmes et le face-à-face strict, s'est avéré inadapté. C'est pourquoi j'ai décidé de mener des observations prolongées, de me joindre à des moments d'échanges collectifs et de provoquer une discussion avec des personnes (dans le hall, le jardin ou bien dans les cuisines collectives). Il ne s'agit pas de respecter une méthode d'échantillonnage stricte, mais de s'adresser au plus d'individus possible, en multipliant et variant les lieux de rencontre et les moments.

Je me suis rendu dans le foyer Brenu à différents moments de la journée, or conformément au règlement intérieur du foyer, il n'a pas été possible de rester en soirée dans les lieux. Je me suis ainsi entretenu avec une quinzaine de personnes différentes au sein du foyer. J'ai également assisté, après accord des personnes, à certains rendez-vous des travailleuses sociales avec les résidents lors de leurs permanences au foyer. Ces permanences étaient assurées trois jours par semaine par des assistantes sociales de la Ligue pour l'enseignement dans un local donnant sur le hall, attenant au bureau des responsables du foyer. Enfin, je me suis entretenu avec les responsables de foyers, des membres du personnel Adoma chargés des questions sociales et les intervenants du secteur socio-médical. Enfin, l'Association des Travailleurs Maghrébins de France (ATMF) possède un local à Gennevilliers. Les bénévoles de cette structure m'ont permis de mieux connaître l'histoire des Chibanis à Gennevilliers, mais également de rencontrer de nouvelles personnes. J'ai assisté pendant plusieurs semaines à la permanence d'accès aux droits, aux côtés d'un bénévole, une après-midi par semaine. Enfin, j'ai été invité à des repas, ainsi qu'à différentes manifestations organisées par l'association (repas intergénérationnel du samedi midi, soirées de rupture du jeûne pendant le ramadan, discussions avec des résidents du foyer Brenu à propos de la démolition de leurs logements, etc.).

3. Méthodologie et positionnement : une analyse critique

> Il est « *naïf de croire que le chercheur, parce qu'il serait désintéressé et bienveillant, obtient des données pures de la part de ses sujets* » (Bonnet 2009, p.59).

Le questionnement méthodologique ne se limite pas à une description des éléments ayant permis l'accès au terrain et le recueil des données. Son exposé doit également proposer une analyse critique des choix réalisés ainsi que des implications d'un travail de terrain mené dans différents contextes (géographiques,

sociaux ou professionnels). Sudhir A. Venkatesh recommande ainsi d'opérer une analyse détaillée de la production des données, en partant du principe que l'étude de la relation d'enquête est elle-même instructive. Selon lui, « *l'interaction entre l'ethnographe et ses informateurs est elle-même potentiellement révélatrice des propriétés locales de la structure sociale et peut être aussi creusée pour éclairer les questions de recherche* » (Venkatesh 2002, p.92). Partageant avec l'ethnologie le souci de mieux comprendre les rapports sociaux et les modes d'habiter en société, cette maxime s'applique tout à fait à la géographie, comme à toute science sociale soucieuse de porter un regard critique sur sa méthodologie. Notre réflexion s'inspire des travaux d'ethnologues et sociologues comme François Bonnet, Monique et Michel Pinçon-Charlot, Pierre Bourdieu ou Loïc Wacquant, ainsi que de la littérature dite du « *savoir situé* » ou « *point de vue situé* », initialement développé par des auteures féministes anglo-saxonnes comme Nancy Hartsock, puis Sandra Harding et Donna Jeanne Haraway. Celles-ci montrent combien la connaissance scientifique implique la prise en compte du positionnement du chercheur et des sujets de la recherche vis-à-vis des multiples catégories sociales (race/ethnicité, classe, sexe, sexualité, handicap, âge, etc.). Il ne s'agit pas de valoriser un savoir individuel ou identitaire, mais de reconnaître la multiplicité des points de vue de production de la connaissance, et d'ainsi définir une autre objectivité, celle qui résulte de la confrontation et du dialogue entre ces différents points de vue scientifiques.

3.1. Les enjeux de la présentation du sujet et de l'introduction de l'entretien

Comme le rappelle Gérard Mauger, en introduction de son article sur l'enquête en milieu populaire, « *l'expérience du terrain est ordinairement considérée comme une expérience "personnelle", incommunicable parce que singulière et c'est sans doute pourquoi cette étape réputée fondamentale du travail sociologique est aussi "le lieu privilégié des pratiques obscures de la profession, pratiques qui tiendraient à la fois de l'aventure et du bricolage et sur lesquelles il serait de bon ton d'observer la plus extrême discrétion"* » (Mauger 1991, p.125). Les données qualitatives, recueillies grâce à une série de contacts et de rapports sociaux sont pleinement dépendantes du cadre de la recherche, et donc des conditions d'*être* sur le terrain. Par exemple, la présentation des objectifs et du contexte de l'étude est essentielle. Elle permet de se situer vis-à-vis de son interlocuteur et augure des types de relations avec les personnes et des discours que l'on sera alors en mesure de récolter sur le terrain (Cefaï 2006). Deux questions majeures se sont posées à différents stades de l'enquête. D'une part, comment me présenter et présenter ma recherche ? D'autre part, faut-il, et peut-on se présenter différemment selon les interlocuteurs ?

À la première question, j'ai décidé de répondre en commençant par définir ma discipline, la géographie de la santé. Peu connue, elle suscite bien souvent curiosité et intérêt. La même phrase, apprise par cœur à force d'emploi, me permettait d'en expliquer les principes (analyse des liens entre société et espace au travers de questions de santé) et la méthodologie. Présenter les objectifs de mon travail permettait de démontrer rapidement l'intérêt que la personne représente pour l'enquête et, ainsi, de valoriser son expérience et ses représentations. Élément important au regard du nombre de personnes m'ayant signalé que leur vie « *ne vaut pas la peine* » d'être contée, qu'elles faisaient « *comme tout le monde* », que leurs histoires n'étaient « *pas très intéressantes* ». Enfin, le cancer, initialement jugé très délicat à aborder (appréhension à l'approche de ce sujet au cours des premiers entretiens), s'est avéré une thématique funeste, mais à l'origine de très peu de gêne et d'aucun refus de continuer l'entretien.

La question de l'adaptation du discours à l'interlocuteur se pose d'autant plus que mon enquête comprend tout à la fois des entretiens auprès de médecins généralistes, d'acteurs politiques, de divers professionnels et d'habitants et habitantes. J'ai adapté mon discours à la fonction, au cadre de travail, aux connaissances supposées de la santé, de la géographie ou du monde universitaire de mes interlocuteurs. Les multiples dénominations (doctorante, thésarde, étudiante, jeune chercheuse) ainsi que le relatif flou de mon propre statut (étudiante, salariée, seule sur le terrain, mais encadrée par une équipe de recherche en sciences sociales) ont impliqué et permis de multiples adaptations. Par exemple, je me suis le plus souvent présentée comme « une étudiante » auprès des enquêtés ou personnes potentiellement enquêtées[39], mais comme « une thésarde » ou « une doctorante » aux médecins généralistes, professionnels et élus. La violence symbolique que peut occasionner chez certaines personnes le rappel d'une distance importante de niveau d'études explique cette distinction. J'espérais, en utilisant le mot « étudiante », réduire la visibilité discriminante de tels rapports sociaux qui, bien qu'autant que possible dénués de jugement de ma part, sont profondément ancrés dans l'inconscient collectif de notre société classiste et méritocratique. De plus, comme le précisent Stéphane Beaud et Florence Weber, le terme étudiant « *rassure* » (Beaud et Weber 2010). Nombreux sont mes enquêtés qui, connaissant des étudiants dans leur entourage (petits-enfants, neveux, nièces), ont ainsi cherché à me rendre service. D'après ces auteurs, l'enquêteur n'est ainsi « *pas menaçant socialement* » et moins sévèrement jugé pour ses maladresses et méconnaissances (Beaud et Weber 2010). Inversement, les termes de « thésarde », « doctorante » ou bien « jeune chercheuse » ont été plus souvent mobilisés dans

[39] Lorsque les personnes l'ont demandé, j'ai bien évidemment expliqué en quoi consistant une thèse et mon statut.

le cadre de prises de contact et d'entretiens avec des élus ou des professionnels. Les médecins généralistes, ayant eux-mêmes réalisé une thèse durant leurs études, ont bien souvent accepté de me recevoir au nom de ce que je pourrais appeler une « solidarité de parcours ». Or, comme l'illustre l'encadré suivant (encadré n°4), la synonymie des termes « doctorante » et « thésarde » et l'usage spécifique de ce dernier en médecine ont également joué un rôle particulier dans certaines situations.

Encadré n°4 : De l'avantage du flou sémantique sur le terrain.

Après avoir accepté par téléphone de me rencontrer et de répondre à mes interrogations, un médecin généraliste me reçoit dans son cabinet à Gennevilliers. Je constate que, de façon inhabituelle, ce professionnel me tutoie. Je ne relève pas. Avant de commencer l'entretien, je rappelle l'objectif de ma recherche ainsi que son inscription disciplinaire : la géographie de la santé. Le médecin, surpris, me dit qu'il me pensait en thèse de médecine. Je lui précise que non et lui explique, en quelques mots, ce qu'est la géographie de la santé. Il me dit alors « *ah bon* [pause] *ce n'est pas grave. Bon maintenant que vous êtes là, allez-y* », puis me vouvoie jusqu'à la fin de l'entretien. De notre brève conversation téléphonique, ce professionnel n'avait retenu que le mot « thèse » qui pour lui a été, d'emblée, associé à la médecine. Je ne suis pas certaine que, s'il en avait été autrement, ce médecin aurait accepté de me recevoir.

Je n'ai jamais été à l'initiative de discussions sur l'origine des financements de mon travail de thèse (la Ligue contre le cancer) afin de ne pas induire de retenue ou de jugement à mon égard. Je l'avais constaté lors de l'étude exploratoire (Faure 2012), certains médecins ne sont pas en accord avec les politiques nationales de prévention des cancers, ou bien ne sont pas satisfaits des messages et informations délivrés par les campagnes de promotion de ces programmes, auxquels ils ou elles associent parfois la Ligue. J'ai bien évidemment informé mes interlocuteurs sur cette source de financement lorsque la question m'était posée.

Dans le foyer Brenu, le seul lieu de rencontre entre résidents, et donc potentiellement, le lieu de rencontre entre enquêtrice et enquêtés est le hall dans lequel sont installés quelques bancs en fer n'offrant aucune possibilité de s'isoler pour discuter. Malgré un accueil chaleureux et aidant de la part des deux responsables du foyer, comme des membres du comité de concertation et l'aide de l'ATMF, ce terrain a été difficile. Difficile de trouver des lieux et moments pour me présenter et présenter l'objet de ma présence, difficile de discuter au-delà de dix minutes dans le hall. Il a également été difficile d'être témoins de la situation de personnes, en attente d'information quant à leur relogement, pour beaucoup

très âgées, isolées et malade, confrontées quotidiennement au manque de moyens et à l'incompréhension des services sociaux, comme des politiques ou de leurs concitoyens. Cette partie de la recherche aurait réclamé beaucoup plus de temps que ce dont je disposais, après plus d'un an déjà passé sur le terrain. C'est pourquoi les résultats concernant les foyers de travailleurs migrants sont présentés comme des éléments de comparaison, de données supplémentaires au développement d'une idée ou analyse, mais ne constitueront pas une partie indépendante du manuscrit.

3.2. Retour réflexif sur les entretiens population : entre « distance sociale » et « savoir situé »

D'après Anne Monjaret et Catherine Pugeault, aucun géographe, sociologue ou anthropologue « *ne maîtrisera jamais les effets de leurs positionnements sur la scène d'enquête, mais ils peuvent les questionner* » (Monjaret et Pugeault 2014, p.82). Je propose donc de porter un regard critique sur les relations enquêtés/enquêtrice au travers de la problématique de la distance sociale. La notion de distance sociale « *renvoie à l'idée d'un espace social structuré par des caractéristiques comme l'âge, le genre, l'origine ethnique et le statut social.* » (Bonnet 2009, p.57). Deux dimensions de cette distance sociale ont été particulièrement constitutives des conditions d'enquête à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers : l'âge et le genre[40].

Le décalage entre mon âge (27-28 ans au moment de l'enquête) et celui de personnes enquêtées est important. Je pourrais être leur fille ou leur petite fille. Dans quelle mesure cette importante différence d'âge peut-elle avoir une influence dans la passation d'informations ? Peut-on parler de *distance*, en ce qu'elle établit une barrière entre enquêtrice et enquêtés ? Il ne me semble pas. Le fait que je sois jeune (associé au fait que ne suis ni Boulonnaise ni Gennevilloise) m'a permis de poser des questions pouvant paraître évidentes sur la ville, l'histoire des quartiers, l'organisation passée du monde du travail, ce avec une certaine naïveté. De plus, lors d'entretiens avec des femmes, cette différence d'âge fut parfois le support d'échanges de savoirs à propos du corps et de la santé. En effet, c'est en tant que « *vieille* », que femme « *ayant de la bouteille* » que certaines se sont volontiers confiées à moi, me faisant part d'expériences personnelles et me transmettant des conseils. Je pose l'hypothèse qu'elles n'auraient pas tenu le même type de discours à une enquêtrice plus âgée et/ou un homme. Cette transmission était à

[40] Les enjeux du décalage, ou du décalage supposé, entre l'enquêteur et l'enquêté en termes de classes sociales ont été abordés dans le paragraphe précédent à propos de la présentation (de soi et de l'enquête).

la fois basée sur une différence (l'âge) et un point commun (le fait de se présenter comme une femme et d'en partager les attributs physiques et physiologiques). La sororité serait-elle aussi un outil méthodologique ? Cette question introduit la seconde dimension de cette réflexion sur la distance sociale dans l'enquête : le genre. En effet, les normes de genre ont incontestablement interféré dans mes possibilités et capacités à recueillir les données sur le terrain. Erica Schoenberger l'affirme « *gender make the difference* » (Schoenberger 1992). Or, en quoi cela « fait la différence » ?

D'après Anne Monjaret et Catherine Pugeault, c'est peut-être lorsque le déroulement de l'enquête se heurte à des résistances, que l'on perçoit le plus nettement ce que le terrain doit au genre (Monjaret et Pugeault 2014). Ma difficulté à obtenir des entretiens auprès d'hommes en est un exemple. D'une part, je pose l'hypothèse que le fait d'être une femme a participé à mes difficultés d'accès aux lieux, où j'aurais pu rencontrer davantage d'hommes (certains cafés, clubs de sport, terrains de boules, etc.) ainsi qu'à l'obtention d'entretiens avec des hommes une fois rencontrés (appréhension des « quant dira-t-on », des moqueries des amis). Ne possédant pas de bureau ou local sur place, les entretiens se sont majoritairement déroulés au domicile des personnes. Or, je pose l'hypothèse qu'il peut être gênant pour un homme de m'y recevoir. D'autre part, je pose l'hypothèse que l'objet de mon enquête est également un facteur de mes difficultés à recueillir davantage de paroles d'hommes. Il n'est pas habituel de parler de santé en dehors du cadre médical, familial ou amical, et ce encore moins avec une personne d'un sexe diffèrent au sien. Enfin, l'encadré suivant rapporte une expérience de terrain qui, *a priori* anodine, m'a permis d'identifier puis de mobiliser une stratégie de recrutement originale, illustrant l'influence du genre sur l'enquête.

Encadré n°5 : Le genre, limite ou outil méthodologique ?

Je présente mon travail à un homme d'environ 65 ans, et lui demande s'il accepte de réaliser un entretien. Il n'ose pas me dire non directement, mais il ne me dit pas oui non plus, il hésite invoque le manque d'intérêt de son histoire soulignant qu'il ne « *va jamais chez le médecin* ». Je précise que toute histoire de vie est intéressante et que le fait de ne pas aller souvent chez le médecin n'est pas excluant. Puis j'ajoute sans l'avoir anticipé que j'ai du mal à recruter des hommes et que je suppose que « *je leur fais peur* ». Sa réaction fut immédiate : il se crispe, il assure que non, que cela n'a rien à voir avec la peur, qu'il n'a pas peur, pas peur de discuter avec une jeune femme (« *au contraire* » dit-il). Il sort son agenda, et nous fixons un rendez-vous immédiatement.

C'est en mobilisant une norme de genre, qui associe les hommes au courage, à la confiance en soi voire à la séduction et non à la peur et à la timidité, que j'ai pu en contourner une autre (ne pas s'entretenir avec une (jeune) femme sur des questions de santé). J'ai, plusieurs fois, réutilisé cette « stratégie » consistant à confronter ma difficulté (bien réelle) à réaliser des entretiens avec des hommes à une injonction masculine à l'aisance et l'audace. Cependant, mon panel d'entretiens illustre, malgré mes efforts et « stratégies », l'importance de ces normes et soutient la thèse d'Erica Schoenbeger : « *gender make the difference* » (Schoenberger 1992). Outre, le nombre d'entretiens menés auprès d'hommes, la formule d'Erica Schoenbeger peut faire écho au contenu des discours recueillis et aux dimensions du sujet qui ont été, plus ou moins, traitées. Ma position de jeune chercheuse m'a certainement permis de creuser certaines dimensions du sujet. Par exemple, les informations collectées lors de ma participation bihebdomadaire au cours de « Gym Sénior » (qui, nous le verrons dans le chapitre 5, est un cours de gymnique « de femmes ») ou dans d'autres lieux de socialisation féminine n'auraient certainement pas été à la portée d'un chercheur masculin. Inversement, mon statut m'a sans doute empêché de mieux appréhender le ressenti de certains hommes vis-à-vis de la santé, de la peur du cancer ou de la gêne vis-à-vis du test Hémoccult. Enfin, je considère que le fait d'être une jeune femme a eu peu d'influence dans ma capacité à entrer en contact avec les acteurs politiques ou associatifs.

D'après François Bonnet « *dans l'interaction d'enquête, la distance sociale a deux dimensions : l'étrangeté et l'inégalité.* » (Bonnet 2009, p.57). L'étrangeté renvoie aux problématiques d'accès au terrain (communication, contact, confiance), alors que l'inégalité implique les rapports de pouvoir qui s'immiscent dans la relation enquêteur/enquêtés. Ces deux aspects ont été constamment imbriqués dans mes interactions sur le terrain, rappelant la nécessaire prise de conscience (faute de vouloir l'annihiler ce qui serait un leurre) de l'opposition dominant/dominé au sein de la relation d'enquête[41]. Pourtant mes entretiens menés auprès d'acteurs de profession, d'âge et de classes sociales distincts m'incitent également à remettre en question le caractère binaire de cette opposition. Je la nuancerai par une double remarque empirique. L'enquêtrice peut, d'une part, être à la fois *dominante* et *dominée* en fonction de ses interlocuteurs. En effet, n'ai-je pas été tantôt *dominante* face à certains des enquêtés, de par mon capital social et culturel assigné à mon statut de doctorante ; et tantôt *dominée* face à d'autres enquêtés, médecins généralistes ou hommes et femmes politiques ? D'autre part, cette position dans les rapports de pouvoir peut tout à fait évoluer au cours d'un même entretien en fonction des savoirs et expériences

[41] J'ai précédemment évoqué la gêne de certains de mes interlocuteurs face à notre différence de niveau d'études ou de classe sociale (supposée) se matérialisant par de nombreuses excuses quant à des intérieurs « *simples* » ou « *mal rangés* ».

de chaque personne. Alors que mon statut d'enquêtrice suppose la possession d'un certain savoir, la connaissance fine de l'histoire locale, ou bien l'expérience du passage du temps sur le corps et la santé détenue par les enquêtés témoignent du partage de cette position de « dominant ». Car, si l'enquêteur interroge ses interlocuteurs c'est bien parce qu'ils ont beaucoup à lui apprendre.

Enfin, le dépistage du cancer colorectal apparaît « *délicat* » pour la majorité des acteurs sociaux rencontrés (chapitre 5 et 6). La particularité de ce fait de santé s'est également traduite dans les modalités de recueil des données qualitatives. Par exemple, j'appréhendais, à l'initiation du terrain, la question qui, dans la grille d'entretien, visait à interroger les personnes sur leurs représentations et connaissances du cancer. Il me semblait que ce sujet pouvait être violent pour certaines personnes (éventuellement touchées par la maladie, ou bien affectées par la présence de personnes malades ou décédées dans leur entourage). De plus, je considérais délicat qu'une jeune femme, en apparente bonne santé, interroge des personnes âgées sur le cancer. Cependant, j'étais finalement bien souvent plus gênée que mes interlocuteurs et interlocutrices sur le sujet. Le cancer est apparu relativement commun (ce qui n'ôte en rien la douleur et le chagrin des individus, mais rend cette maladie peut-être moins *extra-ordinaire*).

3.3. De l'impact de la recherche sur son objet

Enfin, outre les rapports de pouvoir engagés entre les enquêtés et l'enquêtrice, la modification du terrain par le chercheur lui-même doit être envisagée. Nous pouvons supposer que les résultats de cette thèse attendus par de nombreux acteurs de terrains rencontrés (élus, agents municipaux, professionnels et médecins généralistes), et ce d'autant plus à Gennevilliers, auront un impact sur leur appréciation du sujet traité. De la même façon, les éventuelles restitutions publiques des résultats poseront, sans doute, de nouvelles questions quant au positionnement de la chercheuse sur ses terrains. S'il nous est aujourd'hui impossible de présager des conséquences d'un tel exercice, nous pouvons, d'ores et déjà, signaler certaines implications de notre présence ou des questions adressées à nos interlocuteurs.

L'enquêtrice, par ses observations, mais surtout par ses entretiens, est un élément perturbateur modifiant son objet de recherche. En effet, ce n'est pas une forme d'intervention anodine que de discuter, pendant parfois plus de deux heures, avec une personne à propos de sa ville, de sa santé et du dépistage du cancer colorectal. Le chercheur confronte certaines personnes à des questions qu'elles ne s'étaient parfois jamais posées. Certains éléments le confirment, cette intervention peut amener à une prise de conscience voire

une modification du point de vue de certaines personnes, ou bien une nouvelle action de la part d'acteurs professionnels ou associatifs. Par exemple, depuis l'initiation de notre collaboration et suite aux remarques que nous avons transmises à la structure concernant nos difficultés dans le nettoyage des bases de données transmises, l'ADK92 a modifié certaines modalités de gestion de sa base de données (2.2.1). C'est à la suite de nos premiers résultats concernant les taux particulièrement faibles de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des personnes vivant en foyers de travailleurs migrants (Faure 2012), puis leur confirmation par ce travail de thèse, que l'ADK92 a désiré travailler davantage à la promotion du programme auprès de cette population. L'organisme a, ainsi, mis en place un groupe de travail pluridisciplinaire (CPAM, réseaux de santé, bailleurs, professionnels de santé, intervenants sociaux, etc.), proposé un projet à l'Inca, financé le stage d'une étudiante en santé publique, missionné son agent de communication à la réalisation d'une pré-enquête dans certains foyers du département, et finalement établi une nouvelle stratégie de promotion du dépistage vers ces populations.

Le déroulement de l'entretien avec le directeur des services de santé de la ville de Gennevilliers peut également illustrer les éventuelles, mais non intentionnelles conséquences de la présence du chercheur sur son terrain. En effet, lors que ce professionnel expliquait le déroulement des actions de promotion de la santé régulièrement menées par ses agents (service prévention, nutritionniste ou médecins généralistes du centre municipal de santé) dans les foyers de travailleurs migrants de la ville, il a appelé sa secrétaire et lui a fait part de son souhait d'organiser une nouvelle séance « *pour que mademoiselle voie comment cela se passe, car l'action vaut tous les discours* ». Si cette action, qui devait avoir lieu un peu plus tard dans l'année n'a vraisemblablement qu'été anticipée, sa tenue a tout de même été encouragée par ma présence et mes questions portant sur les rapports entre le service de santé de la ville et ces lieux. Notre (longue et riche) rencontre avec l'élue chargée des questions de discrimination et des droits des femmes à la mairie de Gennevilliers a certainement contribué à la proposition faite par la municipalité dans le cadre de son récent contrat local de santé (CLS) de soutenir la réalisation d'une thèse en géographie de la santé pour travailler sur les questions de santé des femmes et la périnatalité.

Les remarques de certaines des personnes enquêtées laissent également penser que les questions soulevées en entretiens peuvent avoir un impact sur les représentations et les pratiques des individus. Par exemple, une enquêtée du quartier du Pont-de-Sèvres avait, lors de notre entretien, fait part de sa méconnaissance du dépistage du cancer colorectal. Elle s'est était étonnée : « *mon médecin je lui fais confiance, il me tient au courant, je ne comprends pas, il n'en m'en a jamais parlé. Ce n'est pas normal ça quand même. La prochaine fois, je lui demande* » (femme, 64 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Rencontrée

dans le cadre d'une activité au sein du centre social du quartier deux semaines plus tard, cette femme vient me voir et me dit *« vous aviez raison mademoiselle. Vous savez pour le colon. J'en ai parlé avec mon médecin. Je vais le faire le test. Heureusement que vous m'en avez parlé quand même. Ça oui je vais le faire maintenant »*. Comme l'illustre cet exemple, ou bien celui reporté dans l'encadré suivant, j'ai parfois été associée à une personne de référence en matière de santé.

Mon statut d'étudiante en géographie de la santé, supposant pour certaines personnes la possession de connaissances particulières et valables en matière de santé a en effet contribué à l'expression de nouvelles pratiques sanitaires. Car, si nous pouvons supposer que le médecin de cette enquêtée lui aurait, un jour, parlé du dépistage, ma présence sur le terrain et les nombreuses réponses à ces questions (âge de la population cible du dépistage, conditions de participation, organisation du programme, etc.) a joué un rôle dans sa participation au dépistage organisé du cancer colorectal.

Encadré n°7 : Enquêtrice et/ou « conseillère santé » ?

J'ai suivi un groupe de femmes des ateliers sociolinguistiques (ASL) du centre culturel et social du quartier du Luth durant mon terrain à Gennevilliers. Alors que nous discutions de santé à l'issue d'une séance, une des femmes fait part de ses difficultés à soigner ses infections urinaires à répétition. Plusieurs femmes prennent la parole, puis me demandent mon avis. Je fais part de mon utilisation du jus de Cranberry. La première femme sort un papier, me demande de lui écrire le nom de cette boisson et déclare qu'elle ira s'en procurer. La semaine suivante, trois des femmes du cours m'annoncent qu'elles en ont trouvé, et « *que ça marche, vraiment tu as de bons conseils santé* ». Ce jour-là elles aborderont la question du sport et de leur difficulté à pratiquer une activité sportive. Une d'elles me demandera une nouvelle fois « *mon avis* » et « *des conseils* ».

Enfin, à la demande de certains enquêtés, le kit de présentation du test Hémoccult de l'ADK92 (présenté aux individus n'identifiant pas le programme) fut le support d'explications concernant le mode de réalisation du test. Ces entretiens ont donc occupé une place spécifique dans la dialectique de passation d'informations et de savoir. Les enquêtés, répondant à mes interrogations, m'ont permis de construire mon propos scientifique, mais, en leur expliquant comment réaliser le test, j'ai aussi contribué à forger leurs représentations (et parfois pratiques) sur ce test et le programme.

Conclusion

L'analyse des dynamiques territoriales participant aux représentations et pratiques de santé des hommes et des femmes est menée à partir de données quantitatives et qualitatives. Elles permettent de répondre parfois différemment à un même aspect du sujet, parfois à différentes facettes du sujet. Ainsi le recours au dépistage organisé du cancer colorectal est quantifié en termes de taux de participation, de flux de consultations vers les médecins généralistes, mais est également analysé par les discours des habitants et habitantes rencontrés. La relation patient-médecin, au cœur des pratiques de prévention, est quant à elle renseignée par des données qualitatives recueillies lors d'entretiens semi-directifs auprès des personnes ciblées par le programme, mais aussi des médecins généralistes. L'analyse des dynamiques locales de santé, des politiques publiques et des actions des professionnels est menée au travers d'entretiens et d'observations. Enfin, le rôle des instances de socialisation dans les dynamiques locales de santé est également appréhendé.

Ce chapitre a également montré que l'analyse de la méthodologie fait pleinement partie de l'exercice de thèse et dépend de l'ancrage disciplinaire (géographie) comme de la problématique (genre / territoire / santé).

Chapitre 3.

Les espaces des uns et des unes au regard des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal

Introduction 173

1. Participation au dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle communale 174

1.1. Données de cadrage sur la participation à l'échelle départementale 174

1.2. Disparités spatiales de participation : taux de participation globale 179

1.3. Approche sexo-spécifique de la participation à l'échelle communale 190

1.4. Profils de participation : un département ségrégé ? 202

2. La participation au dépistage du cancer colorectal, révélatrice de dynamiques infra-communales ? 207

2.1. Participation au dépistage du cancer colorectal dans les quartiers populaires à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers 207

2.2. Participation et ségrégation spatiale à Boulogne-Billancourt 210

2.3. Participation et ségrégation spatiale à Gennevilliers 226

2.4. Participation au dépistage et organisation territoriale boulonnaise et gennevilloise 240

3. De l'intérêt de l'approche microlocalisée de la participation au dépistage du cancer colorectal 244

3.1. Participation et carroyage à Boulogne-Billancourt 245

3.2. Participation et carroyage à Gennevilliers 253

3.3. Agrégats de sur et sous-participation à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers 258

Conclusion 263

Introduction

Dans ce chapitre, deux principales questions structurent l'analyse des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal :

La participation au dépistage du cancer colorectal est-elle, à l'échelle communale et infra-communale, comme à l'échelle nationale et régionale, caractérisée par des disparités spatiales, l'implication plus importante des femmes que des hommes et corrélée à la répartition spatiale d'indicateurs socio-économiques ?

La géographie du recours au dépistage organisé du cancer colorectal accuse-t-elle de grandes structurations spatiales communes aux hommes et aux femmes ? Ou bien, est-elle marquée par des disparités spatiales, sexuées et temporelles ? Le premier cas de figure laisserait penser que des facteurs généraux structurent globalement et fortement les comportements des hommes et des femmes vis-à-vis de ce programme de santé publique. Le second attirerait l'attention sur les déclinaisons locales de facteurs spécifiquement liés à la participation des hommes d'une part et des femmes d'autre part.

Il s'agit de tester l'hypothèse selon laquelle le recours au dépistage organisé du cancer colorectal est caractérisé par des disparités spatiales multiscalaires se déclinant différemment en fonction du sexe des individus. De plus, nous posons l'hypothèse que ces disparités ne reflètent pas systématiquement la cartographie d'indicateurs socio-économiques.

Les taux standardisés de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des femmes et des hommes sont analysés à l'**échelle communale** (pour les campagnes 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013) puis **infra-communale (Iris et infra-Iris)** pour les villes de Gennevilliers et Boulogne-Billancourt (les campagnes 2010-2011 et 2012-2013 sont concernées). Cependant, il ne s'agit pas d'être exhaustif, mais d'interroger la présence de disparités spatiales de recours au dépistage organisé du cancer colorectal à différentes échelles. Nous ne présentons pas l'ensemble des résultats issus des données disponibles. Nous avons fait des choix, dont celui de prioriser les analyses sexo-spécifiques, ou au contraire de ne pas développer l'analyse des taux de participation par tranche d'âge[1].

[1] Cette thèse visant à interroger les manifestations socio-territoriales des normes de genre au travers des modalités de recours et de promotion du dépistage organisé du cancer colorectal, il a semblé plus opportun de prioriser les analyses par sexe. De plus, les résultats par tranches d'âge n'ont pas révélé, globalement, de dynamiques spatiales très distinctes de ceux rassemblant l'ensemble de la population.

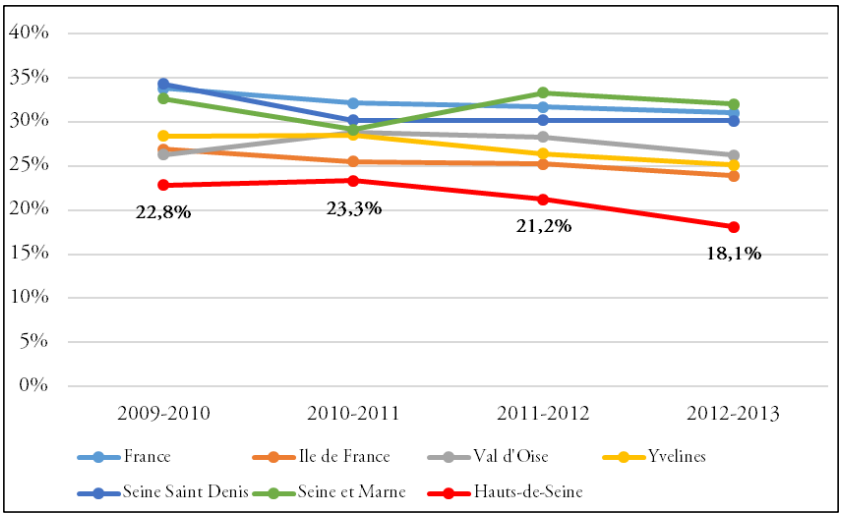
1. Participation au dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle communale

Cette première partie vise à répondre aux interrogations suivantes : dans quelle mesure les habitants et habitantes des différentes communes du département sont-ils plus ou moins engagés dans le dépistage du cancer colorectal ? La géographie du recours à ce programme est-elle le reflet de continuités spatiales, ou au contraire de fractures et spécificités locales ? Les répartitions spatiales des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des hommes et des femmes sont-elles illustratrices de logiques spatiales spécifiques ? Enfin, dans quelle mesure la participation à ce programme de santé publique est-elle révélatrice de l'hétérogénéité des situations socio-économiques du département ?

1.1. Données de cadrage sur la participation à l'échelle départementale

D'après l'ADK92, le taux standardisé de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des Hauts-de-Seine est de 17,9 % en 2008-2009. Ce taux est de 21,1 % en 2010-2011, enfin de 14,3 % pour la campagne 2012-2013. Ces résultats corroborent les données de l'InVS[2] (graphique n°10).

Graphique n°10 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal d'après les données de l'InVs



Sources : InVs. Traitements et réalisation : E. Faure.

[2] La comparaison de nos résultats avec ceux de l'InVS doit être évaluée avec prudence car cette institution calcule ses taux à partir de la population Insee, et non la population invitée par les organismes de gestion du dépistage organisé.

L'InVS relève une récente diminution de la participation à l'échelle nationale, régionale et départementale, or la baisse de la participation est particulièrement importante dans les Hauts-de-Seine (graphique n°10). D'après cet organisme, il est aujourd'hui difficile d'identifier les facteurs d'une telle diminution des taux de participation : « *les évolutions des taux de participation entre les deux campagnes, à la baisse dans certains départements et régions et à la hausse dans d'autres, suggèrent que d'autres facteurs à investiguer expliquent ces différences géographiques notables* » (site de l'InVS consulté le 27/02/2016). Cependant, les entretiens auprès des médecins généralistes, d'acteurs départementaux et communaux de la promotion de ce programme, ou bien l'analyse détaillée des données quantitatives dont nous disposons permettent de proposer quelques pistes de réflexion.

Les reports successifs du remplacement du test Hémoccult[3] peuvent avoir incité certains médecins à différer leurs messages de promotion en direction de leurs patients. Des médecins rencontrés, à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers, ont en effet déclaré être « *lassés* » de cette attente et ces reports. Par exemple une médecin généraliste exerçant dans le centre de la commune de Boulogne-Billancourt rappelle, d'un ton las, que « *cela fait 10 ans que l'on attend des tests plus fiables* » (femme, secteur 2, Boulogne-Billancourt). Certains médecins estiment « *laisser de côté ce dépistage pour le moment* » (médecin généraliste, homme, secteur 1, Boulogne-Billancourt, quartier sud) et déclarent que « pour *le moment j'attends un peu, j'attends le nouveau test, car il devrait être plus simple* » (médecin généraliste, homme, secteur 1, Boulogne-Billancourt, quartier nord).

Cette attente a également pu contribuer à la modification des stratégies de promotion du programme des organismes départementaux, comme des acteurs locaux. Nous avons recensé les actions de promotion du dépistage du cancer colorectal mené par l'ADK92 entre 2008 et 2013 à partir des bilans d'activités annuels de cet organisme. Le nombre d'actions de sensibilisation adressées aux médecins généralistes varie en fonction des années. Or, celui des actions menées en direction de la population cible du programme (stand sur les marchés, actions collectives en milieu associatif ou dans des centres sociaux, etc.) diminue fortement depuis 2009 (tableau n°11).

[3] Rappelons que recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) dès 2008, le remplacement du test Hémoccult par un test immunologique a été reporté plusieurs fois. Il a finalement été distribué à partir d'avril 2015.

Tableau n°11 : Nombre d'actions de promotion du dépistage du cancer colorectal menées par l'ADK92

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Population	39	45	20	11	12	6
Médecins	1	0	5	7	1	4

Sources : Rapports d'activités de l'ADK92 de 2008 à 2013. Traitements et réalisation : E. Faure.

Ce constat ne saurait être attribué à un désengagement volontaire de cette structure, mais plutôt à la difficulté d'adapter ses stratégies et ses outils de communication à des directives politiques et échéances prorogées. Au cours de cette période, de nombreuses actions ont été mises en place pour la promotion du dépistage du cancer du sein et des méthodologies nouvelles de communication ont été expérimentées (théâtre forum, animation dans l'espace public, etc.). La chargée de communication de cette structure déclare lors de notre entretien « *j'aimerais bien que l'on ait un peu plus d'outils sur le dépistage du cancer du côlon, mais bon là évidemment là comme il y avait le prochain test qui arrive.* [pause] *Enfin, autant avoir les outils avec le nouveau, rien que l'image du test, parce que dans tous les outils que nous utilisons c'est bien d'avoir l'image du test Hémoccult, pour savoir comment cela marche, et ça tant que c'est Hémoccult on peut les utiliser, mais pour après on ne pourra pas, on ne peut pas en construire de nouveaux pour l'instant, donc on attend.* […] *D'un point de vue communication c'est un peu pénible parce que cela nous bloque dans toutes nos actions. Il ne faut pas initier trop de choses, parce que cela va bientôt changer.* […] *On devrait avoir de manière imminente les nouveaux tests, on attend. […], mais cela fait des mois et des mois, et à chaque fois c'est reculé donc j'ai du mal à y croire maintenant. J'attends plus. Après le message est toujours le même, donc ça on peut continuer à communiquer dessus, mais pas expliquer. On peut faire des rappels, disons* ». Nous considérons donc que la modification du protocole d'invitation opérée dans les Hauts-de-Seine en 2013 peut avoir concouru à la diminution importante de la participation dans les Hauts-de-Seine. En réponse aux impératifs financiers fixés par l'Assurance Maladie et la recherche d'une plus grande efficience des campagnes de dépistage, l'ADK92 n'envoie plus les tests Hémoccult au domicile des individus lors de la seconde relance depuis avril 2013. Or, lors de la campagne 2008-2009, près de 30 % des individus ayant participé au dépistage du cancer colorectal l'on fait suite à la seconde relance, ils étaient 53 % lors de la campagne 2010-2011. De plus, nos résultats de terrains montrent que des habitants et habitantes de Boulogne-Billancourt et de Gennevilliers, rencontrés en 2013 c'est-à-dire au moment de ce changement de protocole, ont attendu de recevoir le test directement à leur domicile, et ce malgré le courrier informatif : « *moi je ne suis pas contre, mais voilà j'attends qu'on me l'envoie, j'attends* » (femme, 51 ans, Squares, Boulogne-Billancourt).

Enfin, cette baisse importante de la participation pose la question de la fidélisation des individus au programme de dépistage organisé : les personnes ayant participé à la première et/ou à la seconde campagne se sont-ils massivement détournés du programme lors de la troisième ? Ou bien au contraire, la participation à l'une des campagnes est-elle gage d'inclusion sur le long terme ?

Les données de l'ADK92 permettent en partie de répondre à cette interrogation (tableau n°12). On observe une faible fidélisation et une certaine instabilité de l'engagement des individus dans le programme. Participer une fois ne signifie en aucun cas participer une seconde fois. Par exemple, 14,3 % des participants de la première campagne ne se sont jamais plus mobilisés et seuls 17,3 % des individus invités de 2008-2009 à 2012-2013 ont participé à ces trois campagnes (la part d'hommes (17,4 %) et de femmes (17,2%) est identique).

Tableau n°12 : Fidélisation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal dans les Hauts-de-Seine

Seulement 1ere campagne	14,3%
Seulement 2eme campagne	26,5%
Seulement 3eme campagne	10,7%
1ere et 2eme campagne	13,7%
2eme et 3eme campagne	13,3%
1ere et 3eme campagne	4,2%
Les trois campagnes	17,3%

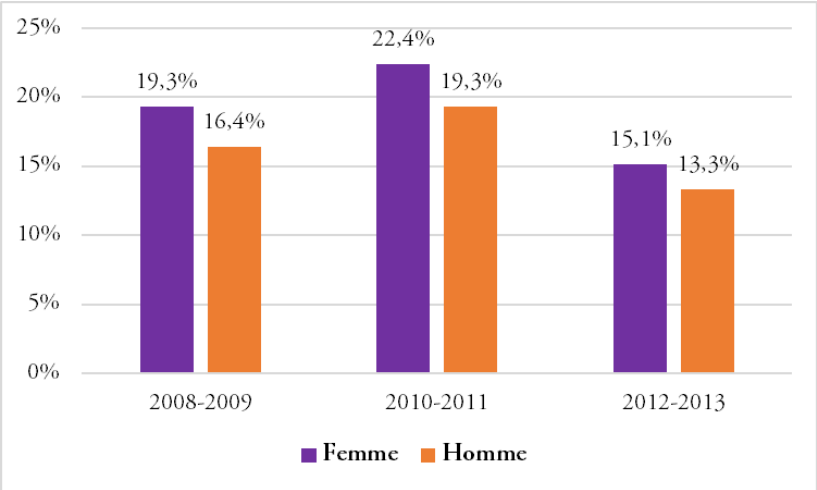
Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Ces données posent de nouvelles questions. La diminution de la participation lors de la troisième campagne, est-elle associée à une augmentation du dépistage « individuel » (par test de recherche de sang dans les selles réalisé en laboratoire, voire par coloscopie) ? Ou bien, un grand nombre de personnes cesse-t-il complètement tout acte de prévention ? Faute de données précises codant ces actes dans les bases de l'Assurance Maladie, il est impossible de répondre à ces interrogations[4].

[4] Par exemple, les coloscopies possèdent un même code, qu'elles s'inscrivent dans le cadre du suivi d'une pathologie, d'antécédents familiaux ou bien qu'elles soient prescrites par un médecin généraliste comme un acte de « prévention ».

Finalement, **le taux de participation** au dépistage organisé du cancer colorectal du département des Hauts-de-Seine **est faible et en baisse** au cours de la période étudiée (17,9 % en 2008-2009 ; 21,1 % en 2010-2011 et 14,3 % en 2012-2013). De plus, **les femmes participent davantage que les hommes** et **l'écart entre les hommes et les femmes reste constant.** Quelle que soit la campagne, les femmes participent 1,2 fois plus que leurs homologues masculins (graphique n°11).

Graphique n°11 : Taux de participation des hommes et des femmes, campagnes 2008-2009 à 2012-2013



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Ces données permettent d'évaluer le recours global au programme de dépistage organisé du cancer colorectal dans les Hauts-de-Seine. Or, ce département est marqué par des dynamiques locales originales (villes industrielles en reconversion ou en crise, communes résidentielles aisées, etc.) et caractérisé par des indicateurs socio-économiques disparates. Nous posons donc l'hypothèse que ces moyennes masquent d'importantes disparités infra-départementales.

1.2. Disparités spatiales de participation : taux de participation globale[5]

1.2.1. Spatialisation de la participation alto-séquanaise

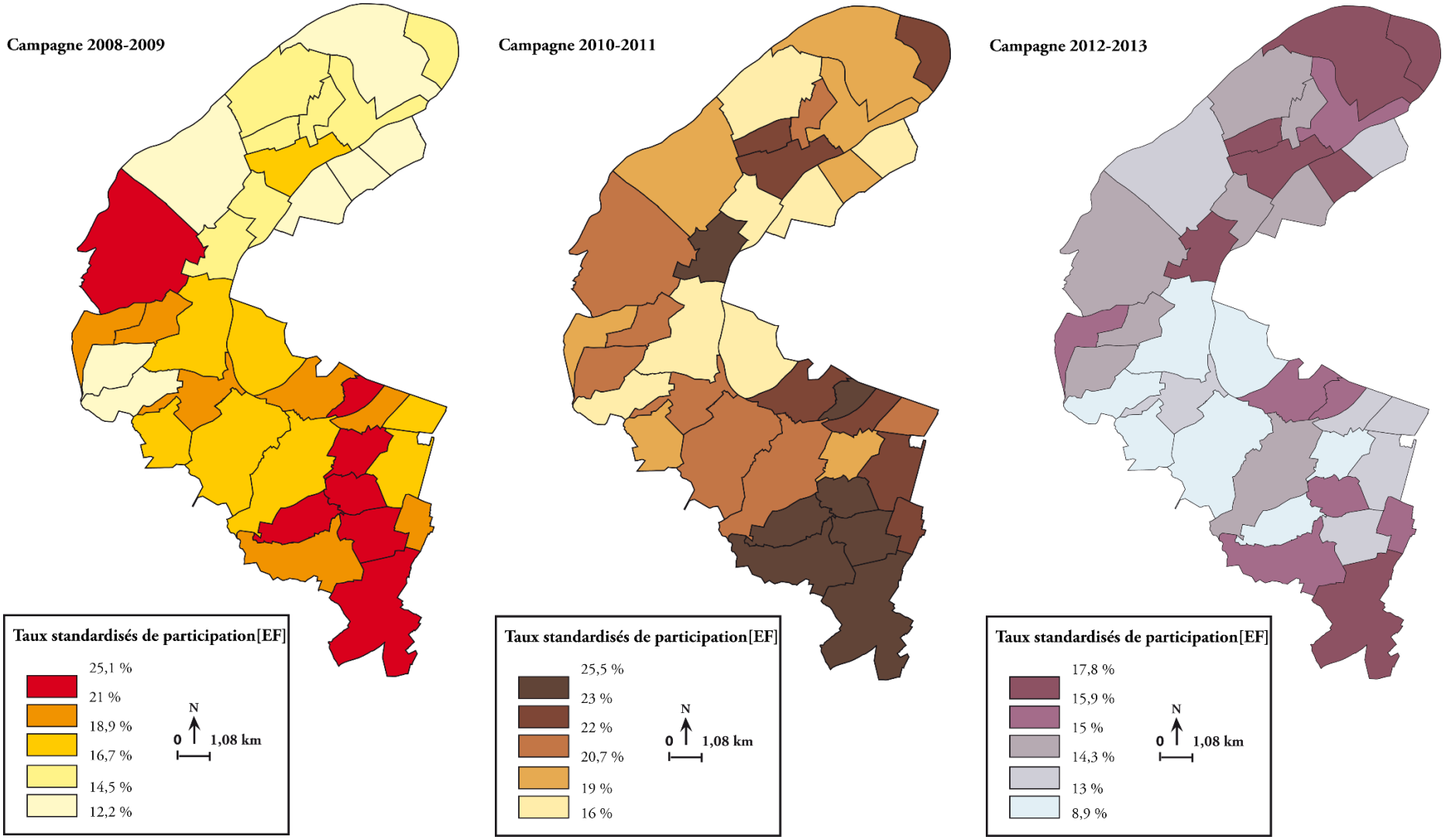
Encadré n°7 : Le nord, le sud : de quoi parle-t-on ?

Nous considérons les communes de Rueil-Malmaison et Suresnes ainsi que toutes celles situées au nord de celles-ci comme « le nord du département ». Inversement, les villes situées au sud de cette ligne (Rueil-Malmaison–Suresnes) sont dites « au sud du département ». Cette limite correspond à celle fixée par l'ADK92 dans son protocole d'invitation (ADK92, 2011, pp 8).



[5] Les taux de participation globale permettent de décrire des tendances communes aux deux sexes. L'étude des résultats sexo-spécifiques objectivant les éventuelles disparités entre hommes et femmes est présentée dans le paragraphe 1.3.

Carte n° 17 : Taux standardisés de participation au dépistage organisé du cancer colorectal



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

En 2008-2009, les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont compris entre 25,1 % (Rueil-Malmaison) et 12,2 % (Marnes-la-Coquette[6]). Les habitants de Rueil-Malmaison participent plus de deux fois plus que ceux de Marnes-la-Coquette. Les villes du sud du département, ainsi que la commune de Rueil-Malmaison, enregistrent des taux de participation relativement élevés au regard du reste du département. Inversement, les communes du nord sont caractérisées par des taux de participation relativement faibles. À Boulogne-Billancourt, 16,7 % des personnes invitées ont participé au programme, contre 13,7 % à Gennevilliers.

En 2010-2011, les disparités intercommunales de participation sont moins importantes que lors de la campagne précédente (coefficient de variations de 0,11 en 2010-2001 contre 0,19 en 2008-2009). Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont compris entre 25,5 % à Antony et 16 % à Ville-d'Avray. Les villes situées à l'extrême-sud du département restent caractérisées par des taux de participation élevés, et celles situées au nord (Courbevoie, Villeneuve-la-Garenne, La Garenne-Colombes) par des taux relativement faibles au regard du reste des communes des Hauts-de-Seine (carte n°17). Les situations se sont inversées entre Boulogne et Gennevilliers avec un taux qui devient plus élevé pour Gennevilliers : à Boulogne-Billancourt, 17,3 % des personnes invitées ont participé au programme, contre 19,9 % à Gennevilliers.

Enfin, les taux de participation au dépistage du cancer colorectal de la campagne 2012-2013 sont compris entre 17,8 % à Antony et 8,9 % à Ville-d'Avray. L'étendue des disparités spatiales est similaire à celle de la campagne précédente. Or, contrairement aux précédentes campagnes, les communes du sud ne sont plus caractérisées par des taux de participation plus élevés que celles du reste du département. Inversement, les villes du nord du département, dont Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Asnières et Bois-Colombes, enregistrent des taux de participation parmi les plus élevés du département (carte n°17).

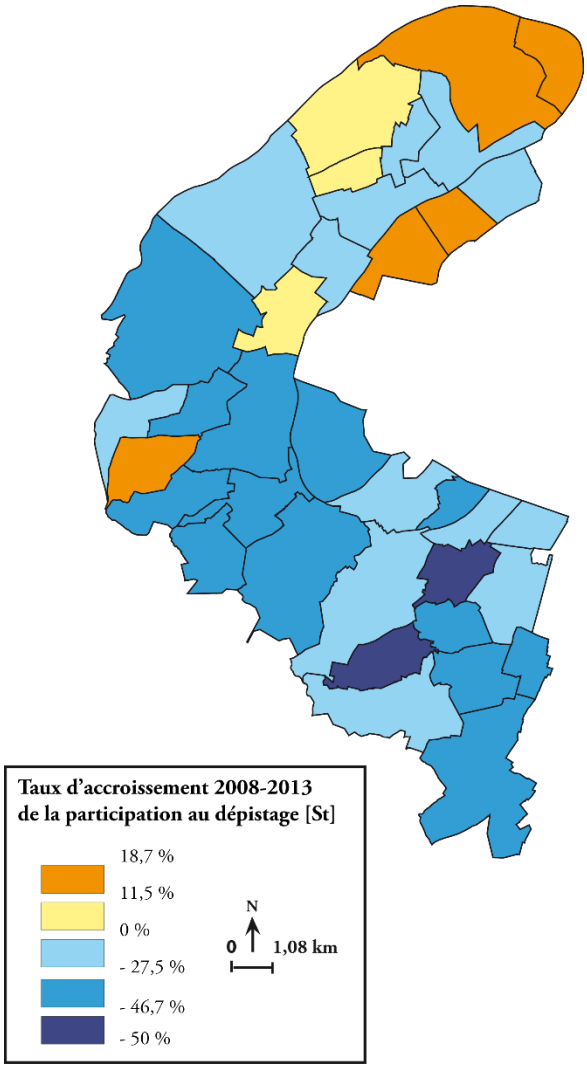
1.2.2. Approche spatio-temporelle de la participation à l'échelle communale

La répétition du programme de dépistage organisé, comme des campagnes de promotion d'échelle nationale ou locale, pourraient être facteurs d'une augmentation de l'engagement des individus. Or, dans les Hauts-de-Seine, comme à l'échelle régionale ou nationale, les taux de participation sont plus faibles en 2012-2013 qu'en 2008-2009.

[6] Les résultats obtenus pour les communes de Marnes-la-Coquette et de Ville-d'Avray doivent être analysés avec prudence compte tenu du faible nombre d'individus invités, et participants.

Les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal ont baissé dans la quasi-totalité des communes du département entre la première et la troisième campagne, mais ils ont quelque peu augmenté dans certaines villes (carte n°18). C'est le cas de communes situées au centre (Marnes-la-Coquette), mais surtout au nord du département (Villeneuve-la-Garenne, Gennevilliers, Levallois-Perret, Neuilly-sur-Seine, Colombes, La Garenne-Colombes et Suresnes). Enfin, les villes de Boulogne-Billancourt et de Gennevilliers accusent des dynamiques très différentes : le taux de participation a augmenté à Gennevilliers entre la première et la troisième campagne (augmentation de 17 %), alors que celui de Boulogne-Billancourt a diminué de 32 %.

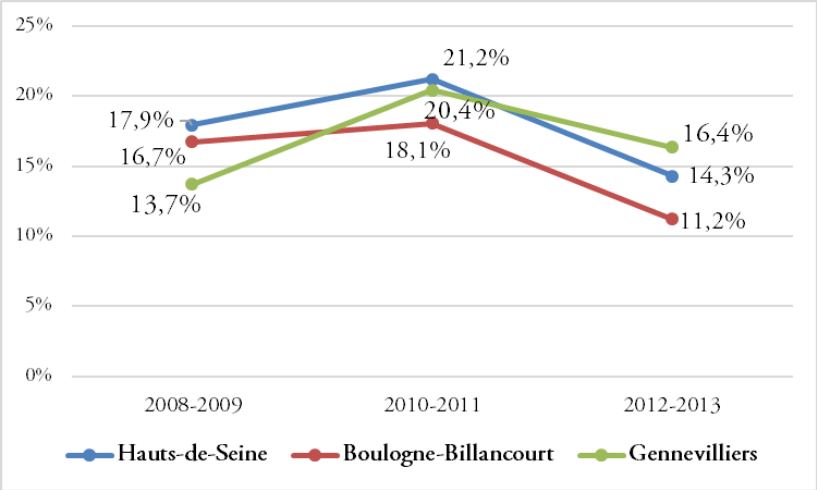
Carte n°18 : Évolution de la participation au dépistage du cancer colorectal entre 2008-2013



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal accusent une forte diminution dans le sud du département, et inversement une légère augmentation dans certaines communes du nord des Hauts-de-Seine. Le graphique suivant permet de visualiser l'évolution du taux de participation du département, ainsi que des villes de Boulogne-Billancourt et de Gennevilliers (graphique n°12). Il apparaît que les taux de participation au dépistage du cancer colorectal augmentent entre la première et la deuxième campagne, puis baisse entre la deuxième et la troisième campagne.

<u>Graphique n°12 :</u> Évolution de la participation dans les Hauts-de-Seine, à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers

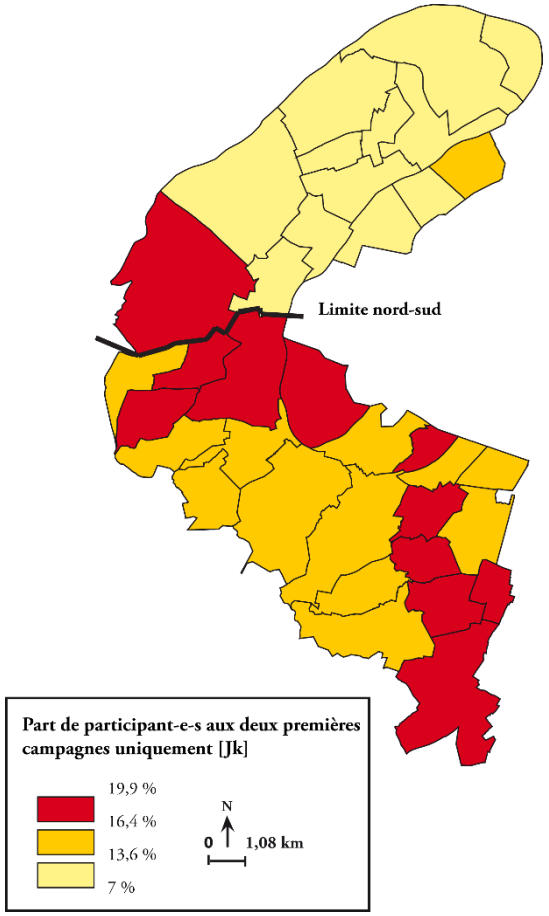


Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Si cette tendance caractérise l'ensemble du département comme les villes de Boulogne-Billancourt et Gennevilliers, elle semble plus marquée dans le sud que dans le nord du département. En effet, la cartographie de la proportion d'individus[7] ayant participé aux deux premières campagnes, mais non à la dernière, révèle une nette distinction entre le nord et le sud des Hauts-de-Seine (carte n°19). À l'exception de Clichy-la-Garenne et de Rueil-Malmaison, la part de personnes ayant participé aux campagnes 2008-2009 et 2010-2011, mais pas à celle de 2012-2013, est plus importante dans les villes situées au sud du département que dans les villes du nord des Hauts-de-Seine.

[7] Aucune différence entre les hommes et les femmes n'a pu être identifiée, ces cartes ne sont donc pas présentées.

<u>Carte n°19 :</u> Proportion de participant-e-s aux deux premières campagnes, mais non à la dernière



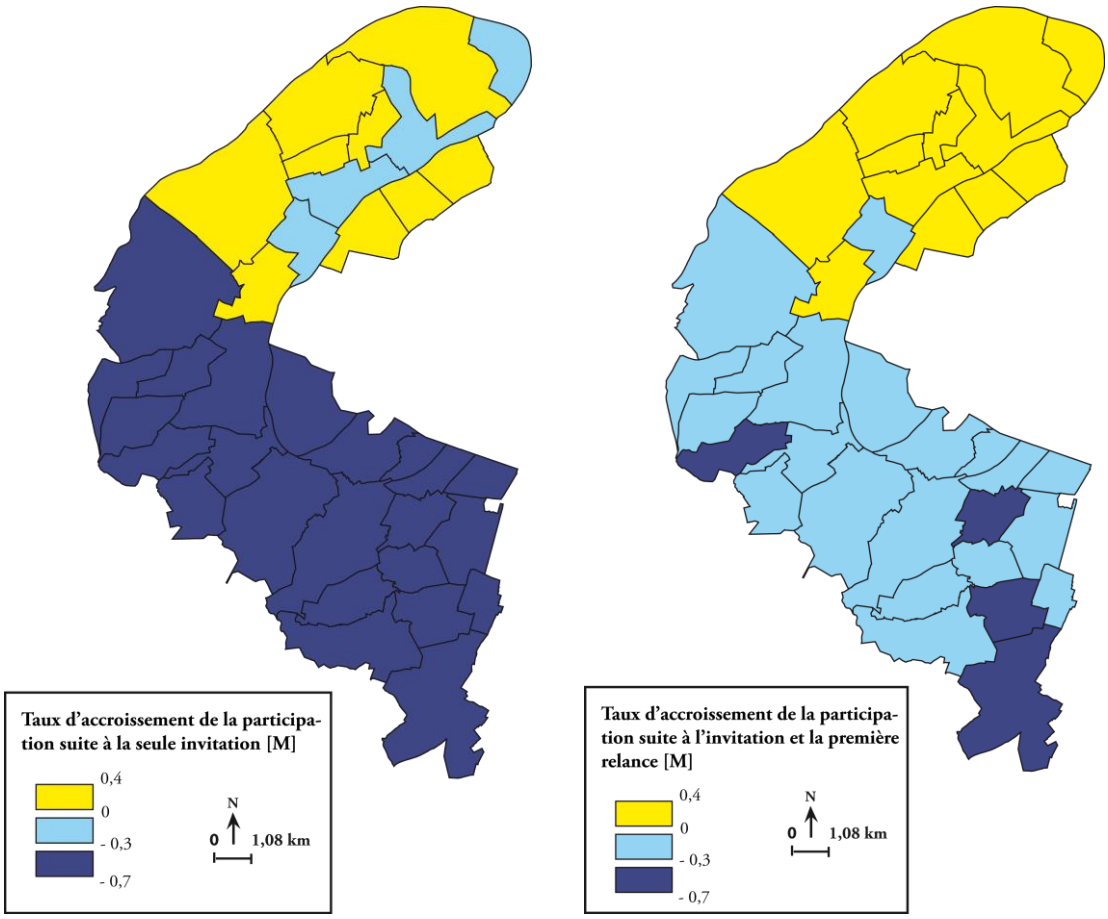
Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Comment interpréter cette diminution de la participation particulièrement forte dans le sud du département ? D'après l'ADK92, « *l'influence de l'arrêt des relances avec envoi postal du test en 2013 se traduit par un recul important de la participation dans la zone sud du département qui était concerné par la campagne 2013. De fait, le nord du département, qui a bénéficié en 2012 des derniers envois de relances 2 prend le pas sur le sud, avec des progressions notables sur Gennevilliers, Suresnes et La Garenne-Colombes* » (ADK92 2014). Cette explication fait référence à la gestion particulière des invitations adoptée par l'ADK92. En effet, les non-répondants de la partie nord du département (cf. ligne Rueil – St Cloud encadré n°7) sont réinvités en priorité lors de la seconde année de chaque campagne et ceux de la zone sud lors de la première. Les individus résidant dans le nord du département ont donc reçu leur seconde relance accompagnée du test Hémoccult en 2012, alors que les individus résidant dans les communes du sud, ont, lors de la même campagne, mais en 2013, reçu leur seconde relance sans le test. De plus, nos résultats montrent qu'une part importante de la participation fait suite à l'envoi de cette seconde

relance contenant le test : en 2008-2009, près de 30 % (28,7 % des femmes et 30 % des hommes) des individus ayant participé au programme de dépistage du cancer colorectal ont réalisé le test Hémoccult après avoir reçu la lettre contenant le test.

Nous considérons que la modification du protocole d'invitation opérée dans les Hauts-de-Seine en 2013 contribue à la baisse du taux de participation ainsi qu'à la différenciation entre le nord et le sud du département. La répartition spatiale de l'accroissement des taux de participation attribuable à l'unique lettre d'invitation, comme à l'invitation et la première relance entre 2008 et 2013, le confirme (carte n°20). En effet, si le nord du département reste caractérisé par une augmentation de la participation au cours de la période 2008-2013, et inversement le centre et le sud du département par une diminution de la participation, les écarts sont extrêmement faibles. En d'autres termes, l'importance des écarts en termes d'évolution de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal est quasiment exclusivement imputable à la participation faisant suite à la seconde relance.

<u>Carte n°20 :</u> Évolution de la participation au dépistage du cancer colorectal attribuable à la lettre d'invitation, et à la lettre d'invitation et à la première relance entre 2008-2013



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Cependant, si le second courrier apparaît ainsi primordial dans la participation des individus au programme, ces données quantitatives ne nous permettent pas d'établir avec certitude la correspondance entre le moment de la participation et la réception des différents courriers. Les entretiens réalisés auprès de Boulonnais et Gennevillois apportent des pistes d'interprétation. En effet, si l'envoi du test au domicile est un facteur déclencheur pour un grand nombre des individus rencontrés, d'autres éléments doivent être pris en compte : l'oubli ou bien l'attente du prochain rendez-vous médical par exemple.

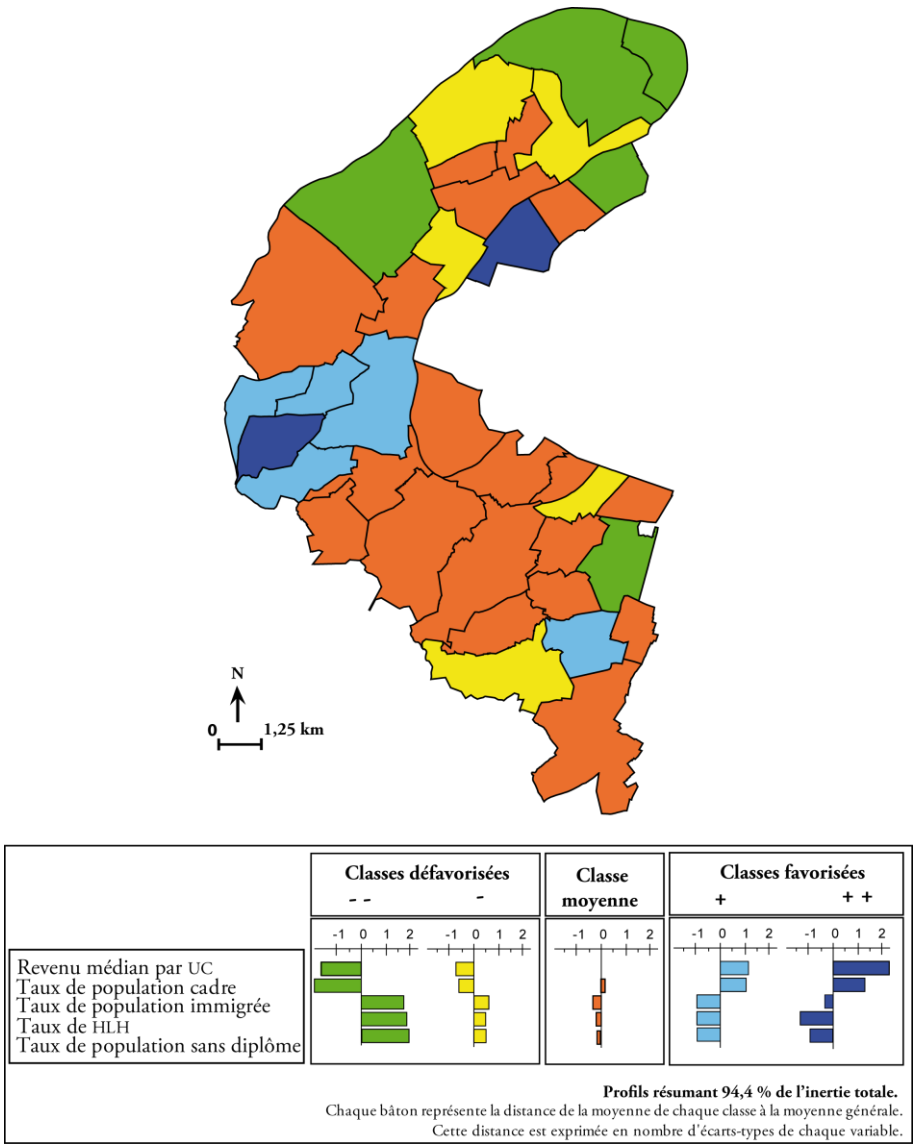
1.2.3. Facteurs socio-économiques et sanitaires de la répartition spatiale de la participation

De nombreux travaux démontrent l'existence d'une distribution socialement stratifiée de la santé (Fassin 2000; Aïach 2010; Leclerc, Kaminsky, et Lang 2008; Rican, Salem, et Jougla 2011; Salem, Rican, et Jougla 1999). L'accès et le recours à la prévention sont également fortement influencés par la catégorie sociale des individus. Enfin, certaines études (Poncet et al. 2012 ; Pornet et al. 2008) établissent l'existence d'un lien statistique entre les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal et les caractéristiques socio-économiques de leur Iris de résidence (cf. chapitre 1). Une telle association entre les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal et les caractéristiques socio-économiques des communes des Hauts-de-Seine est-elle identifiable ?

Nous avons comparé la distribution spatiale du recours au dépistage des communes des Hauts-de-Seine avec celle d'un indicateur socio-économique et démographique synthétique. Cette typologie socio-économique, résultat d'une CAH, comprend le revenu médian par unité de consommation, la part de logement HLM et le taux de cadres. Elle inclut également des indicateurs souvent associés à la participation au dépistage du cancer colorectal (la part des personnes non diplômées et celle des personnes immigrées).

Les communes des Hauts-de-Seine sont ainsi réparties en cinq classes (ou profils) : deux classes qualifiées de favorisées, une classe moyenne, et deux classes qualifiées de défavorisées (carte n°21). Il apparaît que les communes aisées, voire très aisées, sont caractérisées par des taux de participation relativement faibles (sauf Sceaux). Les communes caractérisées par des indicateurs socio-économiques défavorables enregistrent pour certaines des taux de participation relativement faibles (Clichy-la-Garenne, Nanterre ou Gennevilliers) et pour d'autres des taux relativement élevés (Châtenay-Malabry par exemple). Enfin, les communes appartenant au profil socio-économique intermédiaire enregistrent des taux de participation majoritairement proches des moyennes départementales. De plus, ces constats varient en fonction des campagnes.

<u>Carte n°21 :</u> Typologie socio-économique des communes alto-séquanaises

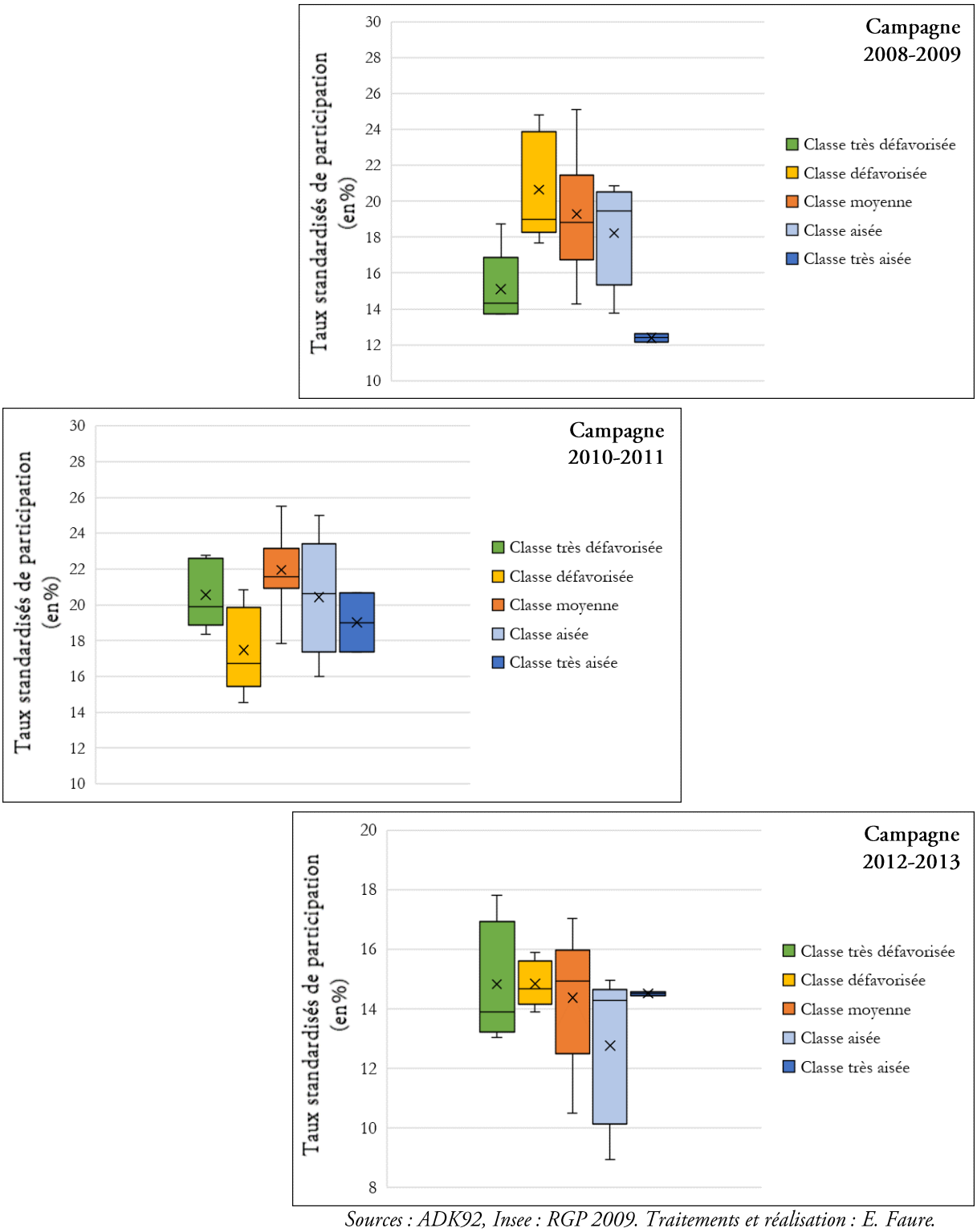


Sources : Insee, RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Il est pourtant difficile d'identifier des tendances nettes et stables par la simple comparaison des représentations spatiales des taux de participation d'une part, et d'une typologie socio-économique d'autre part (graphique n°13).

En 2008-2009, les médianes des communes appartenant aux deux classes extrêmes (très défavorisées et très aisées) se distinguent nettement des trois autres classes dont les médianes sont relativement similaires. Or, cette particularité n'est pas observable lors des deux campagnes suivantes. De plus, quelle que soit la campagne, les taux de participation des communes caractérisées par des indicateurs socio-économiques moyens (boites orange sur les graphiques) apparaissent très disparates. Les segments de ces boites sont longs, ce qui signifie que l'étendue des séries est importante.

<u>Graphique n°13 :</u> Distributions des taux de participation par type de communes



Sources : ADK92, Insee : RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Finalement, les boites à moustaches des différentes classes socio-économiques recouvrent des taux de participation identiques, et leurs positions les unes par rapport aux autres évoluent en fonction des campagnes. Comme cela a été montré dans de précédents travaux en géographie de la santé (Rican et

Vaillant 2009; Rican et al. 2014), les variations spatiales de participation au programme de dépistage des cancers ne correspondent pas systématiquement à celles d'indicateurs socio-économiques contextuels. Nos résultats indiquent également que les taux d'accroissement de la participation ne sont pas non plus corrélés avec les indicateurs socio-économiques des communes. Les taux de participation ont augmenté dans des communes qualifiées de populaires (Gennevilliers ou Villeneuve-la-Garenne), mais aussi dans des villes abritant des populations très aisées (Neuilly-sur-Seine ou Marnes-la-Coquette).

Enfin, d'après la littérature, la participation au dépistage du cancer colorectal n'est pas corrélée à la densité médicale (Pornet et al. 2010). Nos résultats le montrent également : dans les Hauts-de-Seine, aucun lien ne peut être établi entre la répartition spatiale des taux de participation et celle de la densité médicale en médecine générale. Des communes densément dotées en médecins généralistes enregistrent des taux de participation élevés (comme Antony par exemple), mais également très faibles (Neuilly-sur-Seine ou Boulogne-Billancourt). Inversement, des villes caractérisées par une faible densité de médecins généralistes enregistrent des taux de participation disparates. De plus, l'appréciation de l'accessibilité à ce professionnel par la seule densité de praticien apparaît réductrice pour trois raisons. D'abord, l'offre ne fait ni la demande, ni le recours. Ensuite, comme nous le montrerons dans le chapitre suivant, l'accessibilité ne se limite pas la présence physique ou non d'un professionnel de santé : des facteurs sociaux, économiques ou symboliques contribuent conjointement à définir l'accessibilité et le recours à ce professionnel de santé. Enfin, les données disponibles ne prennent en compte ni les temps de travail effectifs des médecins, ni les horaires d'ouverture des cabinets, ni les temps d'accès aux cabinets ou les moyens de transport disponibles et mobilisés par les individus pour s'y rendre, etc. Nous ne considérons pas que la présence d'une offre en médecine générale n'influence pas du tout les pratiques préventives des individus, mais la densité de professionnels par habitant ne permet pas d'appréhender la complexité des choix, trajectoires et modes de recours des individus. Il serait possible de remédier, au moins en partie, à cette limite. Un indicateur d'accès potentiel aux professionnels de santé pourrait inclure la densité de professionnels de santé, la trame viaire, les réseaux de transports en commun, les taux de motorisation des populations, etc. Les récents travaux de l'Irdes témoignent de la pertinence de telles approches (Barlet et al. 2012; Coldefy, Com-Ruelle, et Lucas-Gabrielli 2011). Or, l'appréciation statistique de l'accessibilité spatio-temporelle (potentielle) au médecin généraliste n'est pas l'objet de cette thèse. De plus, cet indicateur suppose que les médecins généralistes soient tous convaincus par ce dépistage et son programme organisé, et engagés dans une démarche proactive de valorisation du test Hémoccult après de leurs patients, ce qui est loin d'être le cas (Faure 2011).

Ces représentations spatiales des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal alto-séquanais montrent qu'à l'échelle communale, **ni des logiques de contiguïté ni des fractures spatiales durables ne caractérisent le recours à ce programme.** De plus, **cette géographie de la participation au dépistage du cancer colorectal ne correspond pas, systématiquement, à celle d'indicateurs socio-économiques ou sanitaires.** Les articulations de facteurs sociaux, économiques, politiques ou culturels de la participation semblent donc se décliner de façon originale dans chacune des communes des Hauts-de-Seine. Cependant, les taux ici décrits regroupent des hommes et femmes alors que la littérature montre combien le sexe peut être un facteur discriminant des pratiques de santé préventive (Membrado 2006; Hunt et Macintyre 1998), comme du recours au dépistage du cancer colorectal (Pornet et al. 2010; Goulard et al. 2009). Le paragraphe suivant présente donc une analyse sexo-spécifique de ces données.

1.3. Approche sexo-spécifique de la participation à l'échelle communale

Comme à l'échelle nationale, dans les Hauts-de-Seine, les femmes participent davantage que les hommes au dépistage organisé du cancer colorectal. Or, les femmes sont-elles davantage engagées dans ce programme, quel que soit leur lieu de résidence ? Les écarts entre les hommes et les femmes, constants à l'échelle du département, sont-ils identiques et stables dans l'ensemble du département ? Ou bien, peut-on identifier des disparités sexuées plus importantes dans certaines communes ?

Nous proposons, afin de répondre à ces interrogations, de comparer successivement les taux de participation des hommes et des femmes à chacune des trois campagnes, puis d'analyser les tendances communes à l'ensemble de la période.

1.3.1. Campagne 2008-2009

En 2008-2009, l'intervalle et l'écart-type des taux de participation masculins par commune sont un peu plus importants que ceux des taux féminins (tableau n°13). Les variations spatiales de participation masculine sont donc plus importantes que les variations spatiales de participation féminine.

Tableaux n°13 : Statistiques descriptives de la participation des hommes et des femmes à l'échelle communale, 2008-2009

Variable d'analyse : Taux standardisé de participation des femmes					
Moyenne	**Ecart-type**	**Minimum**	**Maximum**	**Intervalle**	**N**
19,364	3,122	13,180	25,980	12,800	36

Variable d'analyse : Taux standardisé de participation des hommes					
Moyenne	**Ecart-type**	**Minimum**	**Maximum**	**Intervalle**	**N**
16,428	3,471	10,710	24,060	13,350	36

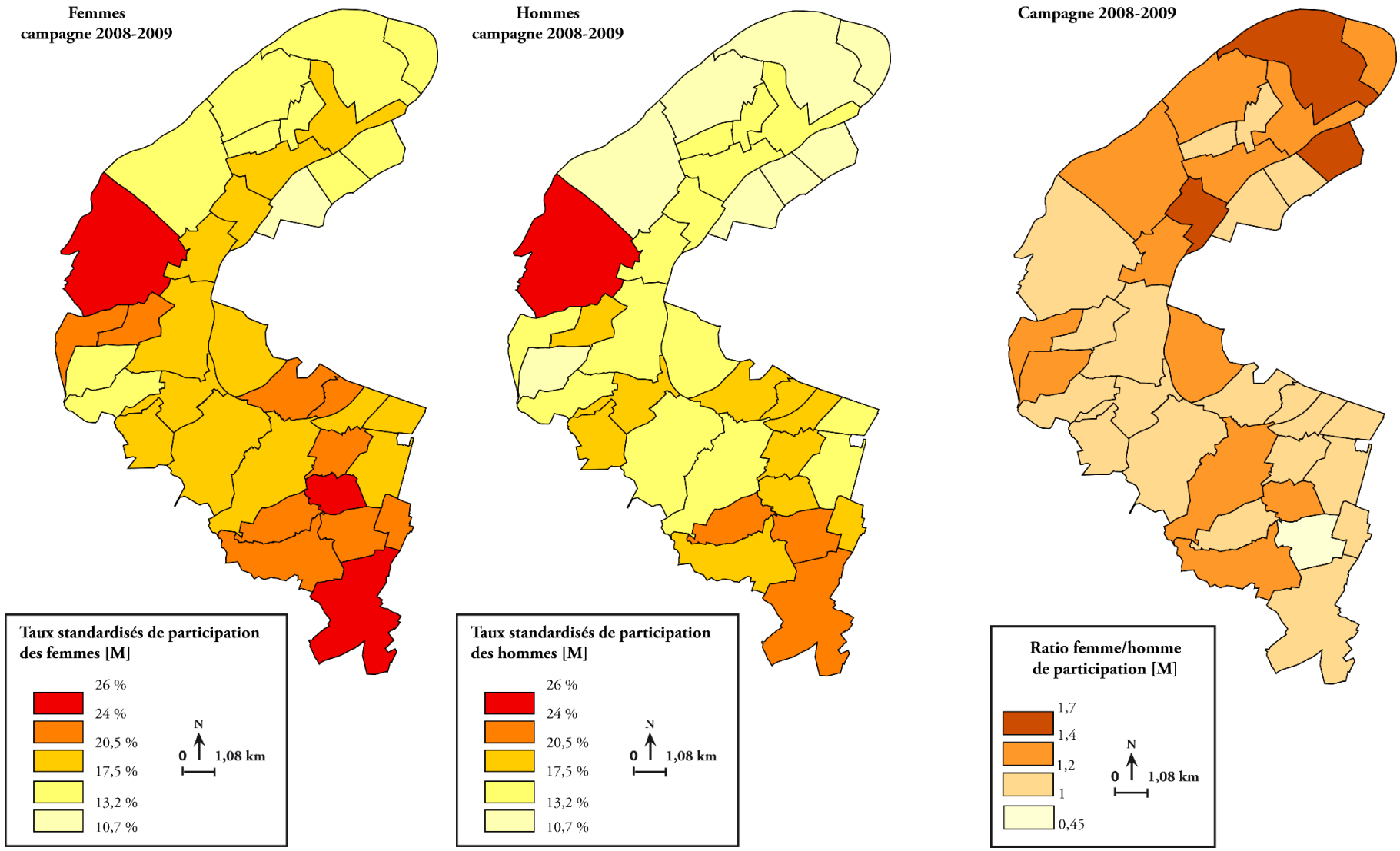
Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Lors de cette première campagne, les géographies de la participation féminine et masculine au dépistage du cancer colorectal sont relativement similaires (carte n°22).

Deux ensembles de communes apparaissent : un nord marqué par des taux de participation faibles, pour les femmes et d'autant plus pour les hommes ; et un sud (ou extrême sud) dans lequel les taux de participations sont importants pour les hommes, et d'autant plus pour les femmes. Si les écarts entre sexes sont majoritairement peu importants (aucun sex-ratio n'est égal ou supérieur à 2), leur répartition spatiale correspond à cette partition nord/sud du territoire alto-séquanais. En effet, les écarts entre hommes et femmes sont plus importants dans le nord que dans le sud du département.

À Gennevilliers ou à Puteaux par exemple, les hommes se mobilisent très peu alors que les femmes accusent un taux de participation plutôt élevé au regard des autres communes du département. Les villes dans lesquelles les disparités entre sexes sont les plus importantes sont Gennevilliers, Clichy-la-Garenne et Puteaux. Inversement, les communes du sud du département sont caractérisées par des taux de participation masculins et féminins quasiment identiques (le ratio femme/homme est très proche de 1). À Antony, Sceaux ou Bourg-la-Reine par exemple, hommes et femmes participent massivement à ce dépistage. Enfin, la ville de Rueil-Malmaison se distingue nettement de ces deux ensembles. Située au centre du département, elle enregistre des taux de participation masculins et féminins très importants.

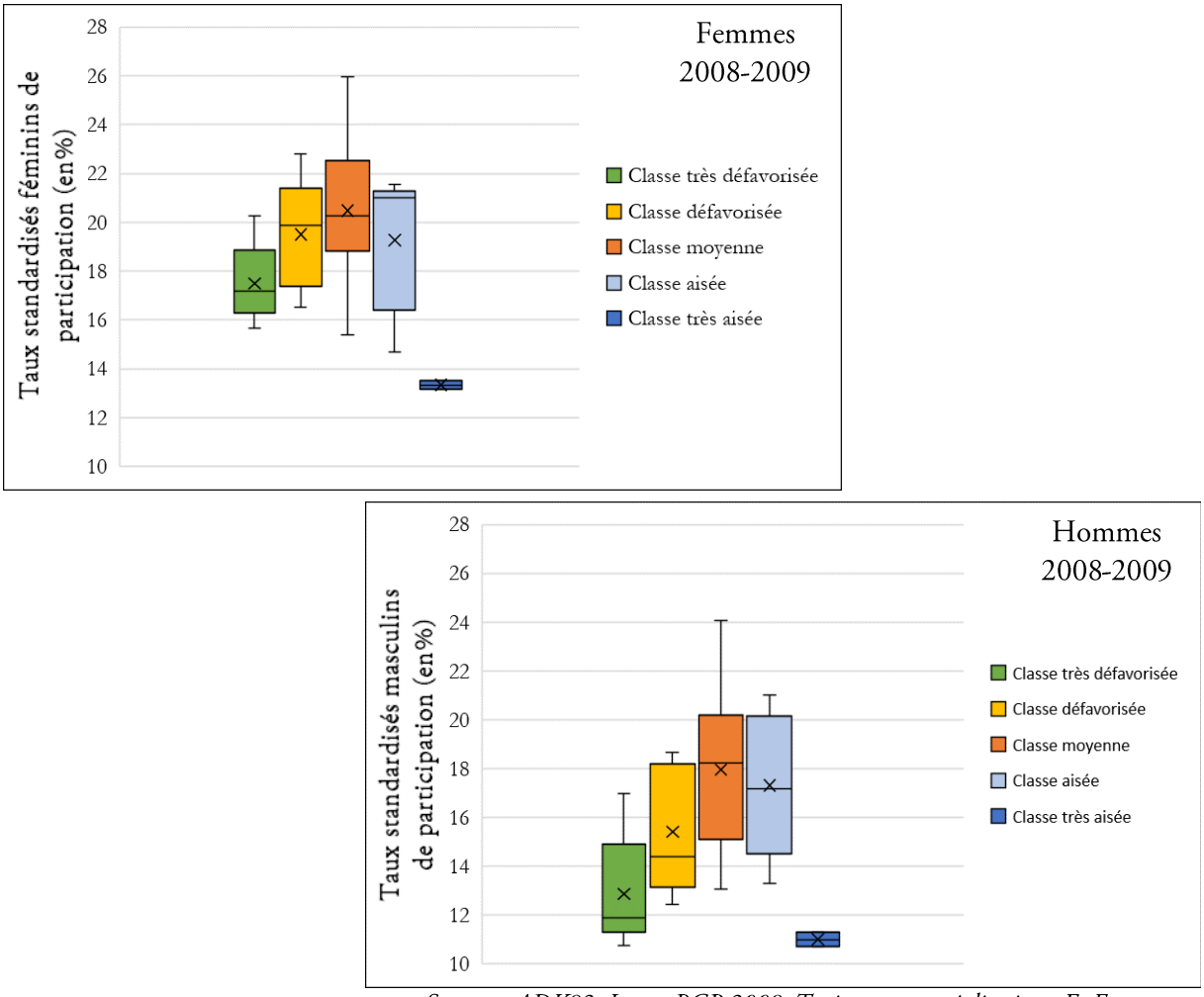
Carte n°22 : Participation des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2008-2009



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Les taux de participation des communes qualifiées de très aisées sont bien plus faibles que ceux enregistrés dans les autres types de communes (graphique n°14). Or, les communes qualifiées de défavorisées, moyennes et favorisées enregistrent des taux de participation relativement similaires (compris entre 19 % et un peu plus de 22 % pour les femmes, et un peu moins de 15 % et 19 % pour les hommes). Il est donc impossible de conclure en l'existence d'un lien systématique entre l'engagement des individus dans le programme et le niveau socio-économique de leur commune de résidence.

<u>Graphique n°14 :</u> Distributions des taux de participation sexo-spécifiques par type de communes, 2008-2009



Sources : ADK92, Insee : RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

1.3.2. Campagne 2010-2011

En 2010-2011, comme lors de la campagne précédente, les variations intercommunales sont légèrement plus importantes entre hommes qu'entre femmes (tableau n°14). Cependant, ces disparités spatiales sont moins importantes qu'en 2008-2009 (écart-type de 3,12 pour les hommes en 2008-2009 et 3,47 pour les femmes ; contre 2,40 pour les hommes et 2,64 pour les femmes en 2012-2013).

Tableaux n°14 : Statistiques descriptives de la participation des hommes et des femmes à l'échelle communale, campagne 2010-2011

Variable d'analyse : Taux standardisés de participation des femmes					
Moyenne	**Ecart-type**	**Minimum**	**Maximum**	**Intervalle**	**N**
22,943	2,399	17,465	26,243	8,777	36

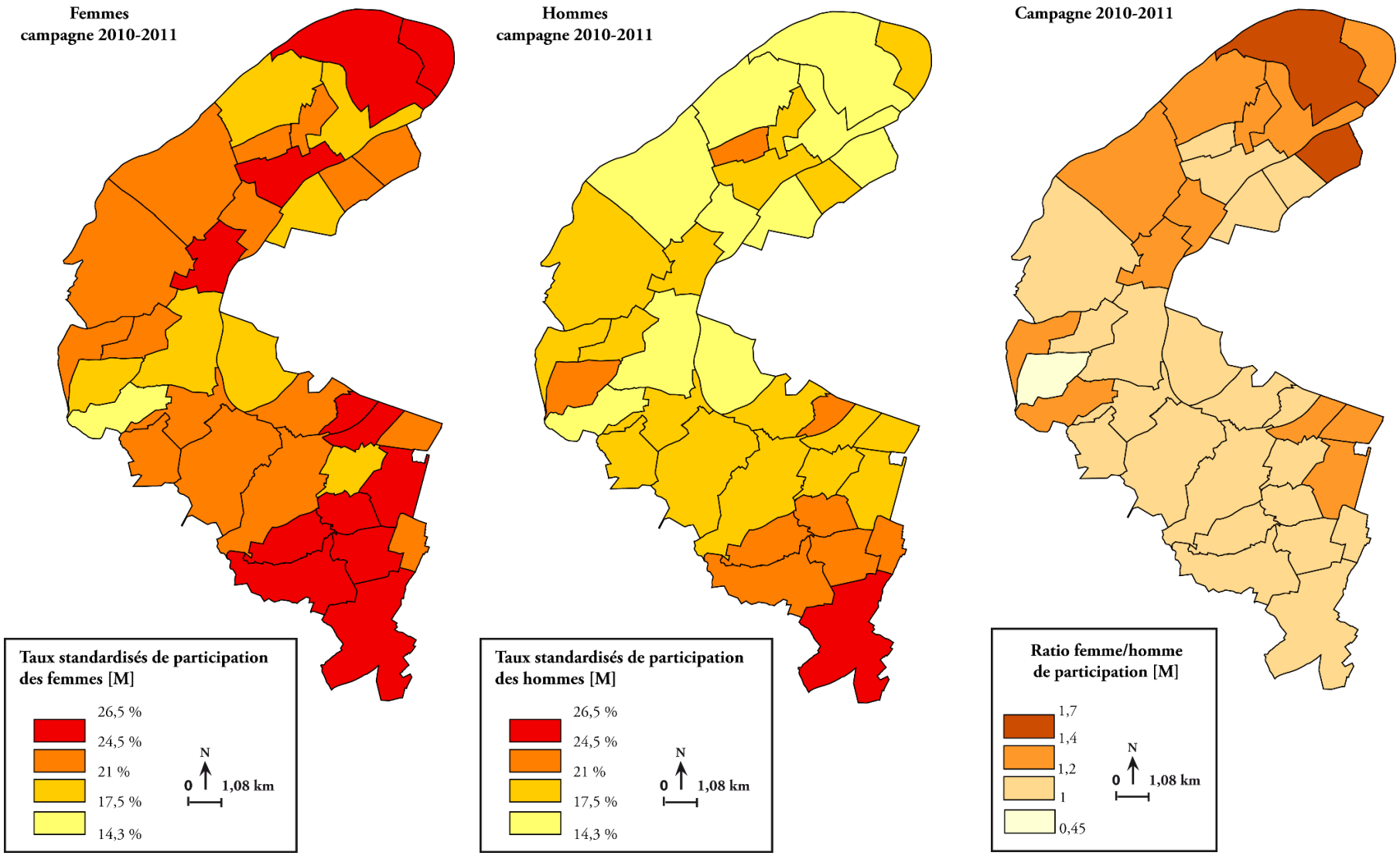
Variable d'analyse : Taux standardisés de participation des hommes					
Moyenne	**Ecart-type**	**Minimum**	**Maximum**	**Intervalle**	**N**
19,343	2,640	14,323	25,000	10,677	36

Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Les cartes de la planche suivante montrent que l'extrême sud du département reste caractérisé par des taux de participation élevés pour les femmes comme pour les hommes (carte n°23). Les communes situées au centre du département enregistrent quant à elles des taux de participation hétérogènes. Enfin, certaines communes du nord du département accusent de taux de participation élevés pour les femmes, mais plus faibles pour les hommes.

L'analyse de la cartographie des écarts entre hommes et femmes montre que, si les écarts entre sexes restent peu importants (aucun sex-ratio n'est égal ou supérieur à 2) comme pour la campagne précédente, l'extrême nord du département se distingue du reste des Hauts-de-Seine. Ces communes sont caractérisées par des disparités entre sexes relativement marquées au regard des autres villes du département. Inversement, les communes du sud du département sont caractérisées par des taux de participation masculins et féminins similaires (ratio femme/homme est très proche de 1). Enfin, les hommes ont davantage participé que les femmes à Marnes-la-Coquette ; or la démographie de cette commune ne permet pas de nous assurer de la puissance statistique de ce résultat (1663 habitants (Insee, RGP 2009) et 432 personnes invitées par l'ADK92 en 2010-2011).

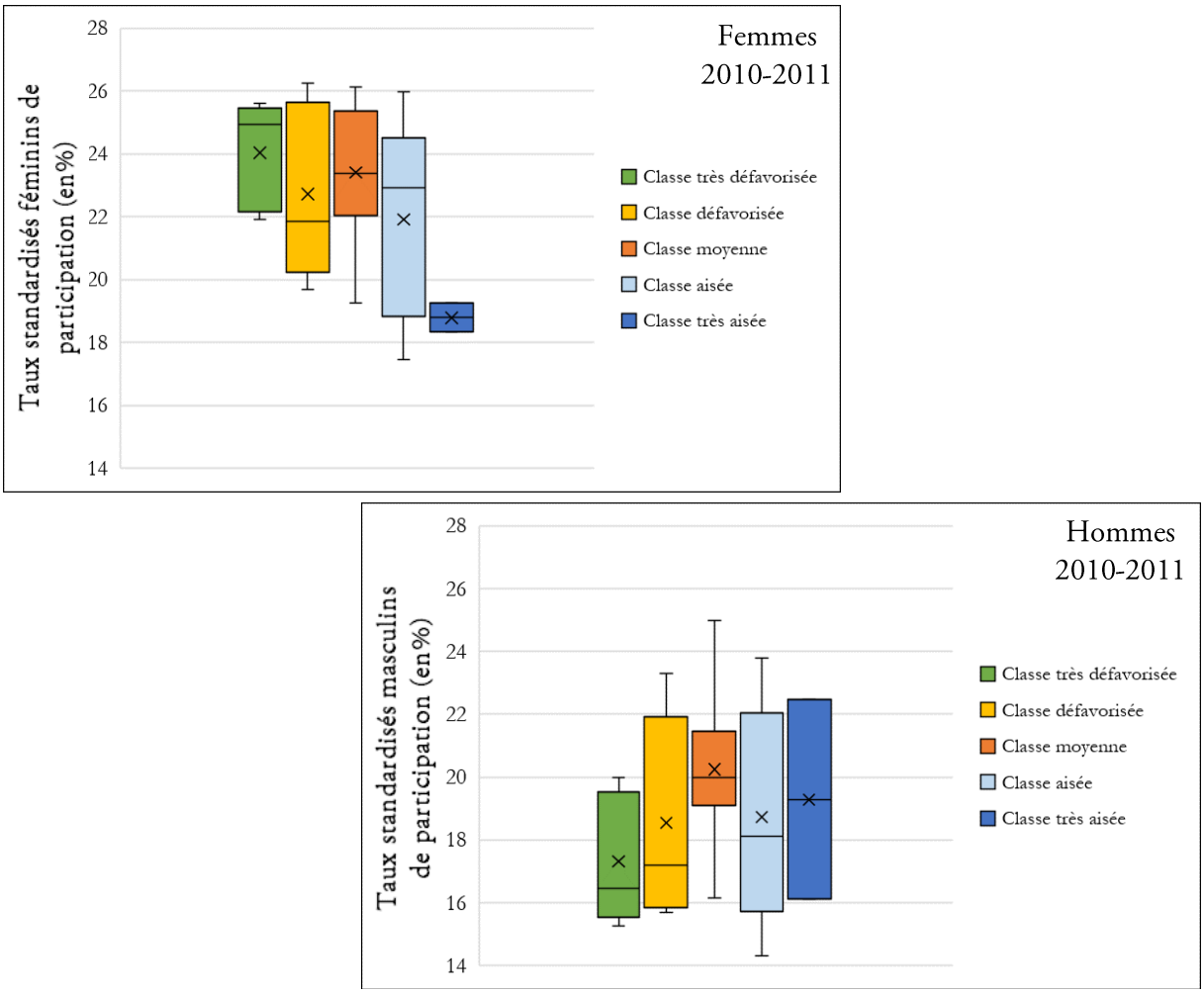
Carte n°23 : Participation des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2010-2011



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Les graphiques suivants permettent d'analyser les taux de participation par sexe au regard de la typologie socio-économique des communes du département (graphique n°15).

<u>Graphique n°15 :</u> Distributions des taux de participation sexo-spécifiques par type de communes, 2010-2011



Sources : ADK92, Insee : RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Pour les hommes comme pour les femmes, les communes caractérisées par des profils socio-économiques différents enregistrent des taux de participation similaires. Seuls les taux de participation des femmes résidant dans les communes qualifiées de « très aisées » sont significativement inférieurs à ceux des autres types de communes (la situation des hommes de ces communes ne se démarque pas de la même façon). L'analyse sexo-spécifique, permet donc de montrer que l'originalité de ce type de commune (très aisée) correspond, en 2010-2011, à une sous-participation des femmes, et non pas à une participation globale peu élevée.

Finalement, les profils socio-économiques des communes ne sont pas corrélés au taux de participation des hommes et de femmes au dépistage du cancer colorectal ; or la spécificité des taux féminins des communes très aisées apparaît.

1.3.3. Campagne 2012-2013

En 2012-2013, les disparités spatiales de participation masculine au dépistage organisé du cancer colorectal sont moins marquées que lors des campagnes précédentes et, fait original, inférieures à celles des femmes (tableaux n°15).

Tableaux n°15 : Statistiques descriptives de la participation des hommes et des femmes à l'échelle communale, campagne 2012-2013

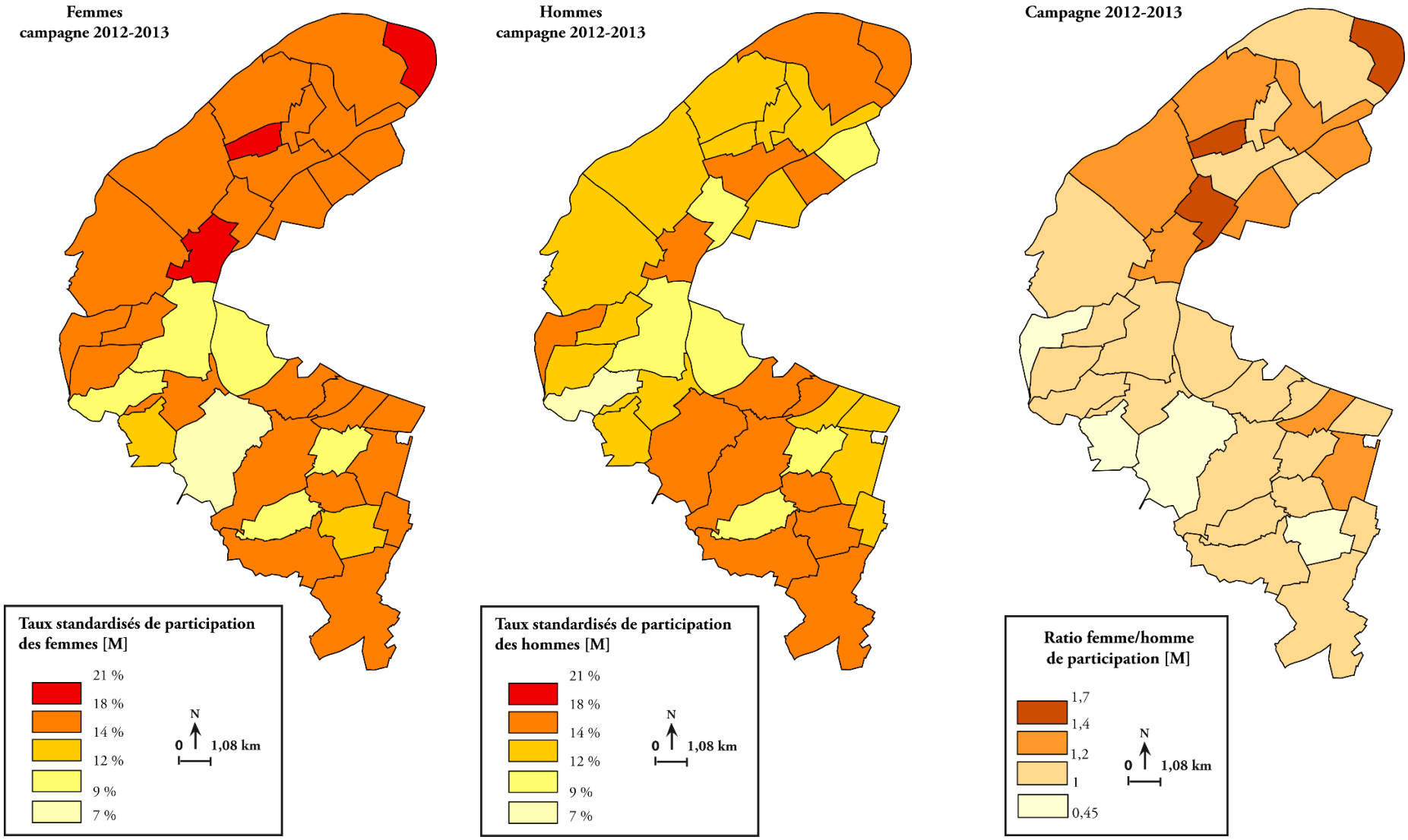
Variable d'analyse : Taux standardisés de participation des femmes					
Moyenne	**Ecart-type**	**Minimum**	**Maximum**	**Intervalle**	**N**
15,140	2,742	20,76	7,23	13,530	36

Variable d'analyse : Taux standardisés de participation des hommes					
Moyenne	**Ecart-type**	**Minimum**	**Maximum**	**Intervalle**	**N**
13,340	1,786	8,50	16,36	7,860	36

Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

En 2012-2013, le sud ne se distingue plus nettement du nord ou du centre du département (carte n°24). De plus, les taux de participation globale (hommes et femmes confondus) relativement élevés dans le nord du département (cf. paragraphe 1.1) s'avèrent avant tout le reflet de la sur-participation féminine. En effet, si les femmes des communes du nord du département enregistrent des taux de participation importants au regard des autres communes, c'est moins le cas des hommes de ces communes. Le nord du département reste ainsi caractérisé par des écarts entre hommes et femmes relativement importants.

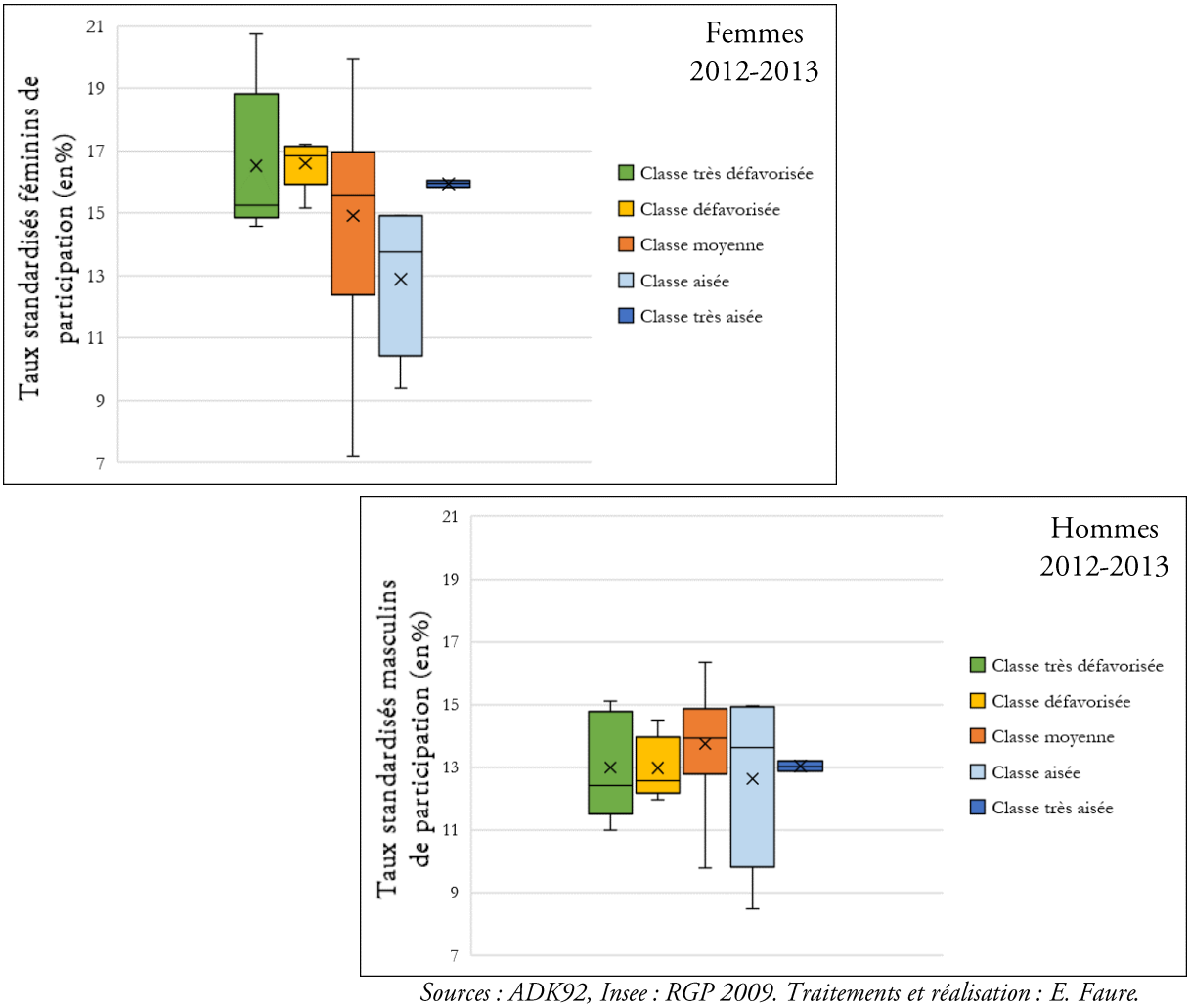
Carte n°24 : Participation des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2012-2013



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Enfin, en 2012-2013 la répartition spatiale des taux de participation des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal n'est pas du tout associée à celle de notre typologie socio-économique des espaces alto-séquanais (graphique n°16). En effet, les médianes et moyennes des taux de participation féminins et masculins des différents types de communes sont très similaires et l'étendue de chaque série (type de commune) très hétérogène (surtout pour les femmes).

Graphique n°16 : Distributions des taux de participation sexo-spécifiques par type de communes, 2012-2013

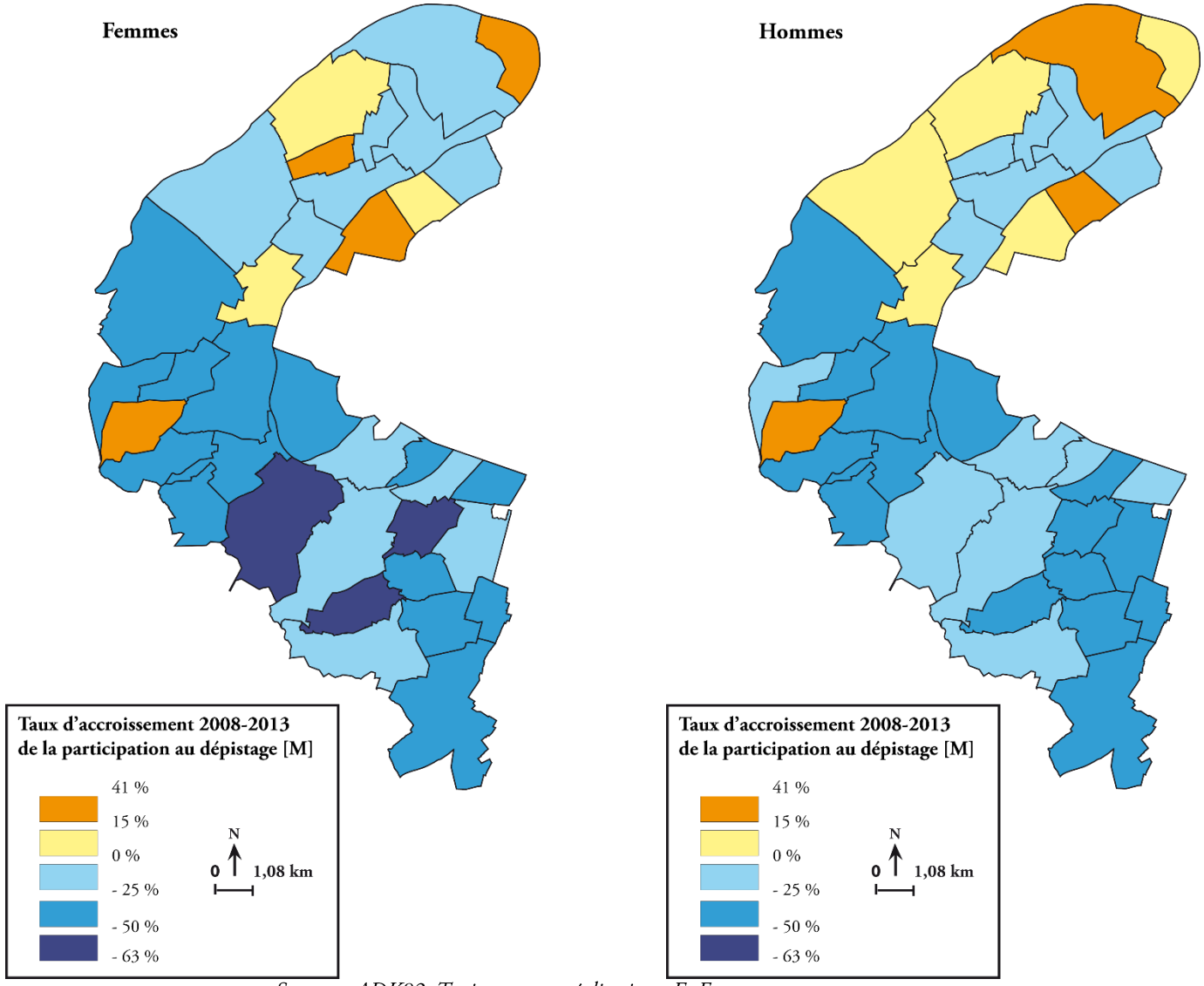


Sources : ADK92, Insee : RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

1.3.4. Analyse spatio-temporelle de la participation des hommes et des femmes

La comparaison des taux de participation de la première et de la dernière campagne étudiée, donc entre 2008-2009 et 2012-2013, montre que la participation a, dans certaines communes, plus fortement diminué pour les femmes que pour les hommes (carte n°25).

Carte n°25 : Taux d'accroissement de la participation féminine et masculine au dépistage du cancer colorectal entre 2008-2013



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

De plus, les taux d'accroissement de la participation féminine et masculine au dépistage du cancer colorectal sont caractérisés par de très importantes disparités spatiales. Alors que le taux de participation des femmes résidant à La Garenne-Colombes augmente de près de 27 % entre la première et la troisième campagne, celui des habitantes de Meudon diminue de plus de 62 %. De la même façon, le taux de participation des hommes de Marnes-la-Coquette augmente de plus de 23 % entre 2008-2009 et 2012-2013, mais celui de Châtillon diminue de plus de 48 % durant la même période.

Dans le sud et le centre du département, à l'exception de Marnes-la-Coquette, les taux de participation, masculins comme féminins, ont fortement diminué. Inversement, les communes de Villeneuve-la-Garenne, Colombes, Bois-Colombes, Neuilly-sur-Seine, Levallois-Perret, Suresnes, situées au nord du département, se caractérisent par une augmentation des taux de participation des hommes et des femmes. Enfin, les communes de Marnes-la-Coquette, Suresnes, Villeneuve-la-Garenne, Colombes, Neuilly-sur-Seine et Levallois-Perret enregistrent une augmentation de la participation des hommes comme des femmes. Or, alors que le taux de participation des femmes de La Garenne-Colombes a augmenté à l'issue de la période étudiée, celui des hommes de cette commune a globalement diminué. Inversement, les villes de Rueil-Malmaison et Gennevilliers sont caractérisées par une augmentation de la participation des hommes, mais pas des femmes. Les communes du nord se distinguent donc une nouvelle fois du sud (et ici du centre) du département (carte n°25).

En conclusion, il apparaît que **la géographie du recours au dépistage du cancer colorectal des hommes n'est pas systématiquement identique à celle des femmes**. Si en 2008-2009, la répartition spatiale de la participation des femmes est relativement similaire à celle des hommes, ce n'est plus le cas lors des deux campagnes suivantes. Les facteurs locaux de la participation des hommes et de femmes se distinguent donc certainement. Nos résultats montrent également que **les écarts entre hommes et femmes varient en fonction des communes et évoluent quelque peu au cours du temps**. Cependant, certaines tendances semblent ancrées dans des contextes locaux spécifiques. Par exemple, les écarts entre hommes et femmes restent importants à Villeneuve-la-Garenne, à Nanterre ou à Gennevilliers. Inversement, les villes d'Antony ou de Sceaux enregistrent, pour l'ensemble de la période, peu d'écarts de participation entre les hommes et les femmes. **L'extrême nord se distingue ainsi de l'extrême sud du département**. Enfin, nous avons montré que **les cartographies masculines et féminines du recours au dépistage organisé du cancer colorectal ne sont pas le reflet de la répartition spatiale de la typologie socio-économique des communes du département.**

1.4. Profils de participation : un département ségrégé ?

La description des représentations cartographiques de la participation des hommes et des femmes a permis de mettre en évidence certains contrastes spatiaux (différenciation de participation entre le nord et le sud lors des deux premières campagnes, importance des écarts entre hommes et femmes dans l'extrême nord du département, cas particulier de la ville de Rueil-Malmaison, etc.), mais aussi l'hétérogénéité et la variabilité des taux de participation des hommes et des femmes. Nous avons donc complété cette analyse de la participation par l'étude de profils de participation.

1.4.1. Profils de participation féminine et masculine : géographie(s) alto-séquanaise(s)

La construction de profils de participation permet, grâce à une classification ascendante hiérarchique (CAH), de résumer la répartition spatiale des combinaisons entre les taux de participation des hommes et des femmes au dépistage du cancer colorectal et les ratios femme/homme des trois campagnes. Nous cherchons ainsi à identifier d'éventuels ensembles de communes partageant des profils similaires sur le plan de la participation masculine et féminine sur l'ensemble de la période. Il s'agit non plus de détailler les spécificités de chaque campagne, mais d'identifier de grandes tendances spatiales.

La typologie retenue comprend cinq classes (ou profils), c'est-à-dire cinq ensembles de communes cohérentes au regard des indicateurs retenus.

La classe 1 regroupe les communes dans lesquelles les taux de participation des hommes et des femmes sont supérieurs aux moyennes départementales. Les pratiques de prévention des hommes et des femmes de ces communes sont également similaires, mais les taux masculins sont légèrement supérieurs aux moyennes départementales (ratios femme/homme inférieurs aux valeurs moyennes du département). Ce profil correspond aux communes de Rueil-Malmaison, Antony, Châtenay-Malabry, Sceaux, Fontenay-aux-Roses et Vanves. Sauf Rueil-Malmaison, ce sont des villes situées au sud du département.

La classe 2 comprend des villes dans lesquelles les taux de participation des hommes et des femmes sont légèrement supérieurs aux moyennes, et dont le ratio femme/homme est égal à 1. Dans ces communes, les taux de participation des hommes et des femmes sont donc similaires. Des villes du nord, du sud et du centre du département sont comprises dans cette classe.

La classe 3 correspond à des communes dans lesquelles les taux de participation masculins, mais surtout féminins sont inférieurs aux moyennes départementales. Les ratios femme/homme de ces communes sont inférieurs aux moyennes du département. Il s'agit donc de communes où les écarts entre hommes

et femmes sont relativement importants. Trois villes au sud (Meudon, Chaville et Châtillon) et trois villes au nord (Asnières, Bois-Colombes et Levallois-Perret) sont comprises dans cette classe.

La classe 4 comprend les villes dans lesquelles les taux de participation des hommes et des femmes sont largement inférieurs aux moyennes départementales, et dont les ratios femme/homme sont proches des moyennes départementales. Il s'agit des communes de Boulogne-Billancourt, Neuilly-sur-Seine, Ville-d'Avray, Saint-Cloud et Marnes-la-Coquette.

Enfin, la classe 5 regroupe des villes dans lesquelles les taux de participation féminins, mais surtout masculins sont inférieurs aux moyennes départementales. Dans ces communes, les ratios femme/homme de participation sont supérieurs aux ratios moyens du département. Les faibles taux de participation de ces villes sont principalement dus à la très faible implication des hommes dans le programme. Cette classe comprend les communes de Gennevilliers, Clichy-la-Garenne, Nanterre, Colombes et Suresnes.

Les communes de Gennevilliers et de Boulogne-Billancourt appartiennent à des profils différents. Si ces deux communes sont caractérisées par des taux de participations masculins et féminins inférieurs aux moyennes départementales, la ville de Gennevilliers se distingue par un écart très important entre hommes et femmes.

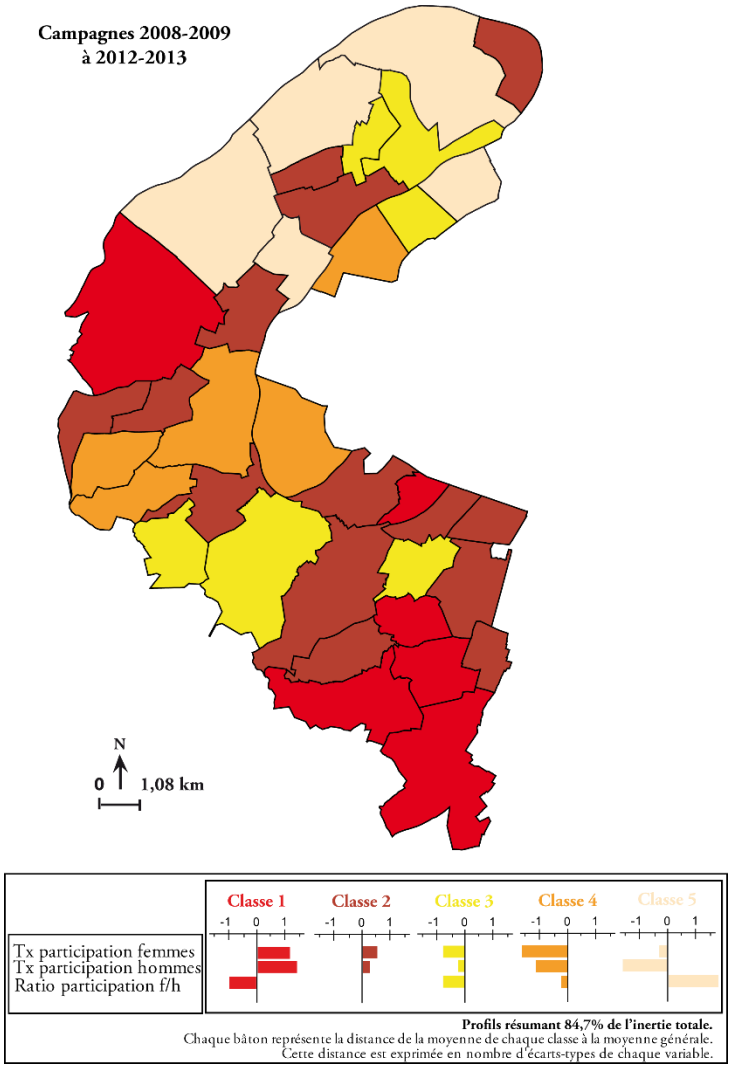
La représentation cartographique de cette typologie met en valeur trois ensembles de communes : l'extrême nord, le centre et l'extrême sud du département (carte n°26).

Les communes situées à l'extrême nord du département appartiennent majoritairement à la classe 5, et dans une moindre mesure, aux classes 3 et 2. Elles sont donc caractérisées par des taux de participations féminins et masculins inférieurs, voire très inférieurs, aux moyennes départementales, mais également par d'importants écarts entre hommes et femmes. Les communes de la classe 3 se caractérisent par des ratios inférieurs aux moyennes départementales, et donc une sous-participation avant tout féminine, alors que les communes de la classe 5, se caractérisent par une sous-participation essentiellement masculine. Déjà identifiée, la particularité des communes situées au nord du département est ici confirmée : les écarts entre hommes et femmes y sont plus importants que dans le reste du département. Inversement, les villes situées dans l'extrême sud du département appartiennent majoritairement aux classes 1 et 2. Elles sont donc caractérisées par des taux participation masculine et féminine supérieurs aux données départementales, mais aussi par l'absence de différence significative entre hommes et femmes. La sur-participation (masculine comme féminine) des communes de l'extrême sud du

département précédemment identifiée apparaît ici nettement. Enfin, un petit groupe de communes du centre du département se distinguent : Ville-d'Avray, Saint-Cloud, Marnes-la-Coquette et Boulogne-Billancourt. Dans ces communes appartenant à la classe 4, les hommes et les femmes participent moins que les moyennes départementales, mais ce sont surtout les femmes qui accusent des taux particulièrement bas.

Ces trois sous-espaces départementaux ne résument pourtant pas l'ensemble des situations. Par exemple, la ville de Neuilly-sur-Seine appartient à la classe 4, mais est située dans la partie nord du département. Inversement, la commune de Rueil-Malmaison appartient au même profil que les villes d'Antony, de Sceaux ou de Châtenay-Malabry _ situées à l'extrême sud du département _ et non pas à celui des communes limitrophes (Nanterre ou Suresnes par exemple).

<u>Carte n°26 :</u> Répartition spatiale des profils de participation des Alto-séquanais et Alto-séquanaises



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Cette typologie permet donc d'identifier **trois sous-ensembles départementaux**, de confirmer la **particularité de l'extrême nord** comme de **l'extrême sud du département, en termes d'écarts entre hommes et femmes.** Or, de nombreuses exceptions démontrent la spécificité de certains espaces.

1.4.2. Des profils de participation socio-économiquement marqués ?

Nous proposons dans ce dernier paragraphe d'analyser la typologie du recours des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal au regard d'indicateurs socio-économiques dans le but de mieux comprendre les diverses configurations locales de santé.

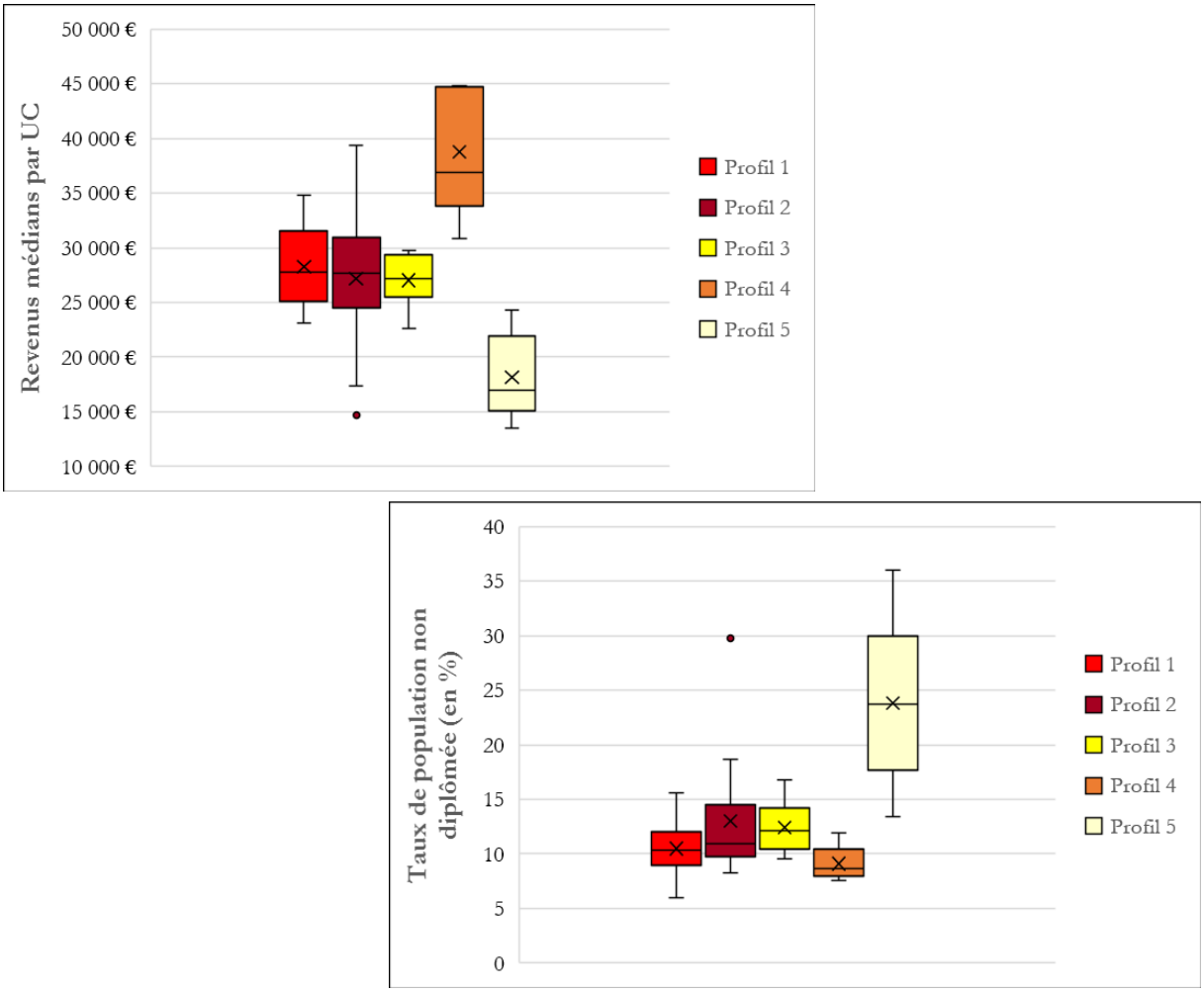
Les graphiques suivants représentent la répartition des différents profils de participation sont établis en fonction des revenus médians d'une part, et des taux de personnes non diplômées d'autre part[8] (graphique n°17).

Le profil de participation numéro 5 (défini par des taux de participation féminins, mais surtout masculins, très inférieurs aux moyennes départementales, ainsi que par des ratios femme/homme de participation largement supérieurs aux valeurs moyennes du département) se démarque nettement des autres groupes de communes. En effet, ce profil de participation comprend des communes caractérisées par des revenus médians proportionnément beaucoup plus faibles et une part de population non diplômée plus importante que le reste du département. Il apparaît également que le profil de participation numéro 4 (caractérisé par des taux de participation masculins et féminins largement inférieurs aux moyennes et des ratios femme/homme proches des moyennes) regroupe des communes aux revenus médians par UC élevés et une part de personnes non diplômées un peu moins importante que les autres profils. Enfin, les revenus médians et la part de population non diplômée des communes appartenant aux profils 1, 2 et 3 sont hétérogènes et statistiquement peu distincts.

Les **communes les plus défavorisées seraient ainsi caractérisées par des écarts entre hommes et femmes nettement supérieurs** aux autres territoires alto-séquanais, inversement **les espaces dans lesquels les populations appartiennent majoritairement aux classes les plus favorisées sont marquées par la faiblesse de l'écart entre sexes** en termes de recours au dépistage organisé du cancer colorectal.

[8] Ces indicateurs (issus de notre typologie socio-économique) ont été sélectionnés parmi les facteurs, qui dans la littérature, sont couramment associés à la participation au dépistage du cancer colorectal (cf. chapitre 1).

<u>Graphique n°17 :</u> Profils de participation en fonction des revenus médians par unité de consommation (UC) et des parts de population sans diplôme



Sources : ADK92, Insee : RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

De l'analyse de la participation (globale, féminine et masculine) au dépistage organisé du cancer colorectal apparaît une **géographie alto-séquanaise hétérogène, évolutive** et de façon générale **non représentative des disparités spatiales des situations socio-économiques.** Les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal semblent davantage liés à l'appartenance à la commune qu'à son insertion dans un ensemble plus vaste. Cependant, l'**extrême nord et l'extrême sud du département se distinguent** et s'opposent quelque peu. Les écarts entre sexes sont peu marqués au sud, mais le sont davantage dans un grand nombre de communes populaires situées au nord du département. **Les taux de participation globaux, féminins comme masculins, sont ancrés dans des contextes locaux originaux qui ne se limitent pas à la répartition spatiale des niveaux de vie des individus.**

2. La participation au dépistage du cancer colorectal, révélatrice de dynamiques infra-communales ?

La seconde partie de ce chapitre présente l'analyse des taux de participation gennevillois et boulonnais au dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle infra-communale. Il s'agit de répondre à la question suivante : peut-on, à cette échelle, identifier des logiques spatiales de recours au dépistage du cancer colorectal, des continuités ou au contraire des fractures révélatrices de spécificités locales ?

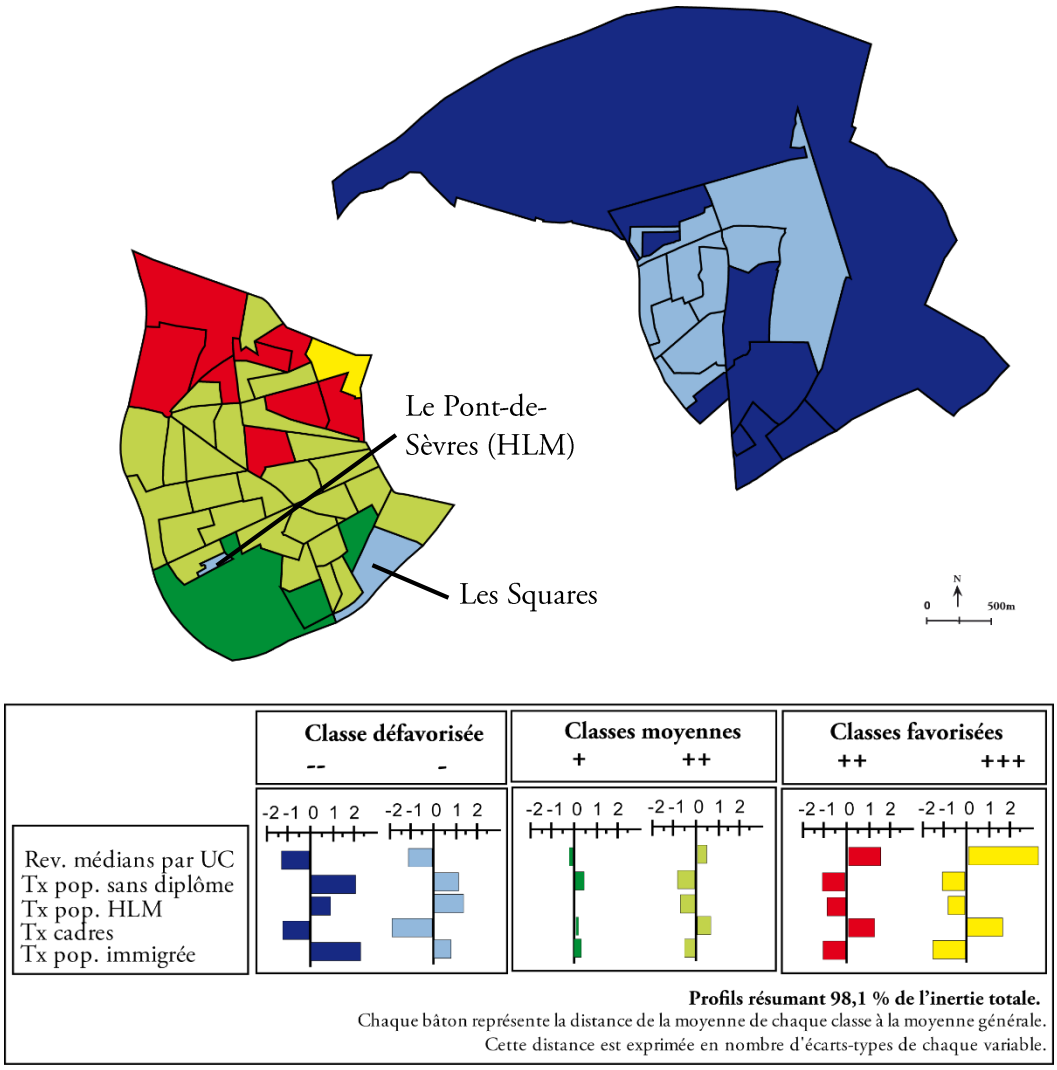
Comme pour les données d'échelle communale, nous portons une attention particulière à l'analyse des éventuelles différences, ou similarités, entre hommes et femmes. Enfin, rappelons que pour des raisons de puissance statistique, l'approche infra-communale de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal ne concerne pas la première campagne (cf. chapitre 2). Nous présentons donc les résultats des campagnes 2010-2011 et 2012-2013.

2.1. Participation au dépistage du cancer colorectal dans les quartiers populaires à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers

Les Iris boulonnais et gennevillois sont analysés au regard d'une même typologie socio-économique en six classes (carte n°27).

Le quartier boulonnais des Squares et la partie HLM de celui du Pont-de-Sèvres s'avèrent comparable à la majorité des Iris gennevillois. En effet, l'Iris du quartier des Squares (Pierre Grenier 2) et celui de la partie HLM du Pont-de-Sèvres (Renault 4) appartiennent à la classe des Iris « défavorisés », comme dix Iris gennevillois (Luth 2 et 4, Fosse de l'Aumône 1, 2, 3 et 4, Village-Chandon 3 et 4, Agnettes 1 et 3).

<u>Carte n°27 :</u> Typologie socio-économique des Iris boulonnais et gennevillois



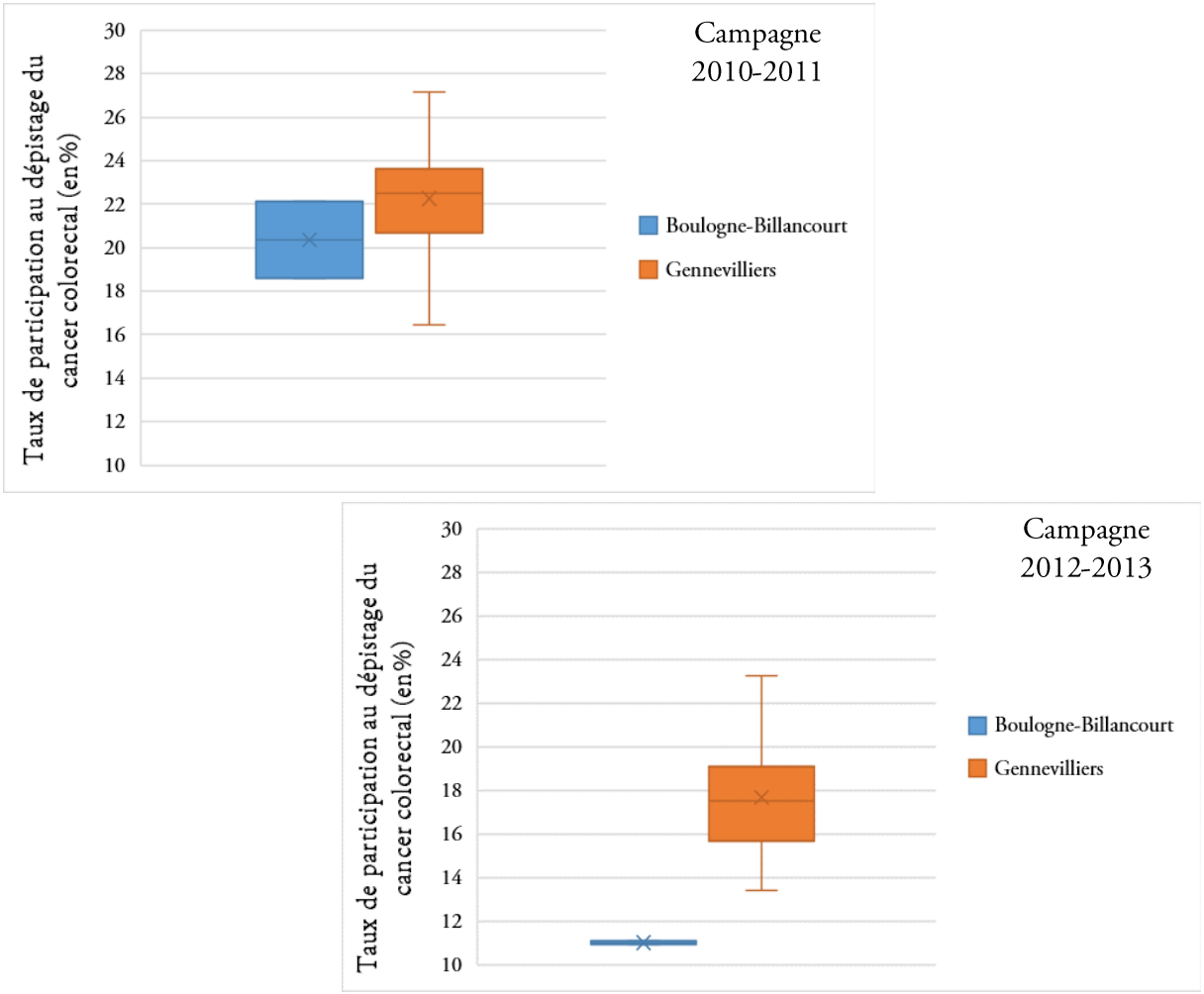
Sources : Insee, RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Nous avons comparé les taux de participation des Iris boulonnais et gennevillois caractérisés par des indicateurs socio-économiques défavorisés (graphique n°18).

Lors de la campagne 2010-2011, les Iris gennevillois et boulonnais qualifiés de « défavorisés » enregistrent des taux de participation similaires. Cependant, les Iris gennevillois de cette classe, beaucoup plus nombreux, enregistrent aussi des taux très hétérogènes.

En 2012-2013, les Iris gennevillois sont toujours caractérisés par des taux de participation relativement hétérogènes, mais ils se distinguent nettement des taux enregistrés dans les Iris boulonnais appartenant à la même classe socio-économique. Finalement, si les **Iris boulonnais se distinguent des gennevillois en 2012-2013, cela n'est pas le cas en 2010-2011.**

<u>Graphique n°18 :</u> Distributions des taux de participation des Iris défavorisés gennevillois et boulonnais



Sources : ADK92, Insee, RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Comparer les taux de participation des Boulonnais et Gennevillois résidant dans des quartiers comparables d'un point de vue socio-économique permet donc de tester le rôle du contexte communal sur les pratiques sanitaires des individus.

Toutefois, l'hétérogénéité des situations socio-économiques boulonnaises et l'importance des écarts entre les conditions de vie des habitants de ces deux communes rendent la comparaison de leurs Iris au sein d'une même typologie délicate. En effet, seuls deux Iris boulonnais partagent une même classe avec des Iris gennevillois. Les autres Iris gennevillois appartiennent à une même classe socio-économique. Une typologie comprenant dix ou douze classes permettrait de rendre davantage compte des contrastes internes à la ville de Gennevilliers. Or, un trop grand nombre de classes complique la lisibilité de la typologie. De plus, de tels scénarios n'accroissent pas le nombre d'Iris boulonnais et gennevillois comparables (c'est-à-dire appartenant à la même classe).

Il apparaît donc difficile d'évaluer ou de poser de nouvelles hypothèses quant à l'influence du contexte communal sur la participation des individus résidant dans des Iris comparables d'un point de vue socio-économique. L'étude des éventuelles correspondances entre les taux de participation boulonnais et gennevillois avec la répartition spatiale d'indicateurs socio-économiques à l'échelle des Iris, est donc, dans la suite de ce thèse, évaluée à l'aide d'une typologie spécifique à chacune des villes.

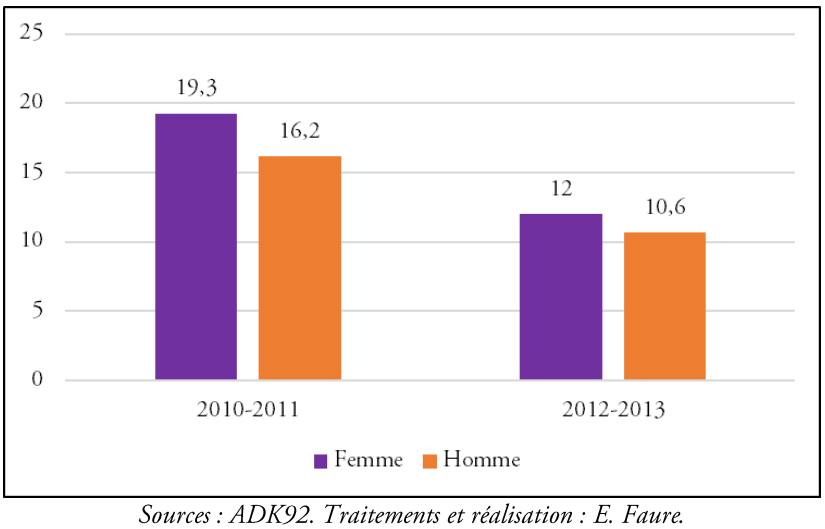
2.2. Participation et ségrégation spatiale à Boulogne-Billancourt

La commune de Boulogne-Billancourt est marquée par une fragmentation historique, socio-économique, urbanistique et symbolique de son espace urbain (cf. chapitre 3). La partie nord de la ville, bourgeoise et résidentielle, se distingue de la partie sud héritière d'un passé ouvrier et industriel. Nous posons l'hypothèse que les comportements préventifs des Boulonnais et des Boulonnaises sont, en partie, le reflet de cette organisation socio-territoriale originale.

2.2.1. Participation des Boulonnais et des Boulonnaises : données de cadrage

À Boulogne-Billancourt, le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal est de 17,8 % en 2010-2011 contre 11,4 % en 2012-2013. Comme dans l'ensemble des Hauts-de-Seine, les femmes participent davantage que les hommes (graphique n°19).

Graphique n°19 : Taux de participation boulonnais sexo-spécifiques



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

En 2010-2011, le taux de participation au programme est de 19,3 % pour les femmes et de 16,2 % pour les hommes. Les femmes sont 1,2 fois plus nombreuses à participer que les hommes. En 2012-2013, 12 % des femmes et 10,6 % des hommes ont réalisé le test Hémoccult. L'écart entre hommes et femmes est donc moins important, mais les femmes restent davantage engagées dans ce programme de santé publique que leurs homologues masculins (ratio de 1,1). Enfin, les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal, ainsi que les écarts entre hommes et femmes, varient en fonction de la tranche d'âge des individus (graphiques en annexe n°5).

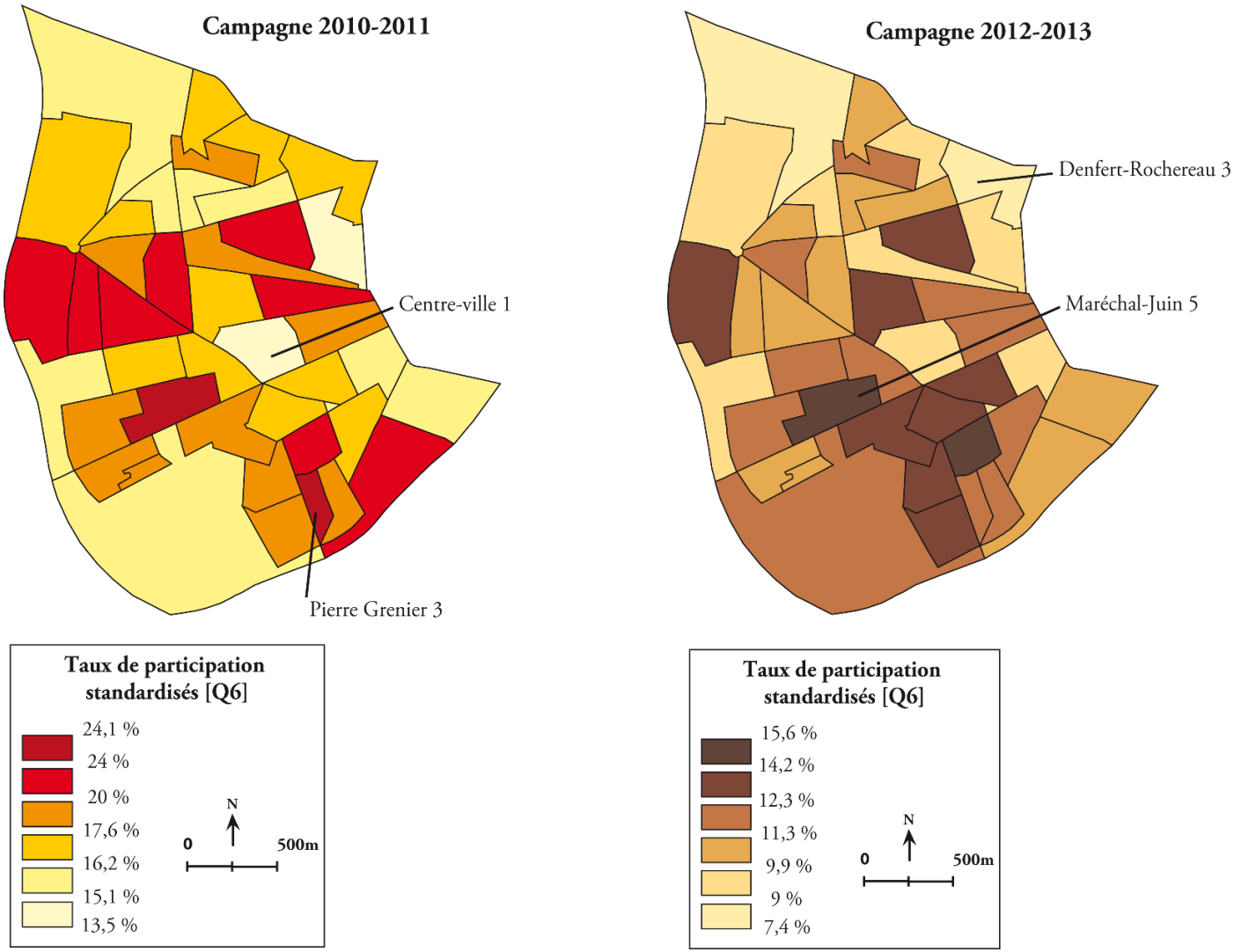
2.2.2. Spatialisation des taux de participation boulonnais

Lors de la campagne 2010-2011, les taux de participation sont compris entre 13,5 % (Iris Centre-ville 1) et 24,1 % (Iris Pierre Grenier 3). Les individus résidant dans l'Iris Pierre Grenier 3 participent donc 1,8 fois plus que les personnes résidant dans l'Iris Centre-Ville 1. En 2012-2013, les taux de participation sont compris entre 7,4 % (Denfert Rochereau 3) et 15,6 % (Maréchal Juin 5). Les individus résidants dans l'Iris Maréchal Juin 5 participent un peu plus de 2 fois plus que ceux résidant dans l'Iris Denfert Rochereau 3. Les disparités spatiales de participation sont légèrement plus importantes en 2012-2013 qu'en 2010-2011 (coefficient de variation de 0,13 lors de la première campagne contre 0,15 lors de la seconde).

En 2010-2011, la géographie du recours au dépistage organisé du cancer colorectal est relativement hétérogène (carte n°28). Aucun groupe d'Iris contigus ne se distingue nettement. Les Iris caractérisés par des taux de participation très faibles (moins de 17 %) sont situés autant au nord qu'au sud, ou bien à l'est ou à l'ouest de la commune. Si deux des trois Iris enregistrant les taux de participation les plus élevés de la commune sont situés au sud de la ville, aucune structure spatiale claire ne peut être identifiée.

La répartition spatiale des taux de participation de la seconde campagne (2012-2013) montre quant à elle un certain gradient géographique (carte n°28). En effet, les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont plus élevés dans un large quart sud-ouest de la ville que dans le reste de la commune. Inversement, les Iris situés au nord de la ville enregistrent majoritairement des taux de participation plus faibles que le reste de la commune (pour beaucoup inférieur à 10 %).

Carte n°28 : Participation au dépistage organisé du cancer colorectal, échelle infra-communale Boulogne-Billancourt



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

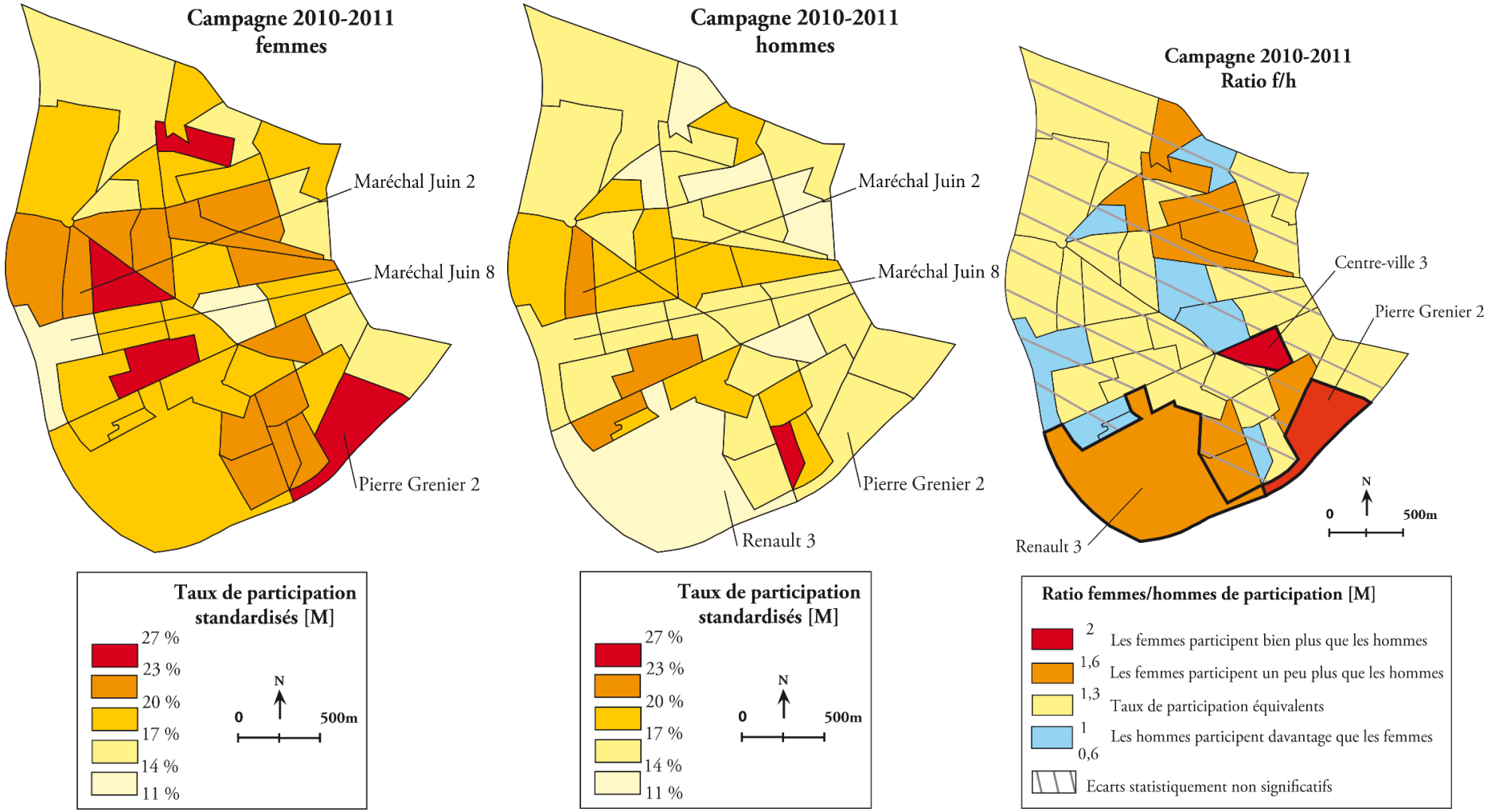
Encadré n°8 : des pratiques sanitaires nord-boulonnaises ?

Bien que nos terrains concernent des quartiers qualifiés de populaires situés au sud de Boulogne-Billancourt, nous avons mené des observations, rencontré quelques habitants et surtout réalisé des entretiens de médecins généralistes exerçant dans la partie nord de la commune. Bien que peu nombreux (deux professionnels, soit 5,7% du panel), les médecins encourageant la coloscopie de dépistage ou bien le recours au laboratoire pour la recherche de sang dans les selles sont implantés dans les quartiers nord de Boulogne-Billancourt. Un médecin généraliste homme exerçant en secteur 2, déclare, à propos de la coloscopie qu'il préfère au test Hémoccult « *je propose, et j'insiste systématiquement pour qu'ils* [ses patients] *fassent directement la colo* […] *bon cela n'est pas inoffensif, mais il n'y a pas de faux positif au moins. Je n'ai jamais entendu qu'un gastro s'était trompé en interprétant une colo, alors qu'avec ce test…* ». Un second médecin, exerçant également en secteur 2 dans le nord de la commune, estime que le test Hémoccult est « *fiable* » et « *préférable* », mais il déclare que certains patients réclament de passer outre le test Hémoccult, et lui demandent de leur prescrire directement une coloscopie ; or « *dans ce cas-là je le fais, je ne sais pas si le gastro le fait à chaque fois ça, une colo pour le dépistage, mais cela n'est plus mon affaire, et puis je ne sais pas non plus si c'est remboursé d'ailleurs* ». Nous posons l'hypothèse que les faibles taux de participation des individus résidant dans les quartiers nord, appartenant aux classes sociales aisées, sont, en partie, le reflet de pratiques préventives plus variées (test Hémoccult, tests réalisés en laboratoire, voire coloscopies).

Nous l'avons montré, dans les Hauts-de-Seine les taux de participation masculins et féminins ainsi que les ratios femme/homme varient en fonction des communes. Nous pouvons donc supposer qu'une analyse à des échelles plus fines met également en valeur des disparités spatiales de recours entre hommes et femmes.

En 2010-2011, les taux de participation des Boulonnaises sont compris entre 13,9 % (Maréchal Juin 8) et 26,4 % (Pierre Grenier 2). Les femmes du quartier des Squares (Pierre-Grenier 2) ont participé près de 2 fois plus que celle de l'Iris Maréchal Juin 8. Lors de cette campagne, les taux de participation des hommes sont quant à eux compris entre 12,4 % (Renault 3) et 26,2 % (Pierre Grenier 3). Les disparités spatiales sont donc légèrement plus marquées entre hommes (coefficient de variation : 0,17) qu'entre femmes (coefficient de variation : 0,15).

Carte n°29 : Participation des Boulonnais et des Boulonnaises au dépistage organisé du cancer colorectal, 2010-2011



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Comme pour les taux globaux, aucune structure spatiale ne caractérise le recours masculin comme le recours féminin au programme de dépistage organisé du cancer colorectal (carte n°29).

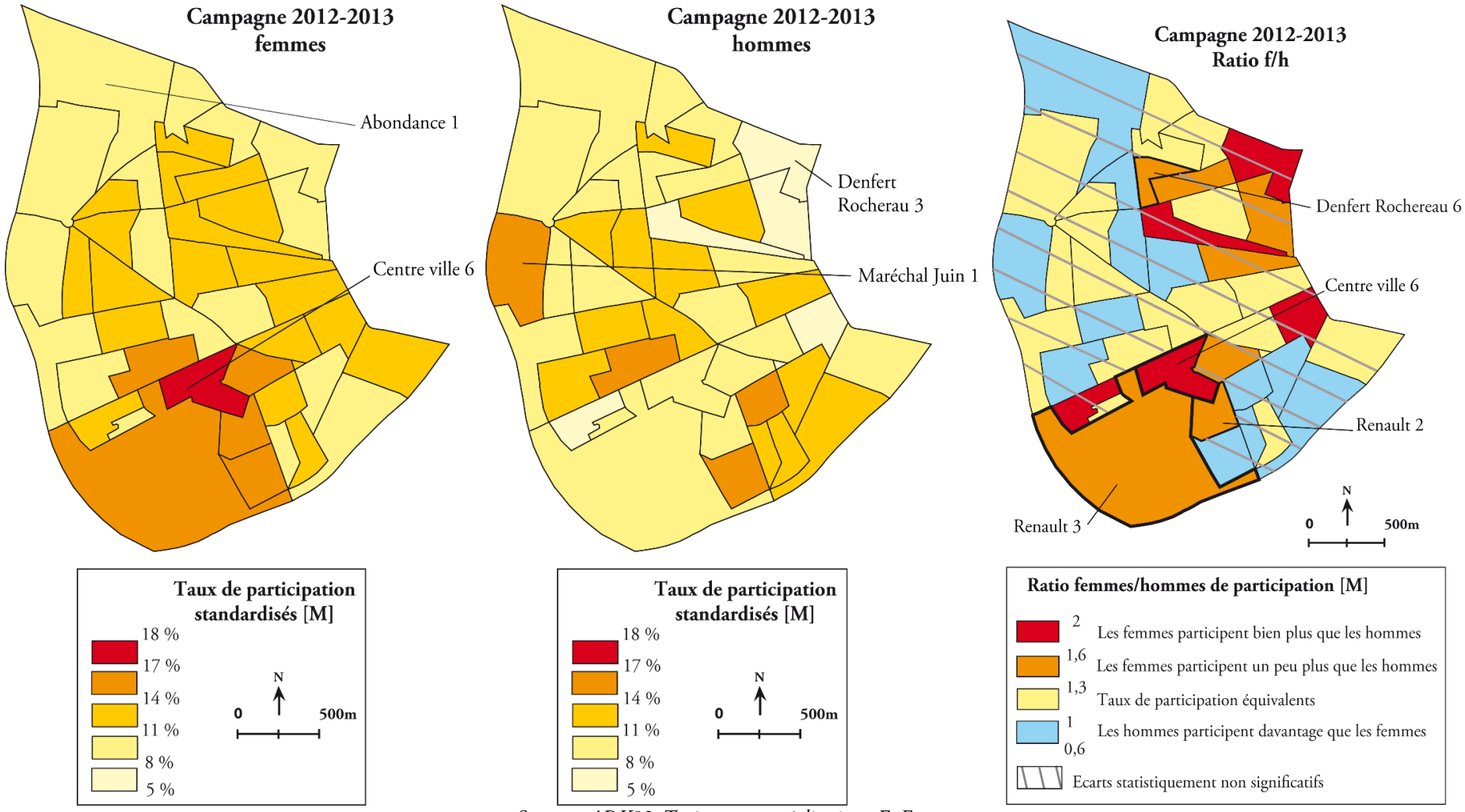
Certains Iris sont caractérisés par des taux de participation masculins et féminins élevés (Iris Maréchal Juin 2 par exemple), d'autres accusent des taux faibles pour les deux sexes (comme l'Iris Maréchal Juin 8) enfin certains enregistrent des taux élevés pour les femmes, mais très faibles pour les hommes (Iris Pierre-Grenier 2 c'est-à-dire le quartier des Squares par exemple). Les hommes et les femmes résidant dans un même Iris n'adoptent donc pas systématiquement les mêmes comportements face à ce programme de dépistage. Cependant, seuls les taux de participation des femmes résidant dans les Iris Centre-ville 3, Pierre Grenier 2 (quartier des Squares) et Renault 3 sont significativement plus élevés que ceux leurs homologues masculins (Iris non hachurés sur la carte n°29).

En 2012-2013, les taux de participation des femmes sont compris entre 8,1 % (Abondance 1) et 17,4 % (Centre-ville 6). Les femmes de l'Iris Centre-ville 6 participent plus de 2 fois plus que celle de l'Iris Abondance 1. Les taux de participation des hommes sont quant à eux compris entre 15,7 % (Maréchal Juin 1) et 5,1 % (Denfert-Rochereau 3). Comme pour la campagne précédente, les disparités spatiales de participation sont donc plus marquées entre hommes (coefficient de variation : 0,23) qu'entre femmes (intervalle : 0,19).

La répartition spatiale des taux de participation par sexe montre que la relative sur-participation caractérisant les Iris du sud de la commune est principalement imputable aux femmes. Inversement, ce sont principalement les hommes qui, dans les Iris du nord de la commune, participent très peu au programme de dépistage (carte n°30).

Comme pour la campagne précédente, alors que certains Iris sont caractérisés par des taux de participation masculins et féminins élevés (Maréchal Juin 5), d'autres accusent des taux faibles pour les deux sexes (Renault 4 c'est-à-dire la partie HLM du Pont-de-Sèvres). Enfin, des espaces enregistrent des taux élevés pour les femmes, mais très faibles pour les hommes (Route de la Reine 2 ou Renault 5 c'est-à-dire la partie résidence du quartier du Pont-de-Sèvres par exemple). Cependant, seuls les écarts entre hommes et femmes des Iris Centre-ville 6, Denfert Rochereau 6, Renault 2 et 3 sont statistiquement significatifs. Les femmes de ces quatre Iris (dont trois sont situés au sud de la ville et un au nord) participent donc significativement plus que les hommes.

Carte n°30 : Participation des Boulonnais et des Boulonnaises au dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle des Iris, 2012-2013

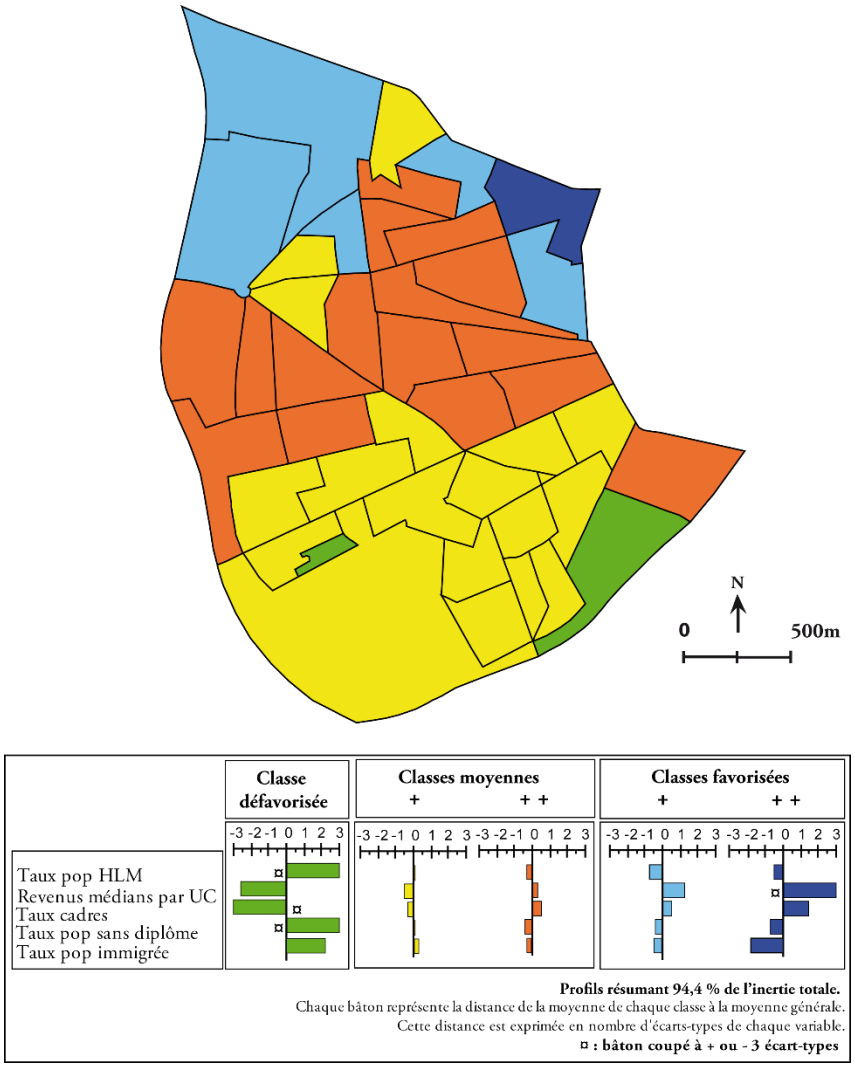


Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

2.2.3. Des facteurs socio-économiques du recours au dépistage du cancer colorectal ?

Nous avons comparé la distribution spatiale du recours au dépistage des Iris de la ville de Boulogne-Billancourt avec celle d'un indicateur socio-économique et démographique synthétique. Comme pour l'analyse menée à l'échelle départementale, cette typologie socio-économique, résultat d'une CAH, comprend le revenu médian par unité de consommation, la part de logement HLM et le taux de cadres. Elle inclut également des indicateurs souvent associés à la participation au dépistage du cancer colorectal (la part des personnes non diplômées et celle des personnes immigrées). Les communes des Hauts-de-Seine sont ainsi réparties en cinq classes (ou profils) : une classe qualifiée de défavorisée, deux profils appartenant à la classe moyenne, et deux classes qualifiées de favorisées (carte n°31).

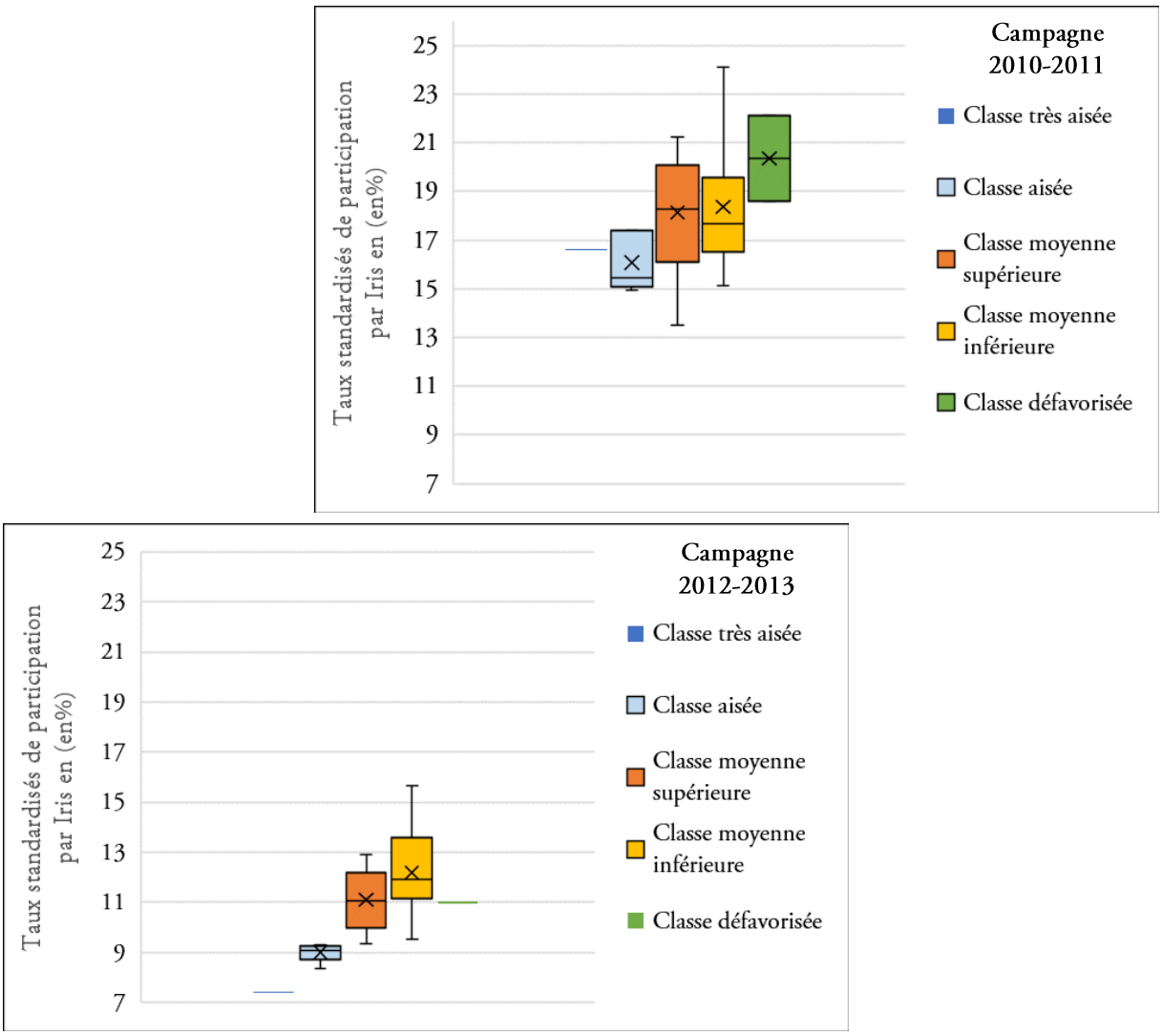
Carte n°31 : Typologie socio-économique des Iris boulonnais



Sources : Insee, RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Lors de la campagne 2010-2011 comme en 2012-2013, les Iris appartenant aux classes aisées et très aisées enregistrent des taux de participation en moyenne plus faibles que les autres types d'Iris de la commune. Inversement, les espaces caractérisés par des indicateurs socio-économiques plutôt défavorisés enregistrent des taux de participation en moyenne plus importants que les autres types d'Iris de la commune (graphique n°20).

<u>Graphique n°20 :</u> Distributions des taux de participation par type d'Iris boulonnais



Sources : ADK92 et Insee, RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Cependant, les taux de participation des Iris caractérisés par des indicateurs socio-économiques moyens (boites orangé et jaune sur les graphiques) apparaissent très disparates. En effet, les segments de ces boites sont longs, ce qui signifie que l'étendue des séries est importante. En 2012-2013, à la différence de la campagne précédente, les Iris appartenant au profil socio-économique intermédiaire enregistrent

des taux de participation au dépistage du cancer colorectal proportionnément plus élevés que les autres types d'Iris, mais toujours très hétérogènes. Enfin, les Iris caractérisés par des indicateurs socio-économiques défavorisés n'occupent plus, lors de cette seconde campagne, une position particulière.

L'analyse de la distribution des taux de participation au sein de chaque classe issue de la typologie socio-économique des Iris boulonnais (graphique n°20), ne permet donc pas d'identifier des tendances nettes et stables.

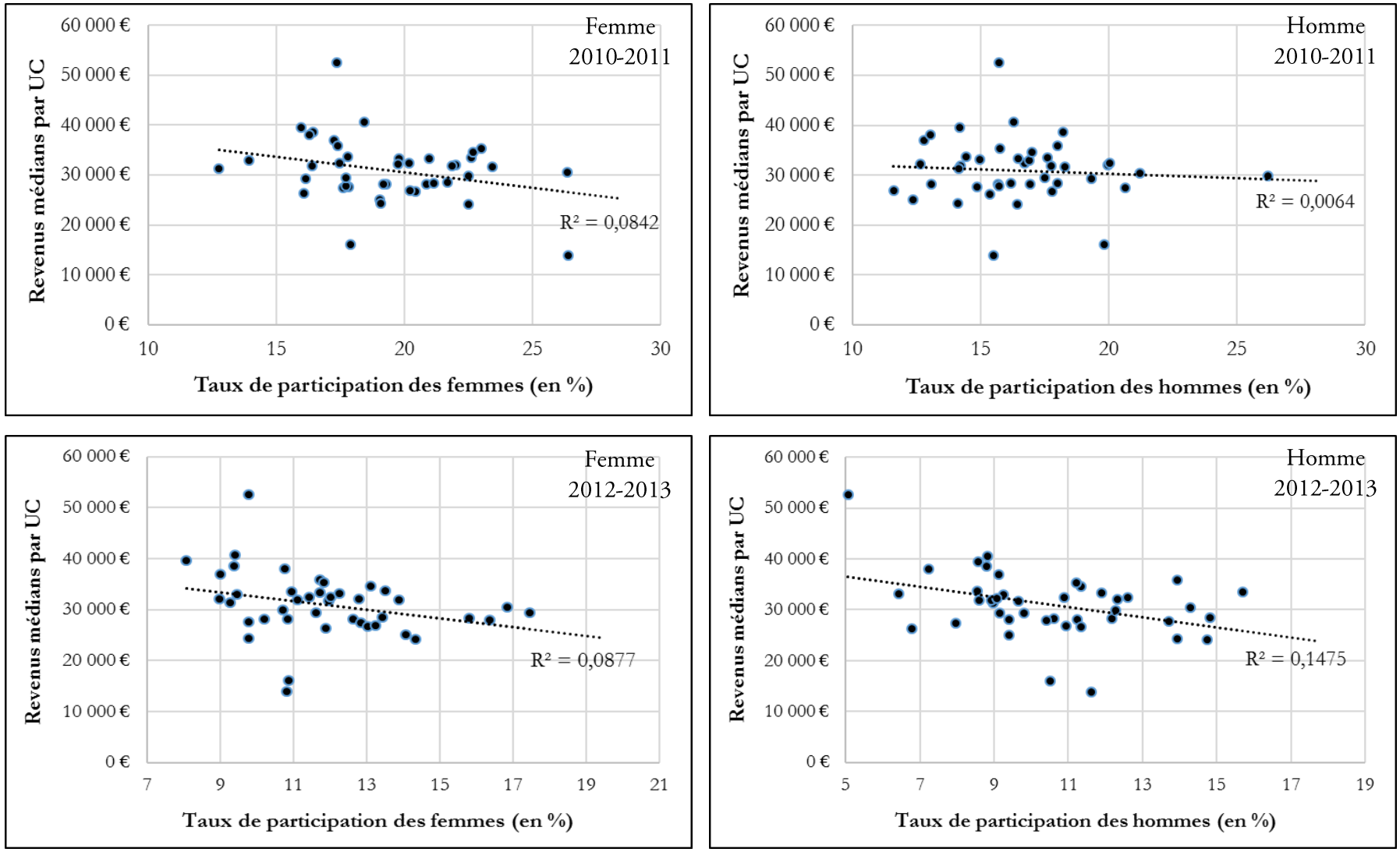
Ces traitements ont également été réalisés pour les taux masculins et féminins. Or, le trop grand nombre de boites sur un même graphique rend la lecture des résultats peu aisée. Nous avons donc analysé la répartition spatiale des taux infra-communaux de participation des hommes et des femmes au regard du revenu médian par UC des Iris de la ville (analyse bi-variée). Cet indicateur constitue le critère le plus discriminant, structurant et représentatif des inégalités socio-économiques infra-communales boulonnaises. De plus, d'après la littérature, le revenu est corrélé à la participation au dépistage organisé du cancer colorectal (Goulard et al. 2009; Pornet et al. 2010).

Nos résultats montrent que si les femmes des Iris aisés de Boulogne-Billancourt sont proportionnellement moins engagées dans le programme de dépistage du cancer colorectal que les femmes résidant dans des quartiers plus défavorisés, aucun lien statistique significatif ne peut être établi entre indicateurs socio-économiques et participation au programme. En effet, le coefficient de corrélation entre les taux de participation des femmes et le revenu médian par UC des Iris de la ville est de 8,4 % en 2010-2011 et de 8,8 % lors de la campagne suivante.

En 2010-2011, la variance totale des hommes ne correspond qu'à 0,6 % par la régression linéaire, mais ce coefficient de corrélation entre les taux de participation et le revenu médian par UC des Iris de la ville est de 14,8 % en 2012-2013. Légèrement plus élevée en 2012-2013 qu'en 2010-2011, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, cette corrélation entre les niveaux de vie médians des Iris et les taux de participation reste pourtant très faible.

Comme pour les taux de participation globaux, et comme à l'échelle départementale, **à Boulogne-Billancourt la spatialisation du recours au dépistage du cancer colorectal de chaque sexe ne correspond donc pas à la répartition spatiale des niveaux de vie des individus.**

Graphique n°21 : Analyse de la participation des hommes et des femmes au dépistage du cancer colorectal au regard des revenus médians par UC de leurs Iris de résidence



Sources : ADK92, Insee : RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

2.2.4. Évolution de la participation dans les Iris boulonnais

Afin d'appréhender les modifications spatio-temporelles de la participation au dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt, nous avons comparé les taux de participation des deux campagnes en identifiant les Iris qui ne changent pas de quartile ainsi que ceux pour lesquels le taux de participation passe de fort (Q4) à faible (Q1) ou, au contraire, de faible (Q1) à fort (Q4) entre les deux campagnes (carte n°32).

Il apparaît qu'à Boulogne-Billancourt, les taux de participation globale au dépistage organisé du cancer colorectal sont relativement instables. En effet, la majorité des Iris de la ville voient leurs taux de participation changer de quartiles (Iris en blanc sur la carte) entre les deux campagnes. Cependant, le taux de participation ne passe de fort (Q4) à faible (Q1) ou, au contraire, de faible (Q1) à fort (Q4) dans aucun des Iris de la commune. Enfin, certains espaces sont caractérisés par des taux durablement faibles (en vert foncé sur la carte) ou au contraire, forts (en rouge sur la carte). Par exemple, les taux de participation des Iris situés dans le quart nord-ouest de la ville sont faibles en 2010-2011 comme en 2012-2013. Inversement, des Iris situés au centre de la commune sont caractérisés par des taux de participation forts (en rouge sur la carte) en 2010-2011 comme en 2012-2013.

L'analyse sexo-spécifique de ces données montre que la participation des hommes est dans certains Iris très différente d'une campagne à l'autre (Iris en violet sur la carte). Par exemple, alors que l'Iris du Pont-de-Sèvres résidence enregistrait en 2010-2011 un taux masculin de participation parmi les plus importants de la ville, il est, en 2012-2013, caractérisé par un des taux masculins les plus faibles de la commune. La participation féminine au dépistage organisé du cancer colorectal n'accuse aucune variation aussi marquée. Par exemple, l'Iris Denfert-Rochereau 2 est caractérisé par un taux de participation féminin faible en 2010-2011 comme en 2012-2013, mais par un taux masculin parmi les plus importants de la ville lors de la première campagne, et inversement parmi les plus faibles lors de la seconde. Cependant, certains Iris sont caractérisés par des taux de participation féminins et masculins durablement forts (en rouge sur les cartes) ou durablement faibles (en vert foncé sur les cartes).

Finalement, à **Boulogne-Billancourt**, la participation au dépistage organisé du cancer colorectal par Iris est caractérisée par **d'importantes variations spatio-temporelles** et des **configurations locales féminines et masculines différentes.**

<u>Carte n°32</u> : Etude spatio-temporelle des taux de participation des Iris de Boulogne-Billancourt



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure

2.2.5. Le Pont-de-Sèvres et les Squares, échelle micro-locale et dépistage

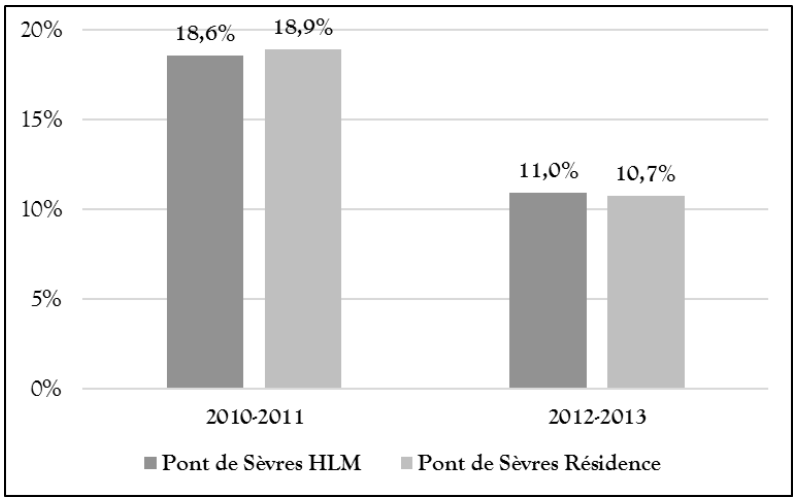
Nous proposons de porter une attention particulière aux taux de participation des deux quartiers boulonnais ciblés par le travail de terrain : le Pont-de-Sèvres et les Squares.

Le Pont-de-Sèvres

Comme à l'échelle communale, le taux de participation (globale, et féminine autant que masculine) a fortement baissé entre les deux campagnes. En effet, si le quartier enregistre un taux de participation globale d'environ 18,8 % en 2010-2011, celui-ci est de 10,8 % en 2012-2013 (taux d'accroissement de - 0,42, soit une baisse de 42 %). Lors de la première comme de la deuxième campagne, ces taux de participation sont similaires aux moyennes communales. En effet, Boulogne-Billancourt enregistre un taux de participation moyen de 18,1% en 2010-2011 et de 11,2 % en 2012-2013, c'est-à-dire proches des moyennes communales (rappelons que le taux de participation moyen de la ville de Boulogne-Billancourt est de 17,8 % en 2010-2011 et de 11,4 % en 2012-2013).

Le quartier du Pont-de-Sèvres est composé de deux Iris : Renault 4 (Pont-de-Sèvres HLM) et Renault 5 (Pont-de-Sèvres Résidence). Ils se distinguent d'un point de vue socio-économique et démographique (cf. chapitre 3), mais ils enregistrent, en 2010-2011 comme en 2012-2013, des taux de participation presque identiques (graphique n°22).

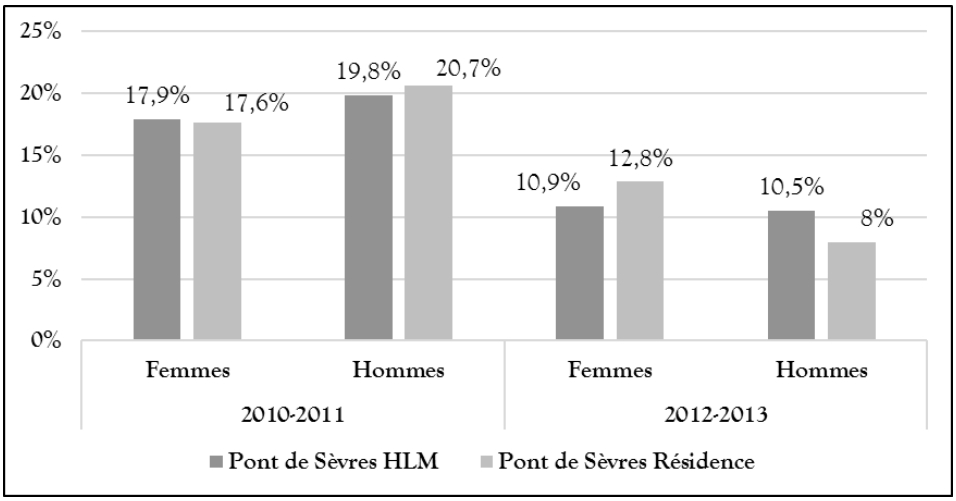
Graphique n°22 : Participation au dépistage des deux Iris du Pont-de-Sèvres



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Un même constat ressort de l'analyse des taux masculins et féminins de la campagne 2010-2011 (graphique n°23). Le sexe des individus est davantage discriminant que leur Iris de résidence. Les femmes des deux parties du quartier enregistrent des taux de participation similaires (17,6 % dans les résidences privées contre 17,9 % dans la partie HLM). La proportion d'hommes impliquée dans le programme de chacun de ces Iris est également comparable (20,7 % dans les résidences privées contre 19,8 % dans la partie HLM). Enfin, en 2010-2011 les hommes des deux parties de ce quartier participent davantage que les femmes au dépistage organisé du cancer colorectal. Or, ces écarts ne sont pas statistiquement significatifs (carte n°28).

Graphique n°23 : Participation des hommes et des femmes dans le quartier du Pont-de-Sèvres



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Les écarts entre les deux parties du quartier apparaissent lors de la deuxième campagne. En effet, en 2012-2013, les femmes de la partie résidence du quartier participent davantage que celles de sa partie HLM. Inversement, le taux de participation des hommes de la partie HLM est plus important que celui de leurs homologues des résidences privées du Pont-de-Sèvres.

Finalement, en 2010-2011 ni la participation globale ni la participation féminine ou masculine ne varient significativement entre les deux parties du quartier du Pont-de-Sèvres. Or, ils se distinguent davantage lors de la deuxième campagne.

Les Squares

Les Squares, le second quartier ciblé par notre approche de terrain, se compose d'un seul Iris. Le taux de participation de ce quartier est de 22,1 % en 2010-2011 et de 11,1 % en 2012-2013. La

participation a donc diminué de 50 % entre les deux campagnes, et donc davantage que dans le quartier du Pont-de-Sèvres. Enfin, le taux de participation de ce quartier est similaire à la moyenne communale en 2012-2013 (11,1 % contre 11,2 % à l'échelle de la ville), mais largement supérieure lors de la première campagne (22,1 % contre 18,1 % pour l'ensemble de la ville).

L'ampleur des écarts entre hommes et femmes enregistrés en 2010-2011 distingue ce quartier du reste de la commune. En effet, 15,5 % les hommes de ce quartier ont participé au programme, alors que les femmes résidant aux Squares ont été 26,4 % à réaliser le test Hémoccult lors de cette campagne. Les femmes ont donc participé 1,7 fois plus que les hommes de leur quartier (cet écart, statistiquement significatif, est le plus important de la ville).

Les taux de participation des hommes et des femmes de ce quartier ne sont plus significativement différents lors de la seconde campagne (graphique n°24). En effet, en 2012-2013, l'écart entre les sexes est très faible et statistiquement non significatif. Si les faibles effectifs peuvent jouer un rôle dans la variabilité de ces taux de participation, d'autres facteurs influencent certainement ces modifications de comportements (discours des professionnels de santé, temporalité et public cible des campagnes de promotion du dépistage organisé au niveau local, etc.).

<u>Graphique n°24 :</u> Participation des hommes et des femmes dans le quartier des Squares



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal du quartier du Pont-de-Sèvres sont donc proches des moyennes communales et les écarts entre hommes et femmes ne sont jamais significatifs. Dans le quartier des Squares, le taux de participation est supérieur à la moyenne de la ville

et l'écart important entre les sexes (ratio 1,7) en 2010-2011. Or, le taux de participation est proche de la moyenne communale et le ratio femme/homme non significatif lors de la seconde campagne. Une telle hétérogénéité et variabilité des taux de participation comme des écarts entre les hommes et les femmes montrent que l'appréciation du recours à ce programme de santé publique doit être menée à différentes échelles. Ces résultats indiquent également que les facteurs socio-économiques ne suffisent pas à expliquer les disparités spatiales de recours au dépistage du cancer colorectal, et ce pour les hommes comme pour les femmes. S'imposent alors de nombreuses questions : quelles peuvent être les spécificités micro-locales à l'origine d'une différenciation des taux de participation à ce programme, des écarts entre hommes et femmes, mais aussi de leur variabilité ? L'analyse et la comparaison des dynamiques territoriales de ces quartiers (histoire, offre de soins, organisation sociale et territoriale, réseaux d'acteurs, etc.) apporteront de nouveaux éléments de réflexion et de compréhension de ces résultats.

En conclusion, nos résultats montrent que si les femmes participent davantage que les hommes au dépistage organisé du cancer colorectal, **l'hétérogénéité des taux de participation** boulonnais ainsi que la **variabilité des écarts entre les hommes et les femmes se déclinent différemment selon les espaces, échelles et campagnes considérées.** De plus, les disparités spatiales de recours à ce programme de dépistage sont davantage marquées pour les hommes que pour les femmes. Enfin, nos résultats indiquent que la répartition spatiale des taux de participation à ce programme de santé publique n'est pas illustratrice de la fracture socio-économique nord-sud caractérisant la commune de Boulogne-Billancourt. Il ne s'agit pas d'affirmer qu'il n'existe aucune relation entre niveaux de vie des individus et le recours à ce programme de prévention, mais plutôt de montrer que l'on ne peut pas expliquer des comportements sanitaires par des facteurs certes pertinents, mais isolés d'autres indicateurs sociaux, territoriaux, historiques et politiques.

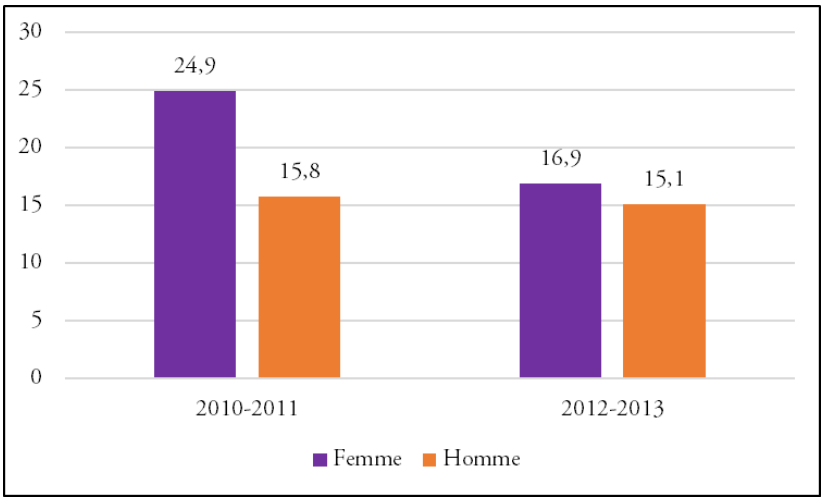
2.3. Participation et ségrégation spatiale à Gennevilliers

2.3.1. Participation des Gennevillois et des Gennevilloises : données de cadrage

Comme à Boulogne-Billancourt et dans l'ensemble des Hauts-de-Seine, à Gennevilliers les femmes participent davantage que les hommes au dépistage organisé du cancer colorectal. En 2010-2011, le taux standardisé de participation au programme est de 24,9 % pour les femmes et de 15,8 % pour les hommes. Les femmes sont ainsi 1,6 fois plus nombreuses à participer que les hommes.

En 2012-2013, 16,9 % des Gennevilloises et 15,1 % des Gennevillois invités ont participé à ce programme. L'écart entre hommes et femmes est donc beaucoup moins important lors de cette deuxième campagne, mais les femmes restent davantage engagées dans le programme que leurs homologues masculins (ratio de 1,1). Enfin, en 2010-2011 comme en 2012-2013 les femmes participent systématiquement plus que les hommes quelle que soit leur tranche d'âge, or les écarts entre hommes et femmes sont variables (graphique en annexe n°5).

Graphique n°25 : Taux de participation gennevillois sexo-spécifiques



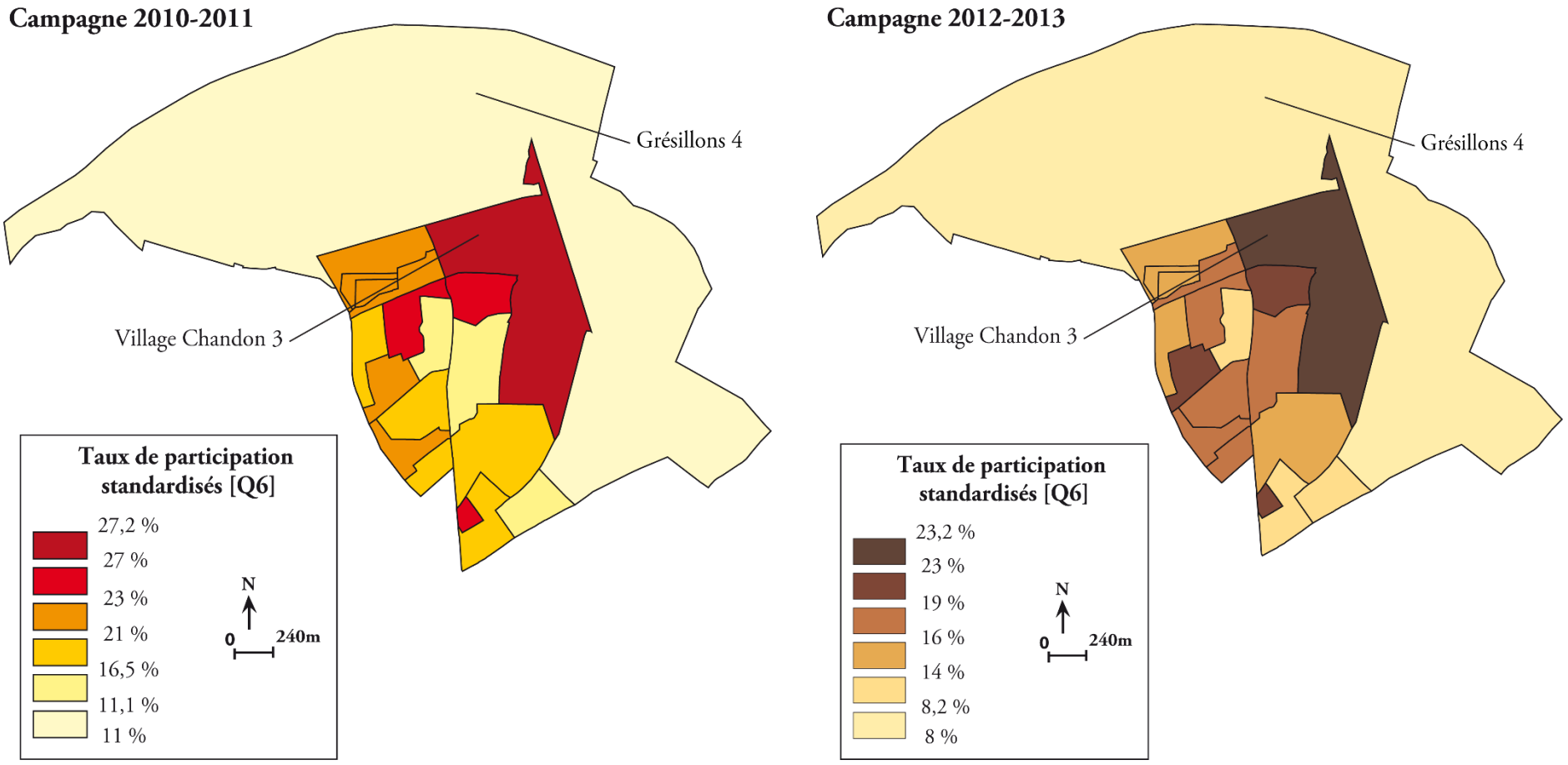
Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

2.3.2. Gennevilliers, une ville aux multiples espaces sanitaires ancrés dans le temps long

À Gennevilliers, la répartition spatiale des taux de participation au dépistage du cancer colorectal par Iris accuse d'importantes disparités infra-communales. En effet, alors que les coefficients de variations des taux de participation par Iris sont de 0,13 en 2010-2011 et de 0,15 en 2012-2013 à Boulogne-Billancourt, ils sont à Gennevilliers de 0,2 en 2010-2011 comme en 2012-2013. La géographie du recours à ce programme de santé publique est donc, à l'échelle des Iris, un peu plus contrasté à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt.

En 2010-2011, le taux de participation le plus élevé concerne l'Iris Village-Chandon 3 (27,2 %). Cette partie de la ville est principalement occupée par des pavillons ou des immeubles de petite taille. Lors de cette campagne, l'Iris Grésillons 4 enregistre le taux de participation le plus faible (11,1 %). Il s'agit en grande partie de la zone industrielle et portuaire comprenant des îlots résidentiels caractérisés par des indicateurs socio-économiques très défavorables.

Carte n°33 : Participation globale au dépistage du cancer colorectal par Iris



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

En 2012-2013, les taux de participation par Iris sont compris entre 10,1 % (Grésillons 4) et 25,4 % (Village-Chandon 3). Les valeurs extrêmes correspondent donc aux mêmes espaces qu'en 2010-2011.

Contrairement à la situation boulonnaise, la géographie gennevilloise du recours au dépistage du cancer colorectal de 2012-2013 est relativement similaire à celle de la campagne précédente. Enfin, la répartition spatiale des taux de participation est hétérogène et ne correspond à aucune logique de contiguïté.

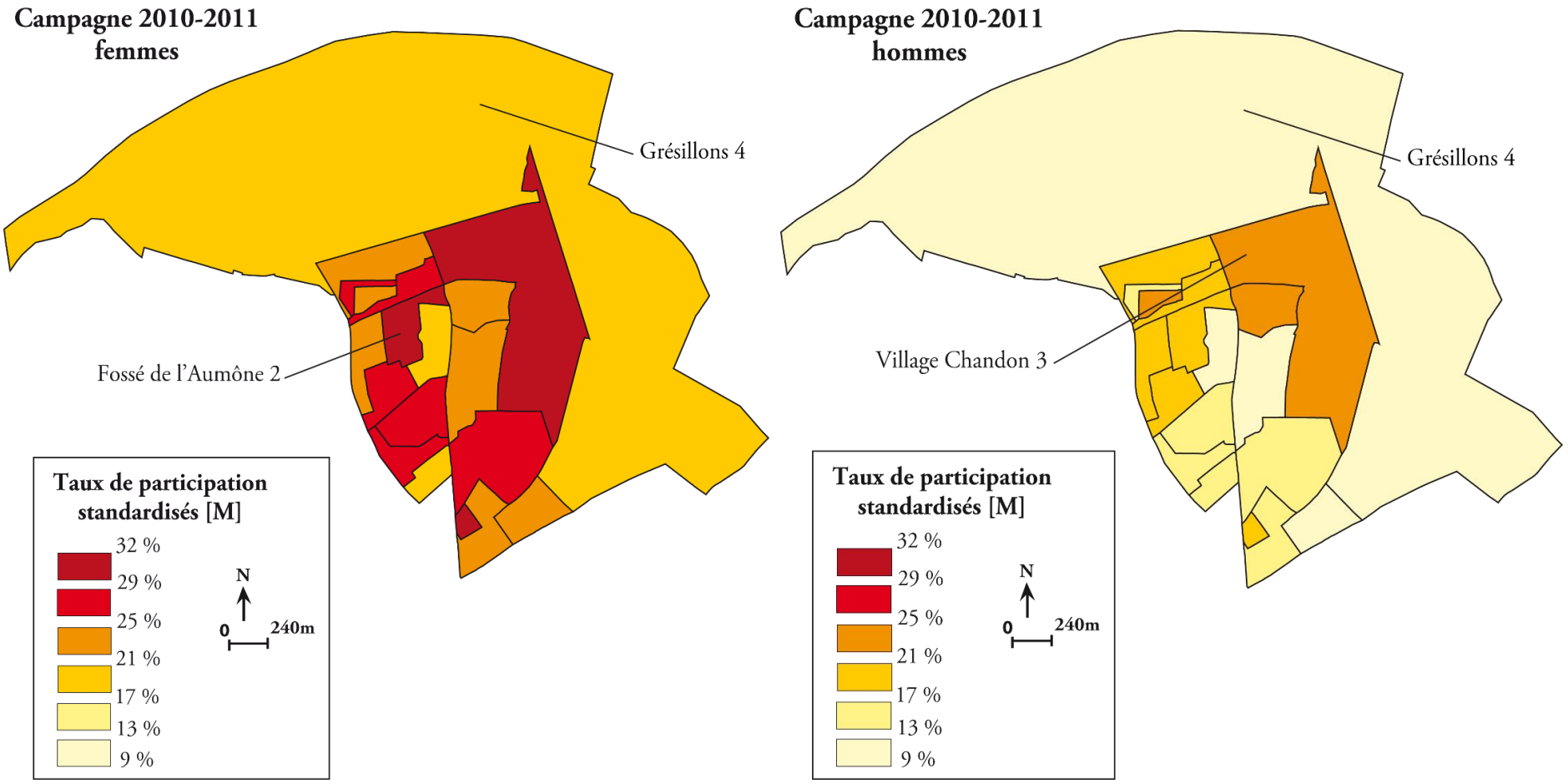
À l'échelle de la ville, les femmes participent davantage que les hommes. Mais ces écarts sont-ils uniformément répartis entre les Iris de la ville de Gennevilliers ? La comparaison des cartes de participation masculine et féminine, ainsi que celle représentant le ratio femme/homme permet de répondre à cette interrogation (carte n°34).

En 2010-2011, l'Iris Fossé de l'Aumône 2 enregistre le taux de participation féminin le plus élevé (31,8 %). Cet Iris fait partie de la cité-jardin où réside une population plus souvent propriétaire (31,5 % dans cet Iris contre 18,2 % en moyenne à Gennevilliers) et disposant de revenus plus élevés que dans le reste de la commune. Inversement, les femmes résidant dans l'Iris Grésillons 4 ont été les moins nombreuses à réaliser le test Hémoccult : seules 17,4 % d'entre elles ont participé au programme. Lors de cette campagne, les taux de participation des hommes sont compris entre 9,2 % (comme pour les femmes, dans l'Iris Grésillons 4) et 24,6 % (Village-Chandon 3). Enfin, les disparités spatiales de participation sont un peu plus importantes entre hommes qu'entre femmes (intervalles : 15,4 pour les hommes et 14.3 pour les femmes).

Toutefois, à cette échelle, aucune structure spatiale spécifique ne transparait de la répartition des taux de participation féminins ou masculins à l'échelle infra-urbaine (carte n°34).

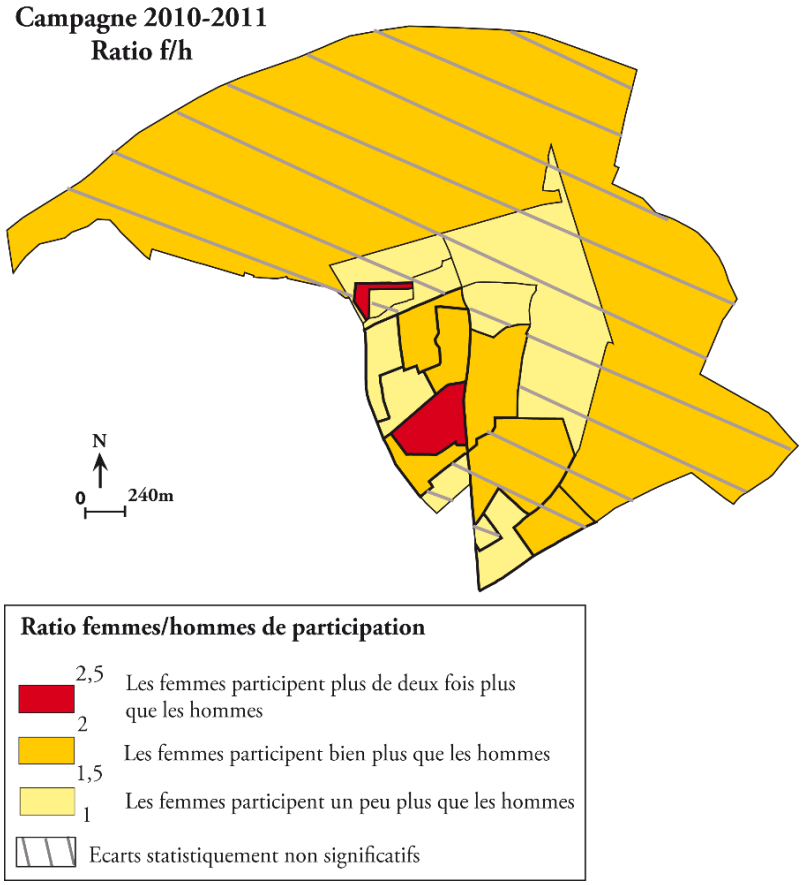
Les femmes participent davantage que les hommes dans la totalité des Iris de la ville, mais les écarts varient en fonction des espaces et ne sont pas systématiquement significatifs (carte n°34). En effet, les ratios femme/homme sont statistiquement significatifs pour les quatre Iris du Fossé de l'Aumône, ainsi que dans les Iris Agnettes 1 et 3, Grésillons 2 et 3, Village-Chandon 1 et 2 (carte n°35). Les femmes résidant dans l'Iris Agnettes 3 participent ainsi plus de deux fois plus que leurs homologues masculins. Les écarts entre sexes sont donc plus marqués, et concernent beaucoup plus d'Iris à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt.

Carte n°34 : Participation des Gennevillois et des Gennevilloises à l'échelle infra-communale, campagne 2010-2011



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Carte n°35 : Ratios femme/homme de participation, 2010-2011

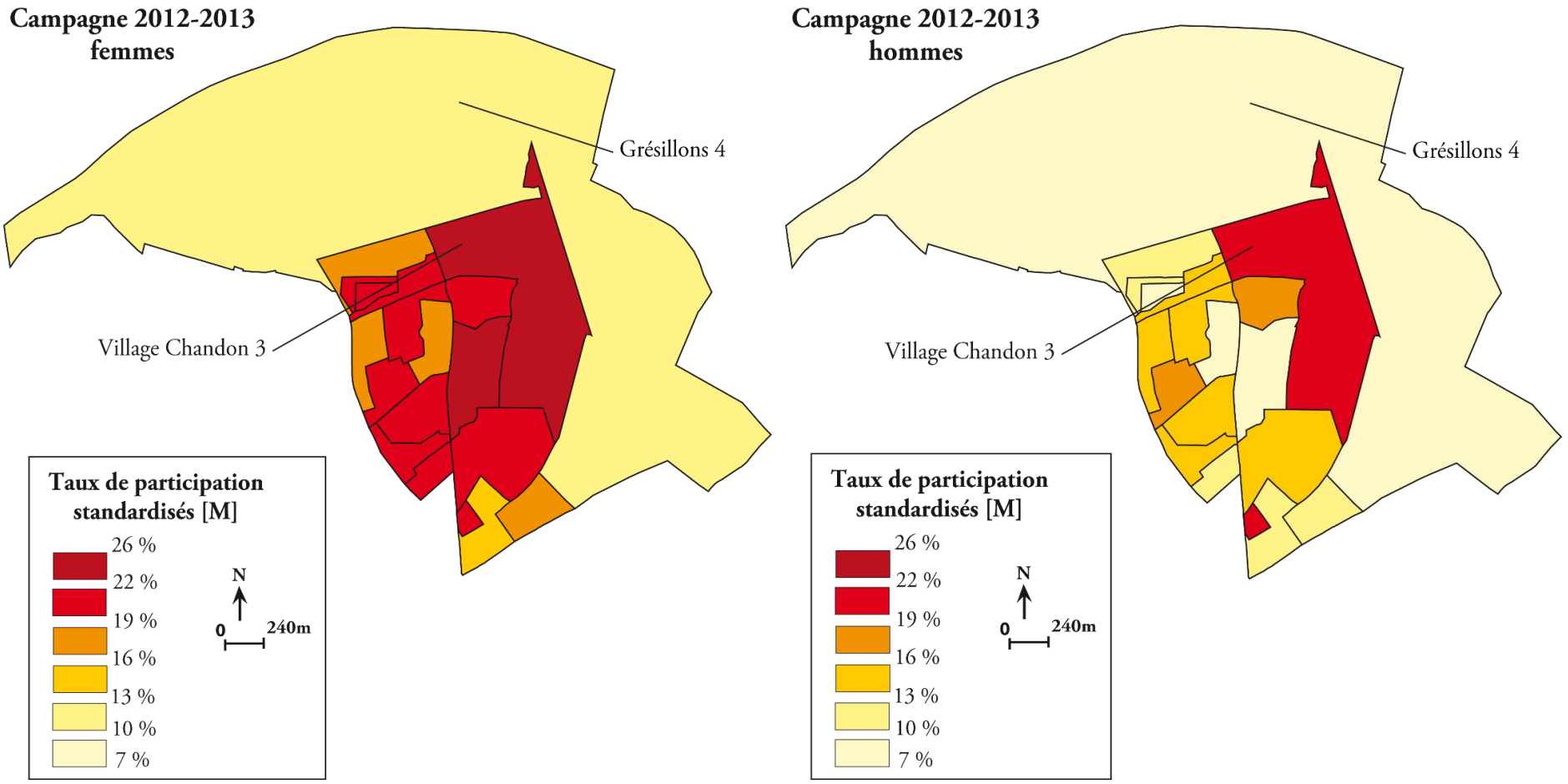


Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

En 2012-2013, les taux de participation des Gennevilloises sont compris entre 25,4 % (Village-Chandon 3) et 10,1 % (Grésillons 4), alors que ceux des hommes sont compris entre 20,8 % (Village-Chandon 3) et 7,2 % (Grésillons 4) (carte n°36). Le quartier du Village abrite une population plus souvent propriétaire que dans le reste de la commune (34,8 % dans ce quartier contre 18,2 % en moyenne à Gennevilliers) et disposant de revenus plus élevés. Contrairement à la campagne précédente, les disparités spatiales de participation sont plus importantes entre femmes qu'entre hommes.

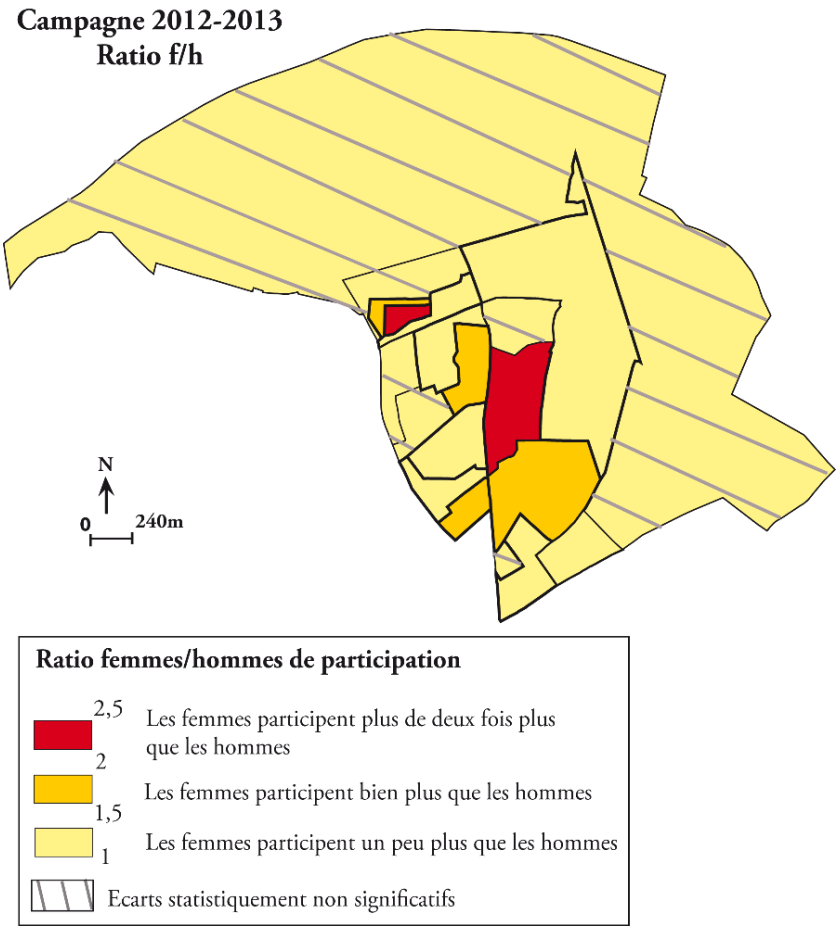
En 2012-2013, les femmes participent toujours systématiquement plus que les hommes, et les écarts statistiquement significatifs concernent un nombre plus important d'Iris que lors de la campagne précédente. Les femmes participent significativement plus que leurs homologues masculins au dépistage organisé du cancer colorectal dans treize Iris (contre dix en 2010-2011) (carte n°37). Les écarts entre hommes et femmes sont particulièrement marqués dans les Iris Luth 3 et Village-Chandon 2.

Carte n°36 : Participation des Gennevillois et des Gennevilloises en 2012-2013



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Carte n°37 : Spatialisation des ratios femme/homme de participation, 2012-2013



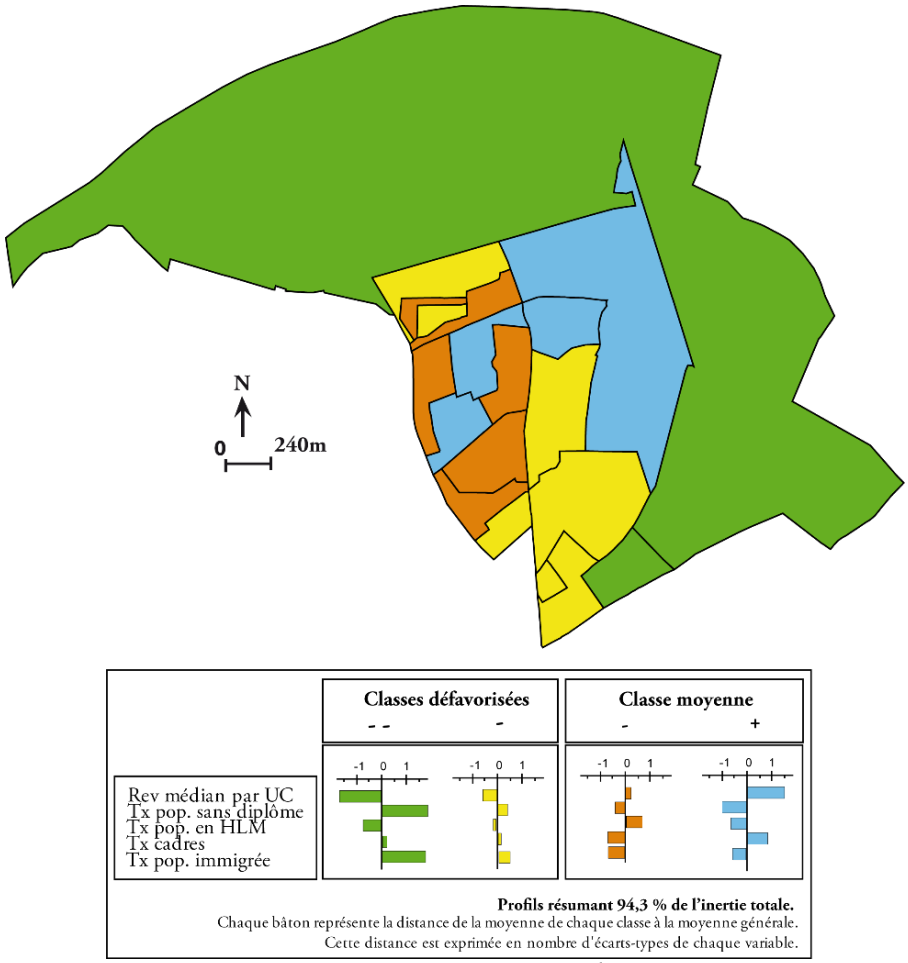
Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

À l'échelle infra-communale, la cartographie gennevilloise des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal ne permet donc pas d'identifier des groupes d'Iris cohérents, mais elle reste relativement stable. En effet, contrairement à la situation boulonnaise, les Iris caractérisés en 2010-2011 par des **taux de participation élevés, ou au contraire faibles le sont également lors de la deuxième campagne** (cf.2.2.4). Enfin, Gennevilliers est caractérisée par **d'importants écarts entre hommes et femmes, souvent significatifs, mais plus ou moins marqués selon les Iris.**

2.3.3. Des logiques socio-économiques ?

La commune de Gennevilliers est beaucoup plus homogène que Boulogne-Billancourt d'un point de vue socio-économique. Or, le quartier du Village et la Cité-jardin abritent une part un peu plus importante de classes moyennes que les autres espaces de la ville. Inversement, les quartiers du Luth et des Grésillons concentrent une population plus précaire.

<u>Carte n°38 :</u> Typologie socio-économique des Iris gennevillois



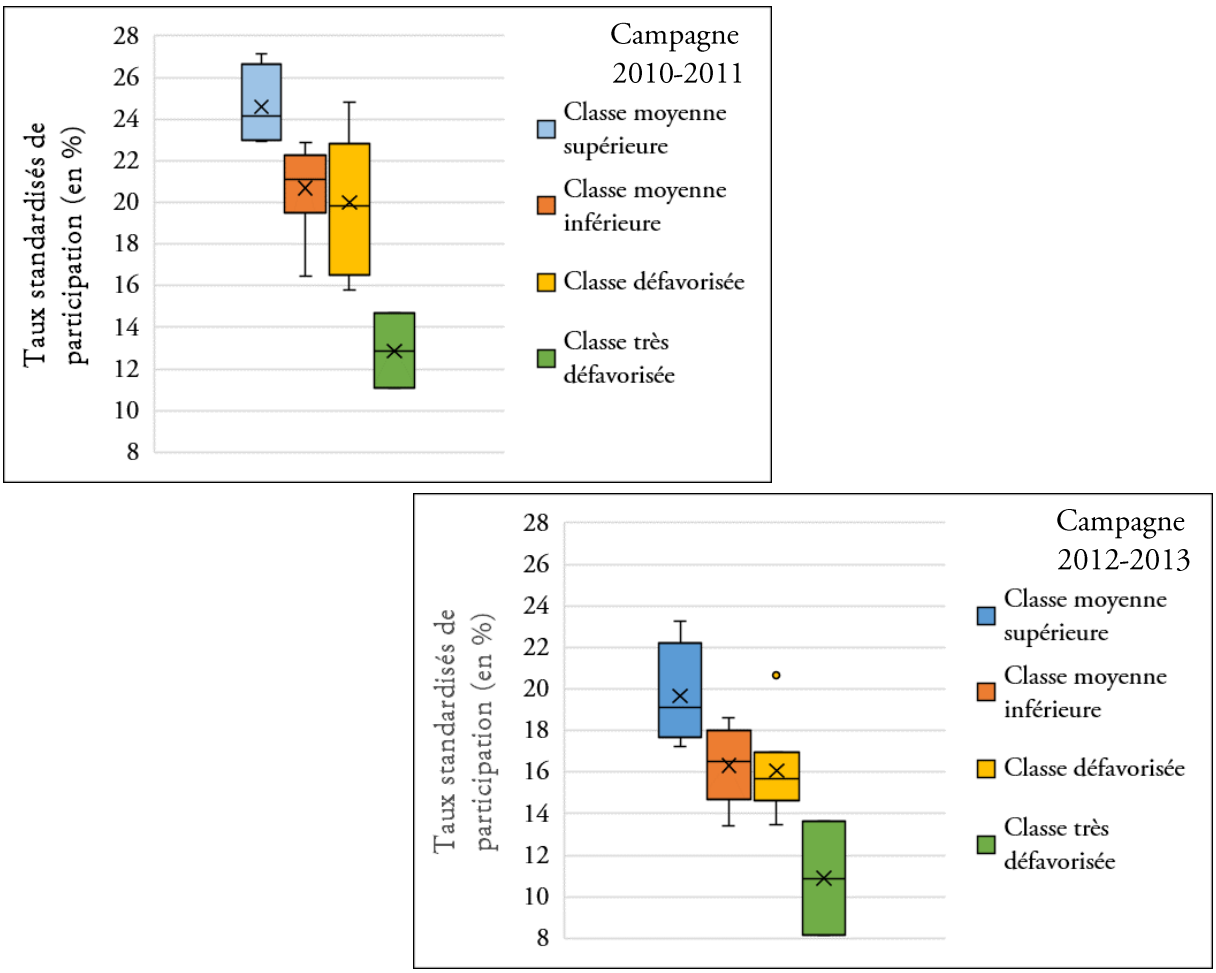
Sources : Insee : RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Notre typologie des Iris gennevillois associe, comme celle réalisé pour la ville de Boulogne-Billancourt, le revenu médian par unité de consommation, la part de logement HLM et le taux de cadres, la part des personnes non diplômées et celle de la population immigrée. Les Iris gennevillois sont ainsi répartis en 4 classes (ou profils) : deux classes qualifiées de défavorisées (classes verte et jaune sur la carte) et deux classes qualifiées de moyennes (classes orange et bleu clair).

Les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal de chacune des classes de la typologie socio-économique sont comparés à l'aide de graphiques en boites à moustache (graphique n°26). Les taux de participation des Iris qualifiés de « très défavorisés » enregistrent des taux de participation nettement inférieurs à ceux des autres types d'espaces gennevillois. Inversement, les Iris appartenant à la classe dite « moyenne supérieure » possèdent des taux majoritairement supérieurs à ceux des autres profils d'Iris.

On observe donc une certaine corrélation entre le niveau socio-économique des Iris et les taux de participation enregistrés dans ces espaces pour chacune des deux campagnes. Cependant, les deux ensembles intermédiaires partagent quant à eux des taux de participation similaires, et plus hétérogènes.

<u>Graphique n°26 :</u> Distributions des taux de participation par classe d'Iris gennevillois

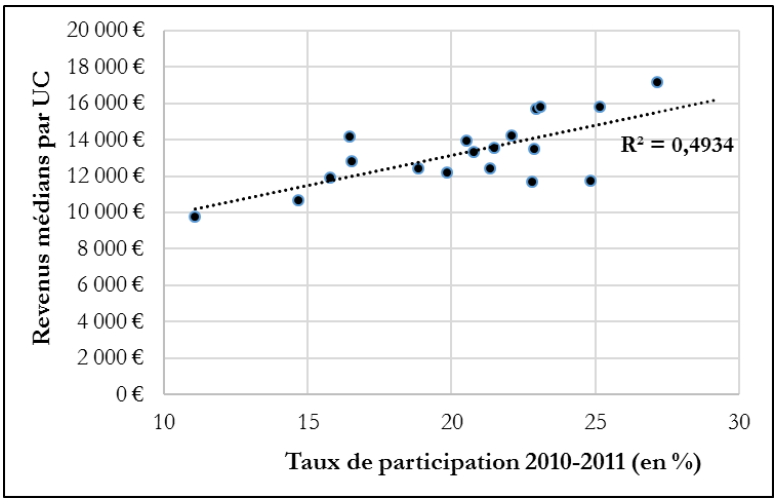


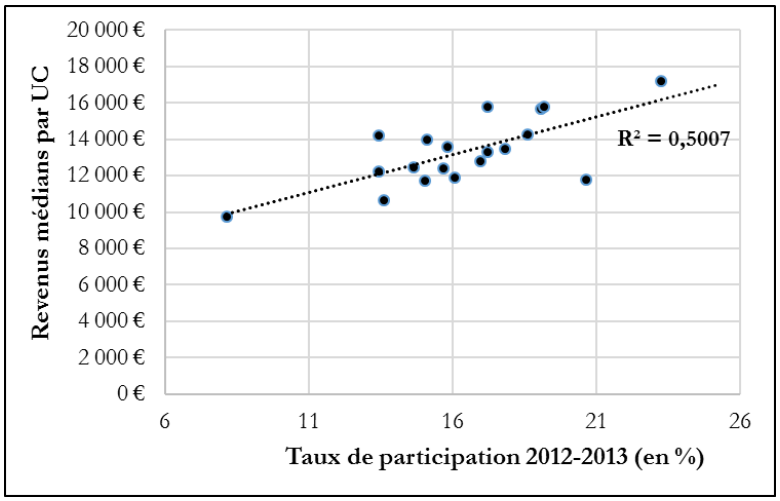
Sources : ADK92, Insee : RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Des analyses bi-variées permettant d'évaluer la corrélation statistique entre ces taux de participation et les revenus médians par UC des Iris de la commune de Gennevilliers confirment ces résultats (graphique n°27).

On observe une corrélation linéaire positive entre revenus et taux de participation : plus les Iris abritent des populations au niveau de vie élevé, plus ils sont caractérisés par des taux importants de participation au programme de dépistage organisé. En effet, les variations de participation sont expliquées à 49,3 % en 2010-2011 et 50,1 % en 2012-2013 par les variations de niveaux de revenus.

<u>Graphique n°27 :</u> La participation au regard des revenus médians par UC à Gennevilliers



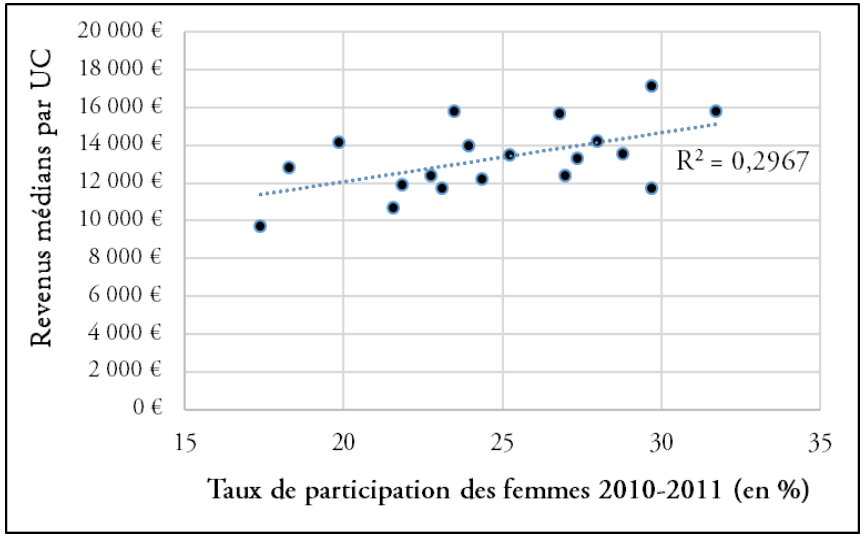


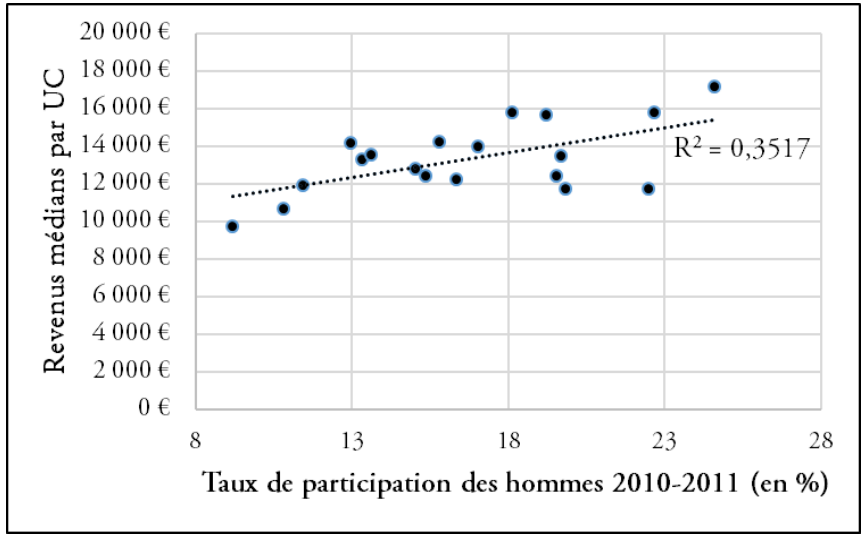
Sources : ADK92, Insee, RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

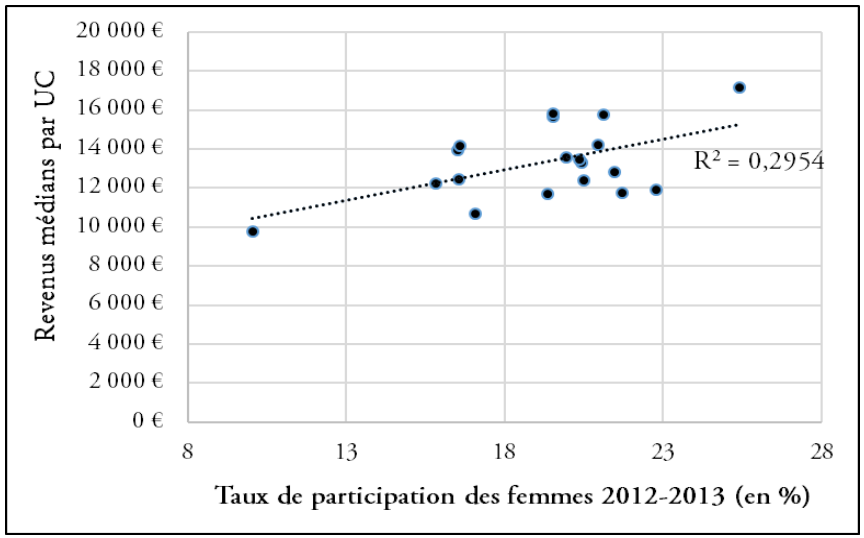
Enfin, si cette corrélation concerne les deux sexes, elle n'est pas aussi marquée pour les femmes que pour les hommes. La corrélation entre participation et revenu médian des Iris est de l'ordre de 35,2 % pour les hommes et 29,7 % pour les femmes en 2010-2011, et respectivement de 43,2 % contre 29,5 % en 2012-2013 (graphique n°28). Les taux de participation des Gennevillois sont donc, davantage que ceux des Gennevilloises, corrélés au niveau de vie médian de leur Iris de résidence.

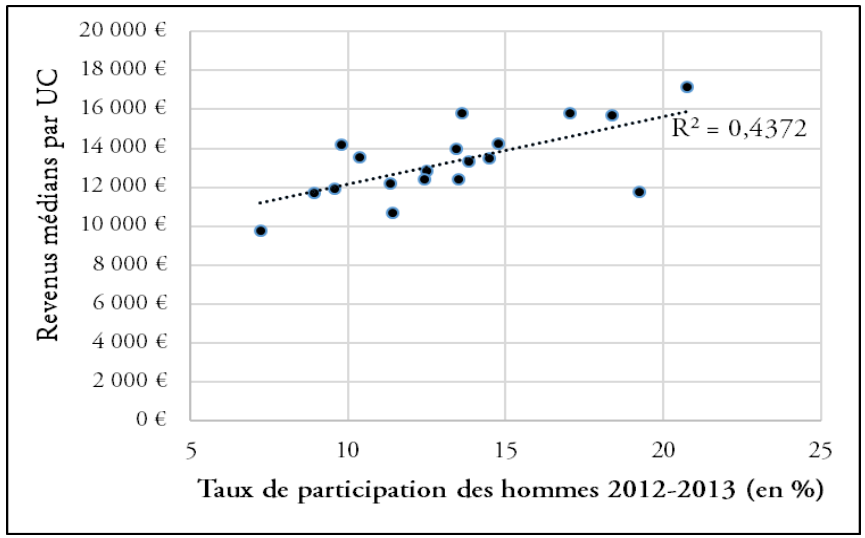
De nombreux travaux comparant l'influence du gradient socio-économique sur la santé (mortalité et morbidité) des hommes d'une part et des femmes d'autre part concluent également à la plus grande inégalité entre hommes, qu'entre femmes (Matthews, Manor, et Power 1999; Hunt et Macintyre 1998).

Graphique n°28 : Les taux de participation des hommes et des femmes au regard des revenus médians par UC à Gennevilliers, 2010-2011 et 2012-2013









Sources : ADK92, Insee, RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

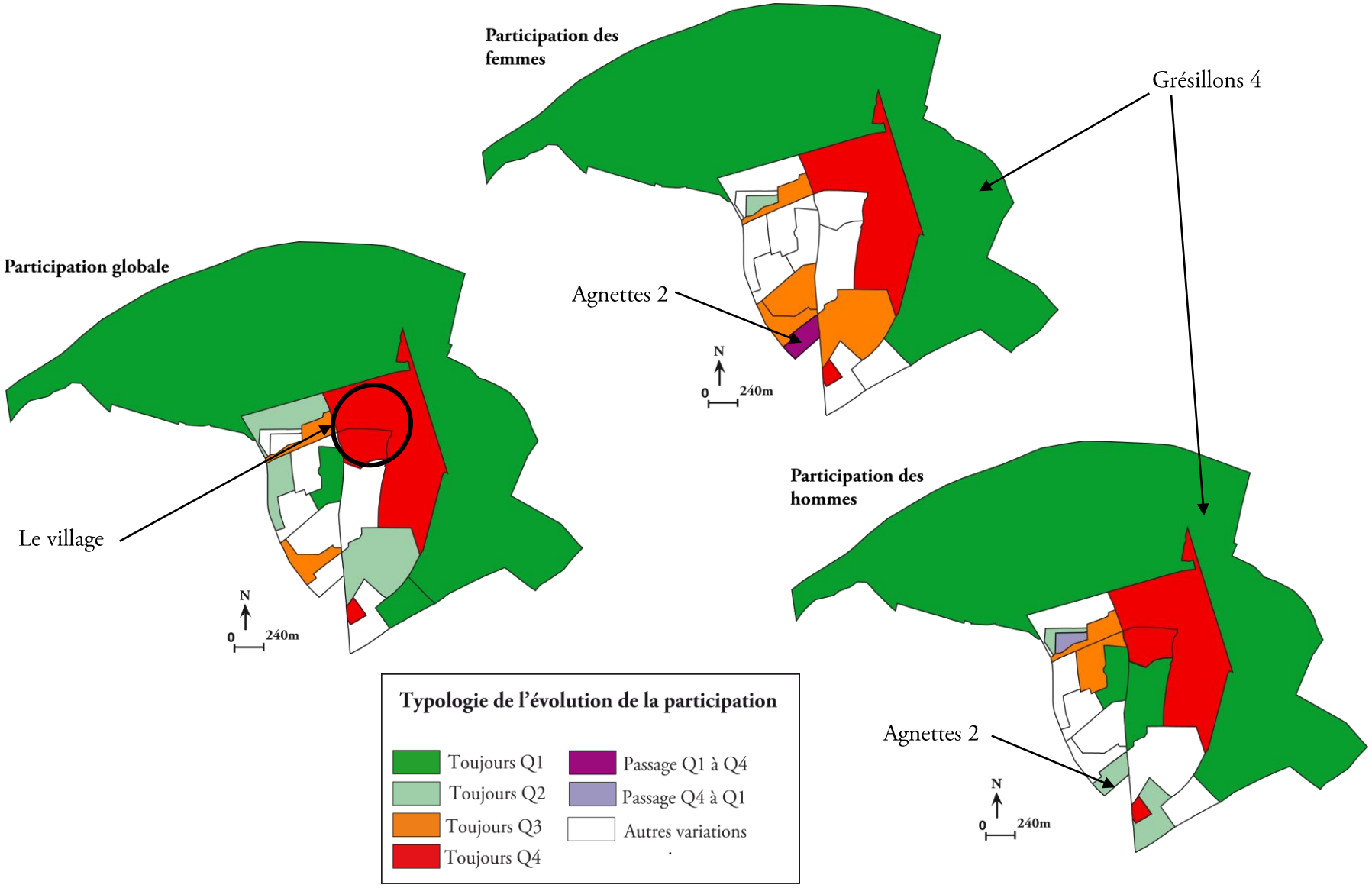
2.3.4. Évolution de la participation dans les Iris gennevillois

Nous avons comparé les taux de participation des deux campagnes en identifiant les Iris qui ne changent pas de quartile ainsi que ceux pour lesquels le taux de participation passe de fort (Q4) à faible (Q1) ou, au contraire, de faible (Q1) à fort (Q4) entre les deux campagnes (carte n°39).

Il apparaît que ces taux de participation globale au dépistage organisé du cancer colorectal sont bien plus stables à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt. En effet, la majorité des Iris de la ville appartient au même quartile en 2010-2011 et en 2012-2013 (Iris en vert, orange ou rouge sur la carte). Certains espaces sont caractérisés par des taux durablement élevés (en rouge sur la carte : Iris du quartier du village et de Chandon-Brenu) et d'autres durablement faibles (en vert foncé sur la carte : iris de la zone industrielle ou de la Cité-Jardin). De plus, l'analyse sexo-spécifique de ces données montre que certains Iris sont caractérisés par une participation durablement élevée pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi, la participation élevée des Iris du village est le reflet de comportements masculins et féminins similaires. Dans l'Iris Grésillons 4, hommes et femmes participent peu lors de la première comme de la deuxième campagne (Iris en vert foncé sur les cartes des deux sexes). Cependant, certains Iris enregistrent des taux de participation stables pour l'un des sexes, mais sont caractérisés par d'importantes variations pour l'autre. Par exemple, l'Iris Agnettes 2 est caractérisé par un taux de participation masculine relativement faible en 2010-2011 comme en 2012-2013, mais par un taux féminin parmi les plus faibles de la ville lors de la première campagne, et inversement parmi les plus importants lors de la seconde.

On observe donc des **variations spatio-temporelles de participation moins marquées et moins hétérogènes à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt**. À Gennevilliers, la participation (globale, féminine et masculine) au dépistage organisé du cancer colorectal par Iris est relativement stable. **Les comportements préventifs des Gennevillois et des Gennevilloises ainsi considérés apparaissent donc durablement ancrés dans leurs contextes micro-locaux.** Enfin, Gennevilliers, ville plus homogène d'un point de vue socio-économique, mais dont la part de population précaire est aussi bien plus importante qu'à Boulogne-Billancourt, accuse d'une association plus marquée entre taux de participation à ce programme de santé publique et niveaux de vie de ses habitants et habitantes.

Carte n°39 : Analyse de l'évolution des taux de participation entre les deux campagnes



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure

2.4. Participation au dépistage et organisation territoriale boulonnaise et gennevilloise

Contrairement à la situation boulonnaise, si la répartition spatiale gennevilloise des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal n'est pas le reflet exact de celle d'indicateurs socio-économiques contextuels, il existe à l'échelle des Iris une certaine corrélation entre le niveau de vie et la participation des Gennevillois et des Gennevilloises au programme de santé publique. Cette corrélation statistique est plus marquée pour les hommes que pour les femmes. L'analyse des données à l'échelle des quartiers et de leurs Iris montre également que les facteurs du recours des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal s'ancrent dans des logiques micro-locales complexes. Enfin, nous retiendrons qu'à Gennevilliers, contrairement à Boulogne-Billancourt, la géographie infra-communale de la participation à ce programme de santé publique évolue peu entre les deux campagnes étudiées. Les comportements préventifs des Gennevillois et des Gennevilloises apparaissent en effet ancrés dans leurs contextes locaux. Inversement, à Boulogne-Billancourt la géographie des pratiques de dépistage correspond à une mosaïque de situations microlocalisées et variables dans le temps.

Les dynamiques urbaines de ces deux villes apportent des pistes de lecture de ces variations très contrastées dans un cas (Boulogne-Billancourt) et peu dans l'autre (Gennevilliers). La mise en perspective des résultats obtenus à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers à l'échelle des Iris fait en effet écho aux modalités de développement et d'organisation territoriale des deux villes.

À Gennevilliers, si les inégalités sociales sont moins marquées qu'à Boulogne-Billancourt, elles se traduisent toutefois par une ségrégation spatiale forte. Or, cette ville est composée de vastes quartiers de grands ensembles cohérents d'un point de vue socio-économique[9] et support de représentations territoriales ou de pratiques spatiales spécifiques (1.3.3 chapitre 2). L'importance du sentiment d'appartenance à *sa* ville, mais aussi à *son* quartier, ou bien l'absence d'un réel centre-ville participent d'une organisation spatiale gennevilloise où de grands quartiers semblent co-exister. Une des enquêtées résume ainsi les multiples tensions entre ces deux échelles : « *Gennevilliers là c'est mon quartier* » (femme, 53 ans, Agnettes, Gennevilliers). Nos entretiens montrent que chaque quartier de la ville se distingue nettement des autres, et constitue le support d'un sentiment d'appartenance relativement fort. Par

[9] La municipalité de Gennevilliers possède un service démographie employant aujourd'hui deux démographes. D'après l'un de ces professionnels, les disparités socio-économiques entre les quartiers de la ville tendent à s'accentuer. Par exemple, la construction de l'éco-quartier sur les anciens terrains des usines Chausson participerait au renforcement d'une fracture émergente entre l'est et l'ouest de la commune.

exemple, d'après un éducateur de rue intervenant depuis plusieurs décennies dans le quartier du Luth, il existe un fort sentiment d'appartenance au quartier : « *on est Luthins avant d'être de Gennevilliers* ». Cela s'expliquerait surtout par une histoire commune, par le passé de la majorité de la population initiale de ce quartier (relogement de personnes vivant initialement dans des taudis et bidonvilles à Nanterre pour une partie d'entre elles). Selon plusieurs des travailleurs sociaux travaillant sur le quartier, cette histoire constitue un facteur d'unité pour les habitants du quartier. Nous avons pu constater lors de nos entretiens et nos recherches bibliographiques que cette histoire est transmise dans la sphère familiale (dans beaucoup de familles, plusieurs générations résident sur le quartier), mais aussi dans la sphère publique (par l'édition de plusieurs brochures et ouvrages sur l'histoire du quartier par exemple). L'ouvrage intitulé Le Luth Mémoires Vivantes (Bouchet et Habitants du Luth 2007) est notamment le fruit d'un travail partenarial entre une ethnographe, l'antenne de quartier et des habitants du Luth. Cet attachement à l'échelle du quartier n'est pas reporté uniquement au Luth. En effet, les discours d'habitants du Village ou des Agnettes illustrent également cette organisation territoriale particulière. Par exemple, cet homme résidant au Village, après avoir habité pendant 24 ans aux Agnettes déclare qu'« *il y a un patriotisme de quartier à Gennevilliers oui. Par exemple, c'était important pour moi quand j'étais aux Agnettes, mais maintenant que je suis au Village donc je m'intègre au Village* […] *à Gennevilliers les quartiers c'est quelque chose qui existe. J'habite au Village, j'habite au Luth, j'habite aux Grésillons, j'habite à Chandon et bien ce n'est pas pareil, ah ça non. C'est vraiment marqué. Mais tout ça fait quand même qu'on est Gennevillois, on tient à Gennevilliers* » (homme, 76 ans, Village, Gennevilliers).

L'absence d'un réel centre-ville joue aussi un rôle dans la compréhension de la ville d'aujourd'hui, impliquant une organisation multipolaire autour de différents quartiers. Le plan d'aménagement de 1947, qui structure encore l'organisation spatiale de Gennevilliers, prévoyait la construction du centre administratif et commercial. Or, si la mairie, la caisse primaire d'assurance maladie, la poste, le club sénior ou bien, et surtout, le centre commercial, dit « *le Carrefour* » qui le composent attirent tous les jours un flot important de Gennevillois et de Gennevilloises, peu le considèrent comme un « *centre-ville* ». Une habitante des Agnettes estime par exemple que sa ville s'apparente à une juxtaposition de « *petits morceaux* » : « *Vous savez ici c'est que des petits morceaux, mais il n'y a pas de liaisons entre les quartiers, en plus il n'y a pas de centre-ville ici* » (femme, 76 ans, Agnettes, Gennevilliers), alors qu'une femme résidant dans le quartier du Luth déclare qu'« *il y a des identités quartiers, et bon comme il n'y a pas vraiment de centre-ville. Il n'y a pas la guerre de quartiers heureusement, mais bon* » (femme, 64 ans, Luth, Gennevilliers).

Enfin, l'originalité de certains quartiers gennevillois se manifeste également par leurs caractéristiques urbanistiques. Les quartiers du Village et de la Cité-jardin se composent par exemple d'une trame viaire moins rectiligne que le reste de la commune et d'une part plus importante de logements individuels (alors que le reste de la ville est dominée par les logements collectifs[10]). Le quartier du Village possède en son centre la place de l'église et du marché. Une importante partie de son parc immobilier est constitué de maisons individuelles, dont certaines témoignent du passé agricole du vieux bourg (photographie n°7). Le quartier de la Cité-jardin est plus récent. Il a été construit entre 1923 et 1934 sur l'ancien parc du château de Richelieu. La Cité-jardin se compose de petits pavillons et de longs immeubles groupés autour d'espaces verts. Ces maisons jumelées possèdent chacune un jardin. Les plans sont largement inspirés des idées de l'urbaniste anglais Howard, selon lequel un quartier doit être pourvu d'infrastructures nécessaires à sa vie sociale (centre culturel, équipements sociaux, commerces, etc.). À Gennevilliers, la Maison pour tous (qui abrite le cinéma municipal depuis 1975) et l'école maternelle Pasteur sont des illustrations de l'application de cette vision.

Photographie n°7 : Le Village et la Cité-jardin, des paysages urbains originaux



Le Village à gauche, et la Cité-Jardin à droite. Sources : E. Faure, avril 2014.

Inversement, les quartiers du Luth ou des Agnettes abritent d'imposants bâtiments de logement collectif et d'équipements sportifs. Par exemple, aux Agnettes la « barre Victor-Hugo » a pendant des années été la plus longue d'Europe (photographie n°8).

[10] Par exemple, 27,1 % des logements sont individuels à la Cité-jardin, 17,7 % au sein des deux Iris du quartier du Village, contre en moyenne 9,6 % sur l'ensemble de la ville, ou 0,5 % au Luth et 1,7 % aux Agnettes (Insee, RGP 2009).

<u>Photographie n°8 :</u> Les Agnettes et le Luth comme image d'Épinal des quartiers de banlieue parisienne



Sources : Le Luth (à gauche) : Didier Comellec. Les Agnettes à droite : E. Faure, 2015.

À Boulogne-Billancourt, les inégalités sociales sont bien plus importantes (1.3.2 chapitre 2), or elles s'ancrent dans une organisation spatiale plus diffuse et complexe dans laquelle l'échelle du quartier semble moins centrale (1.3.2 chapitre 2). Nos résultats de terrain révèlent en effet une moindre importance de l'échelle du quartier dans les représentations et pratiques des Boulonnais et des Boulonnaises (en comparaison de la ville de Gennevilliers, ou bien de l'appropriation d'autres échelles spatiales). Les entretiens et discussions informelles avec des habitants et des habitantes du quartier des Squares attestent par exemple de la multiplicité, mais aussi de la finesse, de leurs échelles d'appartenance territoriale. En effet, si les références à la « cité » sont nombreuses parmi les propos recueillis, cette dénomination et l'espace qu'elle incarne sont aussi, et surtout, le support de représentations négatives de la part de personnes extérieures au quartier. L'appartenance à l'une des cours (ou squares) du quartier, ou bien, et surtout, à « *un bon escalier* » a plus de sens pour ses habitants. Au Pont-de-Sèvres, les échelles du quartier et de l'Iris sont également remises en cause par l'hétérogénéité socio-économique qui les caractérisent, mais aussi par des représentations symboliquement fortes (opposition entre « *ceux d'en face* » et « *nous* » dans les propos de plusieurs habitants de la partie HLM du quartier) ou des pratiques spatiales illustratrices d'une ségrégation interne importante (fréquentations différenciées des locaux associatifs entre les habitants de la partie HLM du quartier et des résidences privées par exemple). L'installation progressive de grilles séparant les différentes parties de ce quartier est une autre illustration de cette ségrégation socio-spatiale micro-locale. Par exemple, deux des trois entrées de la résidence Aquitaine sont aujourd'hui équipées de digicodes. De la même façon, la résidence du Trident, située à l'extrémité ouest du Pont-de-Sèvres, est dorénavant complètement isolée du reste du quartier par un ensemble de grilles et d'entrées également équipées de digicodes. L'échelle du quartier n'est-elle pas à

Boulogne-Billancourt davantage celle du professionnel de terrain, du chercheur ou de l'élu que celle des habitants s'identifiant à des échelles plus larges (la ville, la portion de ville) ou bien plus fine (la partie HLM du Pont-de-Sèvres, ou l'une des cours du quartier des Squares par exemple) ?

Les résultats présentés dans cette seconde partie montrent l'intérêt de l'échelle des Iris dans l'étude de la répartition spatiale des taux de participation au dépistage du cancer colorectal (identification de certaines tendances spatiales, possibilité de comparaison avec des données sociodémographiques disponibles à cette échelle par exemple) mais aussi ses limites. En effet, cette échelle agrège certains espaces ne correspondant pas aux représentations et pratiques territoriales observées. Au contraire, elle peut également séparer des territoires caractérisés par des indicateurs socio-économiques homogènes ou des représentations et pratiques spatiales communes. Une analyse à des échelles plus fines ainsi qu'une approche mobilisant des données qualitatives apporte de nouveaux éléments de compréhension de la géographie de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal.

3. De l'intérêt de l'approche microlocalisée de la participation au dépistage du cancer colorectal

L'approche microlocalisée proposée dans cette dernière partie repose sur deux méthodologies récemment développées par notre équipe : l'analyse de taux de participation lissés à partir d'un carroyage et l'étude d'agrégats statistiquement significatifs de sur ou de sous-participation (buffer).

L'analyse des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle de carroyages de 50 mètres sur 50 mètres permet de s'affranchir des limites des Iris et donc d'interroger cette maille associant des espaces éventuellement très hétérogènes. La seconde méthodologie vise à identifier des lieux pour lesquels la participation est significativement (et statistiquement) plus élevée, ou au contraire plus faible, qu'attendue au regard de la participation moyenne de la commune.

3.1. Participation et carroyage à Boulogne-Billancourt

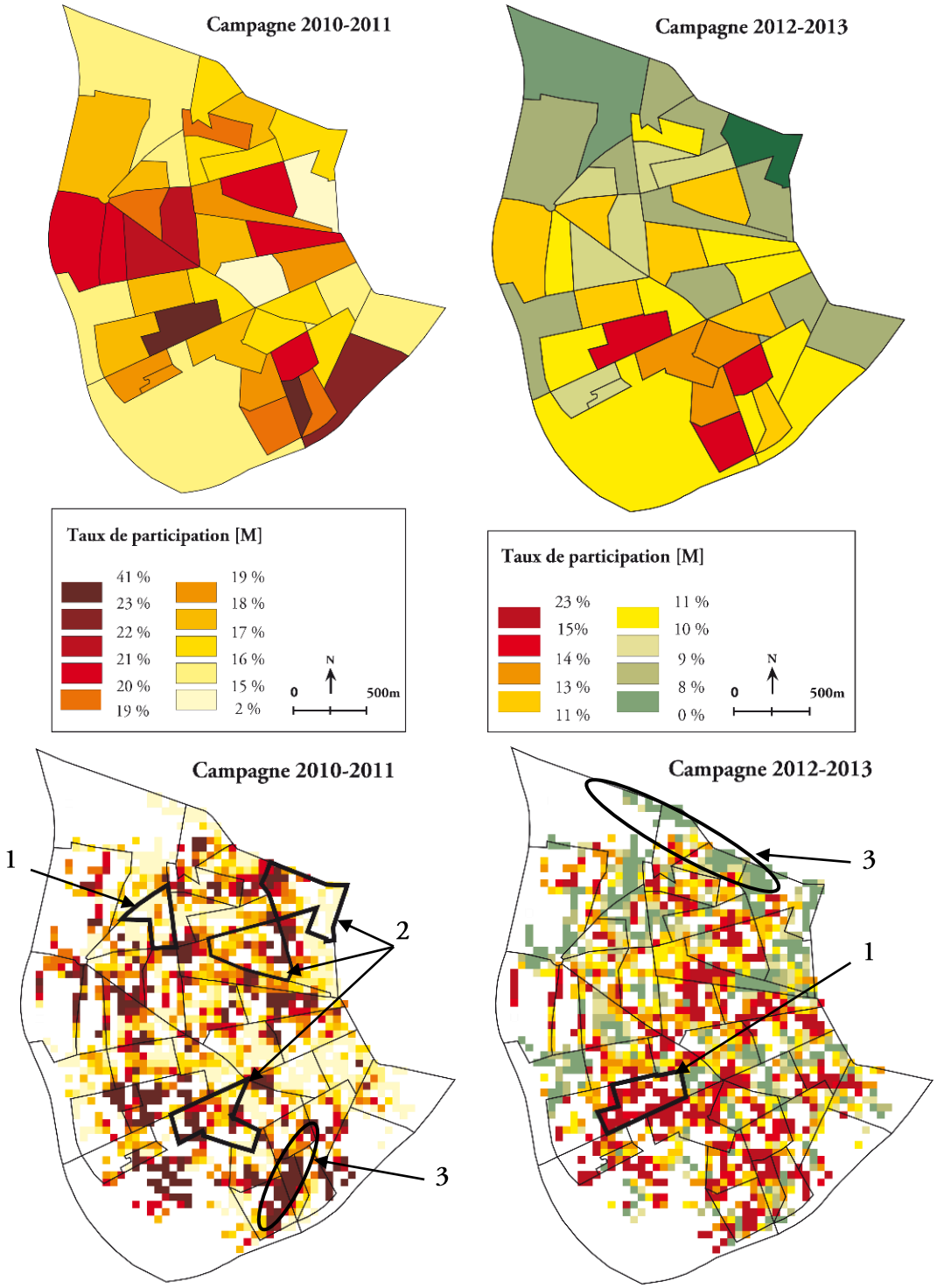
Nous avons montré qu'à Boulogne-Billancourt la géographie de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal n'est pas, à l'échelle des Iris, caractérisée par des fractures ou au contraire des continuités spatiales marquées. Ces résultats paraissent surprenants au regard de l'histoire locale, la morphologie urbaine ou bien la répartition spatiale des classes sociales dans la ville. Nous posons donc l'hypothèse qu'un changement d'échelle (vers une maille plus fine et adaptable que celle de l'Iris) permet de mieux comprendre la répartition spatiale des taux de participation de cette commune et d'interroger la pertinence de l'échelle de l'Iris dans l'analyse de la participation au dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt.

3.1.1. Répartition spatiale des taux de participation

Notre analyse de la participation boulonnaise à partir d'un carroyage de 50 mètres sur 50 mètres témoigne des limites de l'échelle des Iris (carte n°40).

En effet, si les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont homogènes dans quelques Iris de la ville (n°1 sur les cartes suivantes), certains comprennent à la fois des concentrations de taux forts et d'autres de taux très faibles (n°2 sur les cartes suivantes). Inversement, des pôles de fortes, ou au contraire de faible participation se situent sur deux voire trois Iris (n°3 sur les cartes suivantes). Certaines continuités spatiales sont donc annihilées par l'échelle des Iris. De plus, nous observons une polarisation des taux forts et des taux faibles sur des espaces très restreints, bien plus fins que les Iris.

Carte n°40 : Participation globale à Boulogne-Billancourt à l'échelle des Iris et d'un carroyage de 50 m*50m

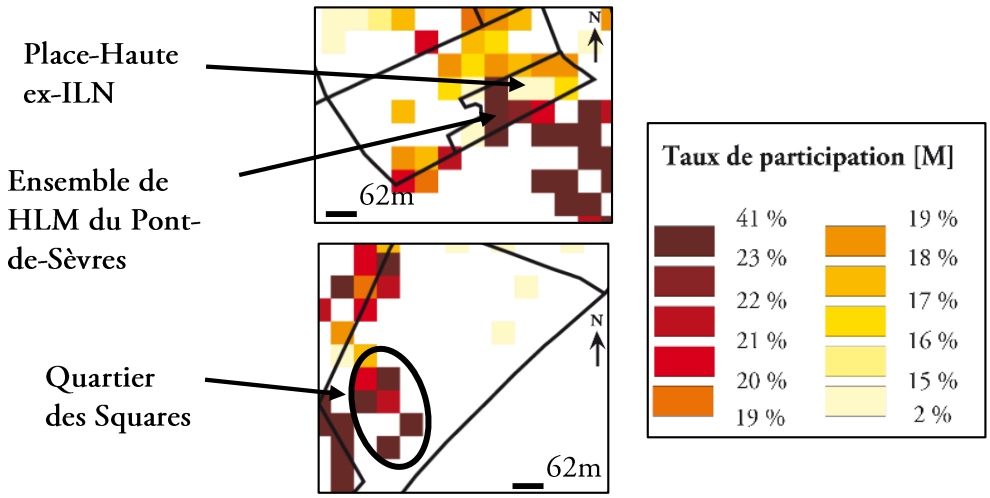


Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

Cette répartition spatiale originale fait écho à la très forte densité de population et à certaines organisations territoriales boulonnaises comme la juxtaposition d'une multitude de micro-quartiers. En 2010-2011, l'Iris Pont-de-Sèvres HLM enregistre par exemple des taux de participation élevés à l'ouest et plus faibles à l'est (carte n°41). Cette fracture spatiale correspond à celle de la répartition du bâti au

sein du quartier (logement HLM à l'est et logements sociaux, mais plus coûteux (ex-ILN) à l'ouest). Elle illustre aussi une différenciation de l'organisation territoriale de ces espaces (vie associative, mobilités quotidiennes, services fréquentés, etc.). De la même façon, les taux de participation de l'ensemble de logements du quartier des Squares se démarquent du reste de son Iris (carte n°41). La participation est nettement plus forte aux Squares que dans l'ensemble de logements situé à l'est de cet Iris (le centre de l'Iris est occupé par le cimetière sud de la commune).

Carte n°41 : Zoom sur l'Iris Pont-de-Sèvres HLM et le quartier des Squares en 2010-2011

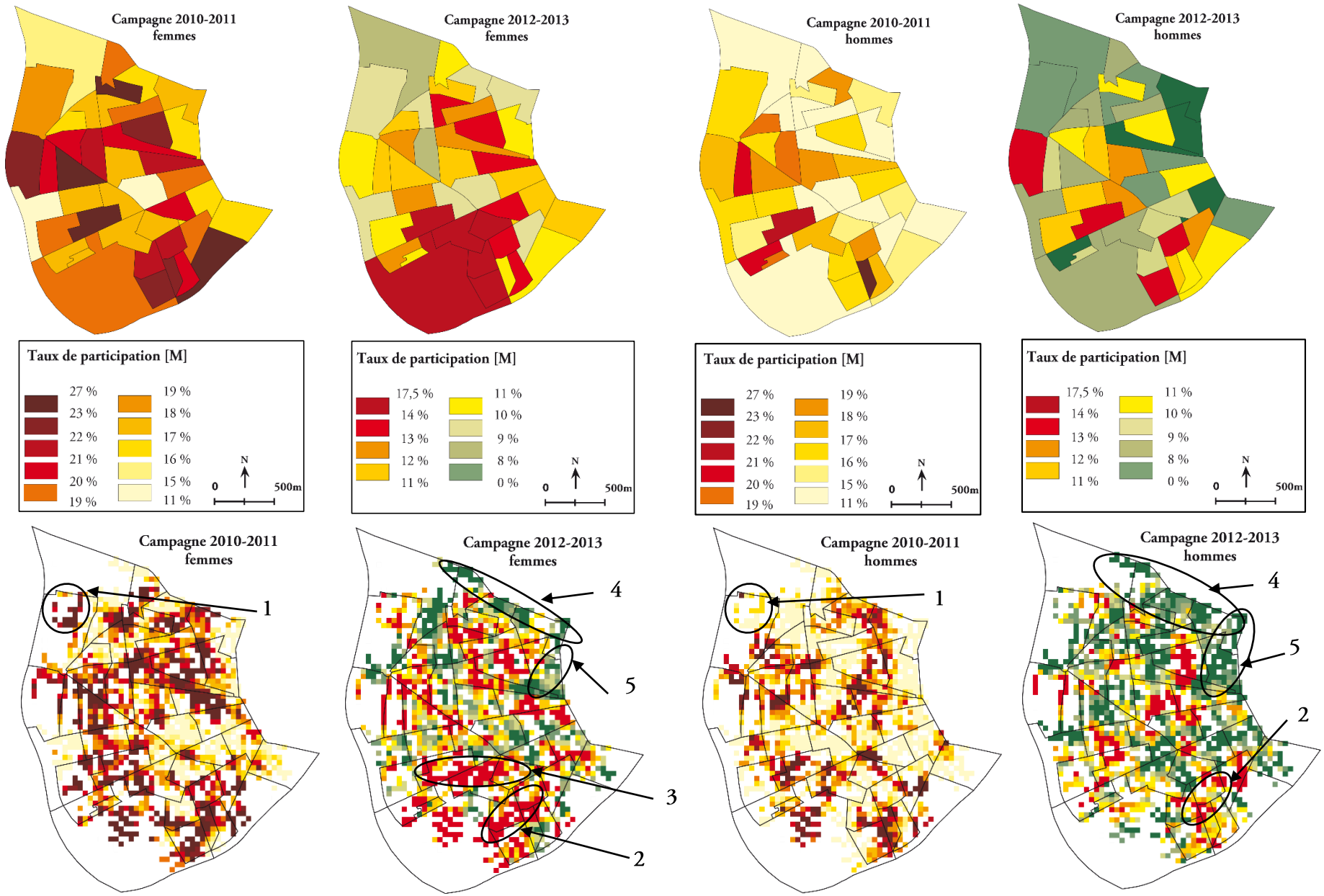


Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

Comme le montre les cartes reportées sur la planche suivante, de façon générale, la comparaison des représentations cartographiques de la participation des hommes et des femmes met en valeur l'engagement plus massif des femmes par rapport aux hommes (carte n°42). Cependant, de nombreuses situations microlocalisées apparaissent alors qu'elles n'étaient pas perceptibles à l'échelle des Iris.

Des ensembles de carreaux sont caractérisés par des taux féminins très forts, mais au contraire très faibles chez les hommes (n°1 sur la planche ci-dessous). Inversement, des ensembles de carreaux caractérisés par des taux de participation féminins ou masculins forts, ou au contraire faibles, ne correspondent pas du tout aux tracés des Iris (n° 2, 3, 4 et 5 sur la planche ci-dessous). Cependant, si certains de ces ensembles spatiaux sont communs aux deux sexes, ils ne sont souvent pas aussi marqués chez les femmes que chez les hommes (n°2, 4 et 5 sur la planche ci-dessous). Enfin, certaines logiques spatiales ne sont pas communes aux deux sexes (n° 3 sur la planche ci-dessous). Finalement, nos résultats montrent que la polarisation des taux forts et des taux faibles sur de toutes petites portions du territoire boulonnais caractérise la cartographie féminine autant que masculine.

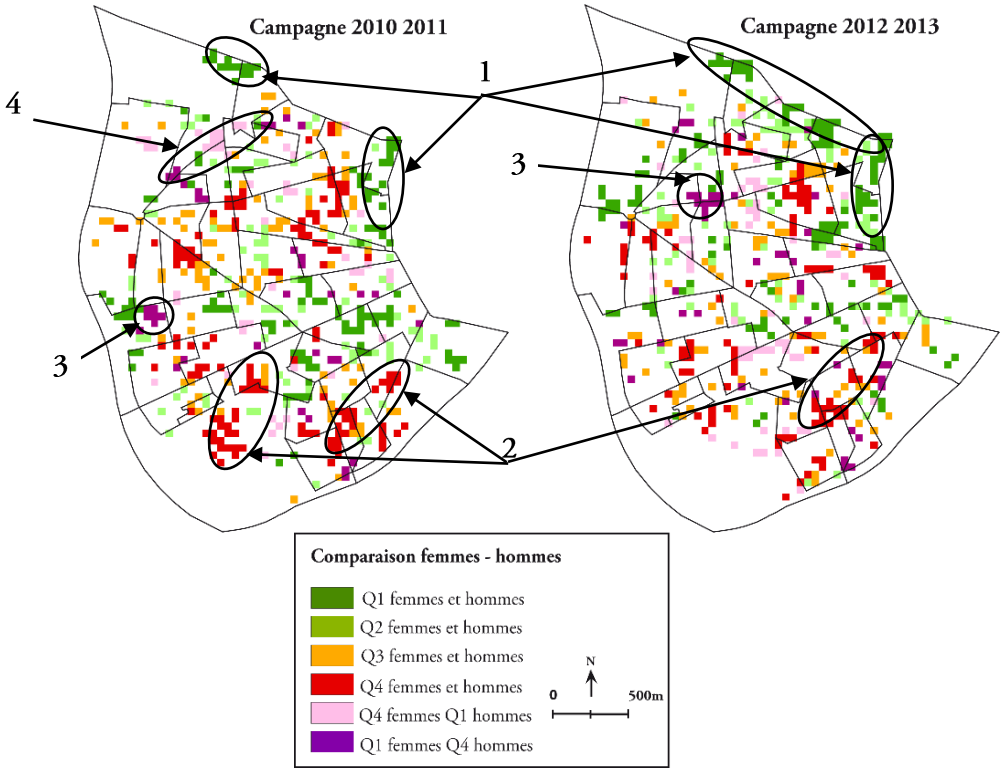
Carte n°42 : Taux de participation des femmes et des hommes à Boulogne-Billancourt en 2010-2011 et en 2012-2013 à l'échelle des Iris et d'un carroyage de 50 m*50 m



Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

Comme l'illustrent les deux cartes suivantes, la très faible participation d'espaces situés dans l'extrême nord et le nord-est de la commune est commune aux hommes et aux femmes (n°1 sur la carte suivante). Inversement, la partie sud de la ville est caractérisée par des taux de participation plus importants, et ce pour les hommes comme pour les femmes (n°2 sur la carte suivante).

Carte n°43 : Comparaison du classement[11] des taux de participation des hommes et des femmes en 2010-2011 et 2012-2013 (carroyage de 50 mx50m)



Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

Ces représentations cartographiques montrent également que dans certains carreaux (violet foncé), la participation des hommes est relativement forte (par rapport aux hommes de la commune) alors que celle des femmes est faible (par rapport aux autres Boulonnaises). Inversement, certains espaces sont caractérisés par une participation féminine parmi les plus élevées et une participation masculine parmi les plus faibles de la ville (carreau en violet clair). Ces situations sont relativement nombreuses, et réparties sur l'ensemble de la ville. Si aucune logique d'échelle communale (nord/sud par exemple) ne peut être identifiée, il apparaît que ces espaces sont très polarisés (n°3 sur la carte). De plus, leurs

[11] Rappelons que le premier quartile (Q1) comprend les zones enregistrant les taux de participation les plus faibles de la distribution. Inversement, Q4 comprend les zones caractérisées par les taux de participation les plus élevés.

répartitions spatiales correspondent dans certains cas à l'organisation de la trame viaire de la commune (par exemple le n°4 sur la carte correspond tout à fait au tracé de l'avenue Jean-Baptiste Clément).

En conclusion, l'extrême nord et nord-est de la commune, aisé et résidentiel, est caractérisé, à l'échelle des carreaux de 50mx50m comme à celle des Iris, par une faible participation (globale, féminine comme masculine). Inversement, les quartiers de classes moyennes du sud de la commune, ainsi que le quartier populaire du Pont-de-Sèvres, enregistrent des taux de participation plus faibles. Cependant, la situation d'ensemble correspond davantage à une **mosaïque d'espaces très restreints dans lesquels les taux de participation des hommes et des femmes sont parfois similaires et parfois très différents.** Finalement, la répartition spatiale de ces données de dépistage illustre **l'extrême hétérogénéité du territoire boulonnais, l'existence de logiques microlocalisées** (pôle autour de quelques bâtiments, ou bien d'une portion de rue). Les échelles des quartiers ou des Iris apparaissent donc peu pertinentes à l'étude de ces pratiques sanitaires boulonnaises davantage ancrées dans des périmètres urbains très restreints, ou d'autres natures (échelle de la rue).

3.1.2. Analyse de l'évolution de la participation entre les deux campagnes

La planche suivante permet d'appréhender l'évolution de la participation (globale, féminine et masculine) entre les deux campagnes à l'échelle des carreaux de 50 mètres par 50 mètres. Il s'agit de comparer ces espaces en fonction de leur classement en quartile (carte n°44).

La participation globale au dépistage organisé du cancer colorectal apparaît relativement instable. En effet, une importante proportion de carreaux voit son taux de participation changer de quartile entre les deux campagnes et certaines de ces évolutions sont particulièrement marquées (en violet foncé et clair sur la carte) : ces taux de participation passent de fort (Q4) à faible (Q1), ou, au contraire, de faible (Q1) à fort (Q4). Cependant, des espaces sont caractérisés par des taux durablement faibles (en vert foncé sur la carte) ou au contraire, forts (en rouge sur la carte). Par exemple, la faible participation des espaces situés dans le nord et nord-est de la ville est constante.

De plus, des spécificités micro-locales originales apparaissent.

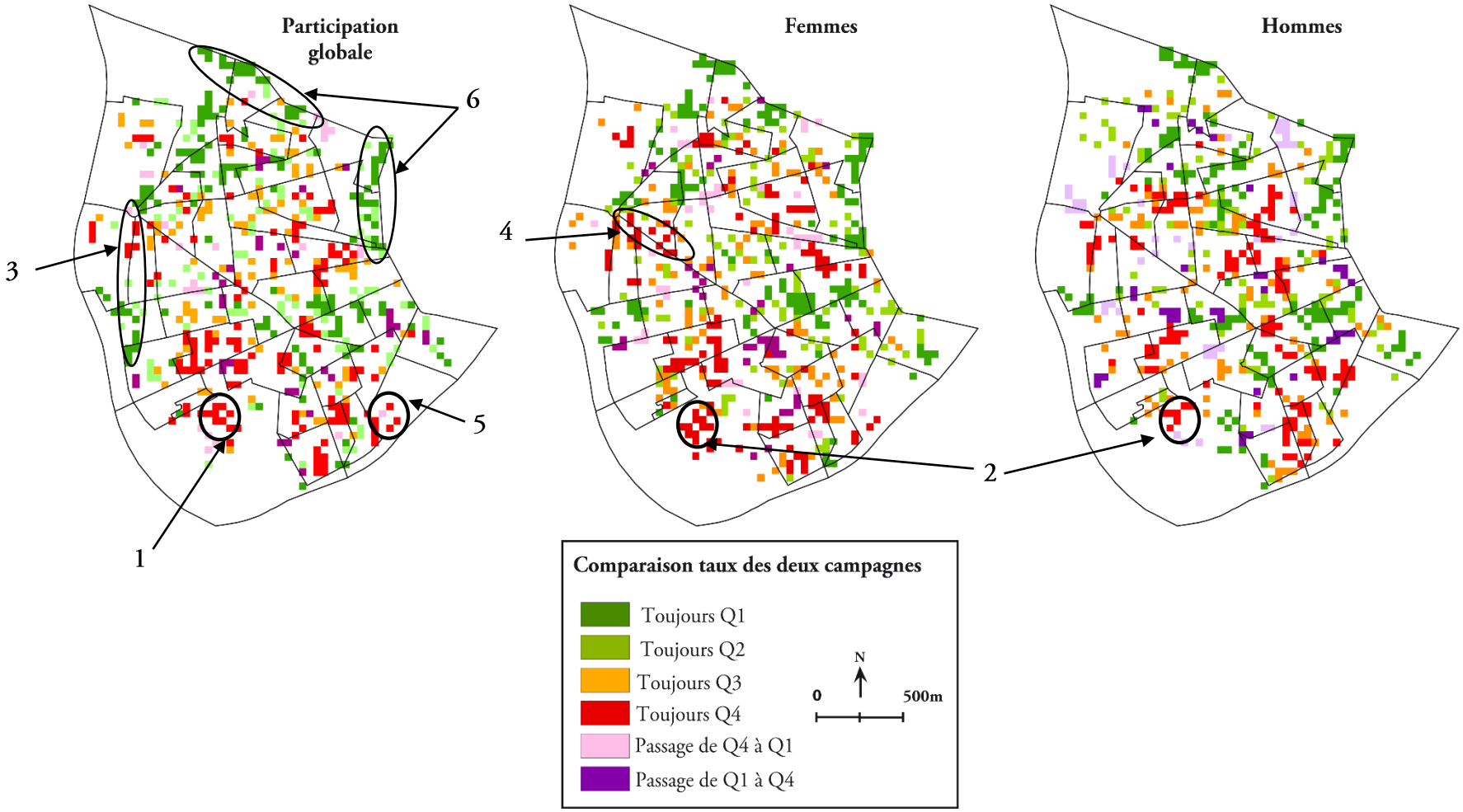
On observe par exemple une forte baisse de la participation dans certaines zones du vaste Iris Renault 3 (n°1 sur la carte). Or, d'après les traitements sexo-spécifiques, elle est essentiellement attribuable aux hommes et non aux femmes (n°2 sur les cartes de la participation masculine et féminine). Inversement, les taux de participation sont stables dans un grand nombre d'espaces (carreaux verts et rouges sur les

cartes suivantes). Ces derniers sont concentrés dans certains micro-quartiers, autour d'une rue (rue de Sèvres (n°3 sur la carte suivante), le nord de l'avenue André Morizet près de la porte de St Cloud (n°4 sur la carte suivante)) ou d'une résidence (les Pouillon[12] par exemple (n°5 sur la carte suivante)). Cette résidence se distingue en effet du reste de son quartier. Les taux de participation des hommes et des femmes de cette résidence font partie des plus élevés de la ville, et ce en 2010-2011 comme en 2012-2013. On observe un gradient nord/sud le long de la rue de Sèvres (n°3 sur les cartes suivantes) : les taux de participation sont durablement faibles au sud de cette rue (en vert sur les cartes), et au nord, partie de l'axe abritant une population plus aisée, les taux de participation au programme sont parmi les plus élevés de la commune et ce en 2010-2011 comme en 2012-2013 (en rouge sur les cartes). Enfin, les espaces situés dans l'extrême nord et le nord-est de la commune se démarquent de nouveau (n°6 sur la carte suivante). Ils apparaissent durablement caractérisés par des très faibles taux de participation (et ce pour les hommes comme pour les femmes).

Finalement, la géographie de la participation au dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt est caractérisée par un ancrage local des comportements préventifs des individus d'échelle très restreinte. En effet, ces représentations cartographiques font ressortir une mosaïque de situations souvent reflet de l'organisation du bâti, de la répartition des classes sociales dans la ville ou bien de l'appartenance des habitants à certains ensembles de logement cohérents et dissemblables du reste de leur quartier. L'analyse à l'échelle d'un carroyage fait apparaître une mosaïque de situations ne correspondant ni à la fracture socio-économique et symbolique nord-sud qui caractérise la commune de Boulogne-Billancourt à une opposition franche entre des quartiers défavorisés ou très aisés, des quartiers où la population est implantée depuis des décennies ou des quartiers récents. Cependant, cette échelle fine semble bien plus appropriée que celle des Iris dans la mesure où elle permet d'identifier des entités spatiales originales ne se superposant pas au découpage des Iris de la ville. L'échelle des Iris ne serait donc pas l'échelle la plus adaptée à l'analyse des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt. Inversement, nous avons pu identifier des micro-pôles de sur ou sous-participation, plus ou moins stables dans le temps, mais toujours organisés autour de quelques bâtiments ou bien de portions de rues ou d'avenues.

[12] La résidence des Pouillon, du nom de son architecte Fernand Pouillon, construite entre 1958 et 1963, est située dans le sud de la ville. À quelques centaines de mètres au nord du quartier des Squares, cette résidence compte deux mille deux-cent soixante logements de standing. Elle abrite une population relativement aisée, et offre un cadre de vie privilégié (parc et jardin avec plan d'eau, voies de circulation piétonne, décoration de façades en feuille d'or, etc.).

Carte n°44 : Classement des zones en fonction de la distribution de la participation globale, des femmes et des hommes en 2010-2011 et en 2012-2013 (carroyage de 50 mx50m)



Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

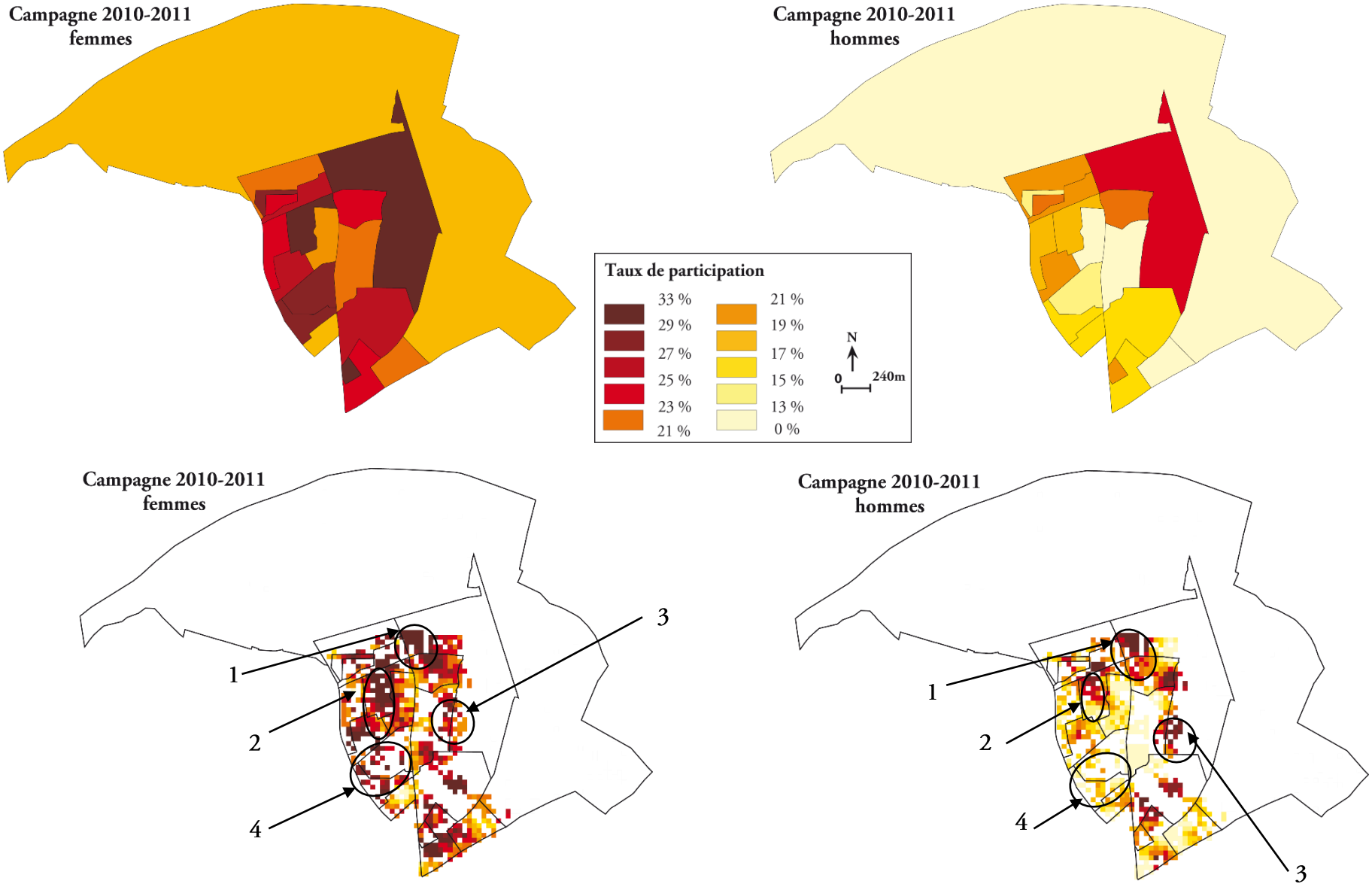
Nous considérons que l'hétérogénéité spatiale des taux de participation appréhendée à l'échelle des Iris, comme l'absence de corrélation statistique entre ces taux et les caractéristiques socio-économiques des habitants, sont en partie attribuable à la non-adaptation de l'échelle Iris à la situation boulonnaise. De plus, ces résultats traduisent l'organisation spatiale de Boulogne-Billancourt en une mosaïque de territoires d'échelle fine (bâtiments, résidences, portions de rue) que les modes et temporalités de construction de la ville permettent de mieux comprendre. En effet, contrairement à Gennevilliers dont les quartiers sont les fruits de vastes programmes de construction sur d'anciens terrains industriels ou maraîchers, la trame urbaine boulonnaise résulte d'une évolution lente et sporadique. Enfin, l'organisation spatiale de Boulogne-Billancourt est le reflet de la cohabitation de classes sociales distinctes dans des périmètres restreints (gradient socio-économique fort le long d'une rue, résidence privée de standing jouxtant un ensemble d'immeubles HLM, voire, dans le nord de la ville, cohabitation de classes sociales très différentes au sein d'un même immeuble).

3.2. Participation et carroyage à Gennevilliers

3.2.1. Répartition spatiale des taux de participation

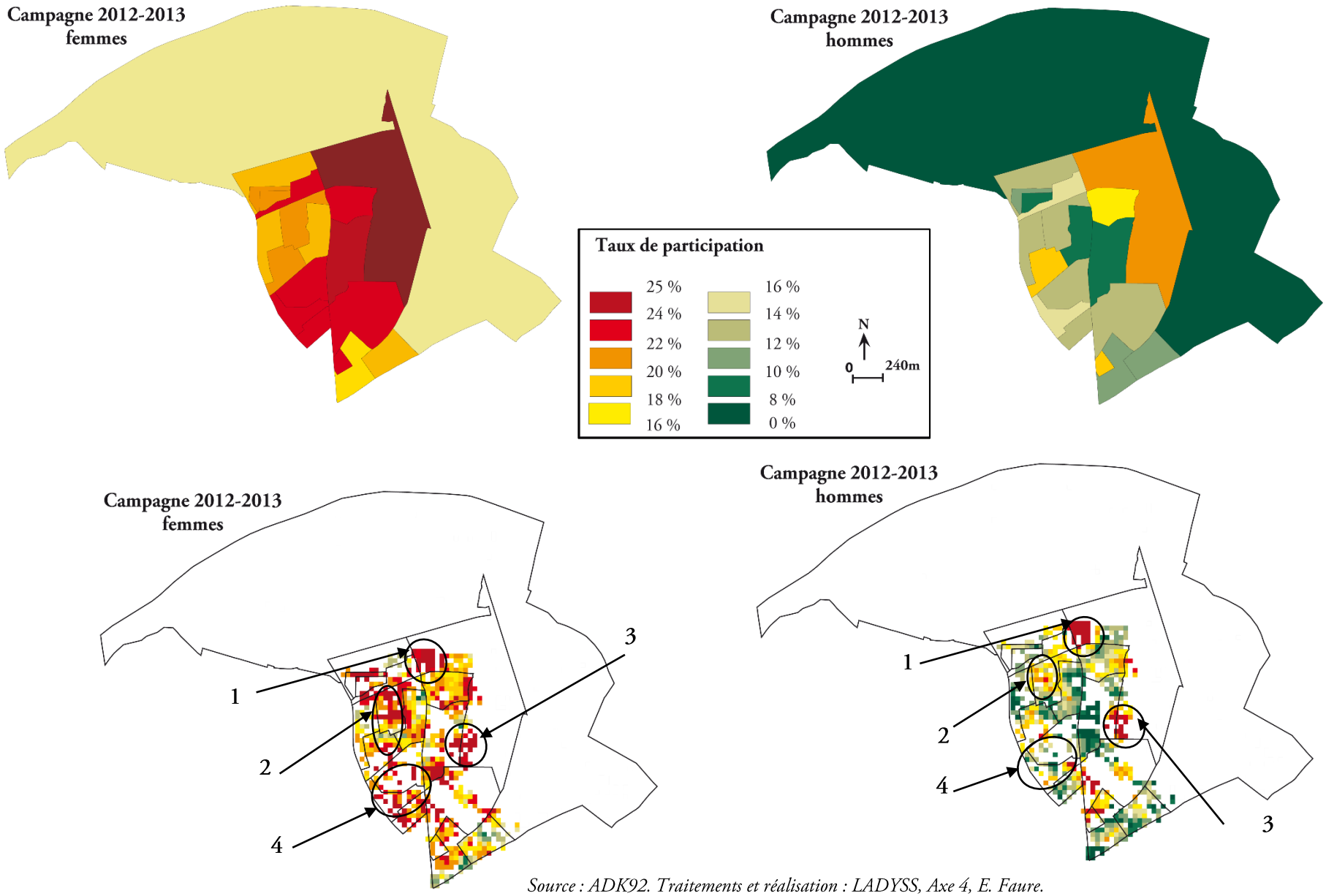
Contrairement à la situation boulonnaise, à Gennevilliers la répartition spatiale des taux de participation à l'échelle de carreaux de 50 mètres sur 50 mètres est caractérisée par de vastes espaces continus de forte ou de faible participation. En effet, la géographie de ce programme de dépistage n'apparaît pas aussi morcelée qu'à Boulogne-Billancourt (carte n°45 et 46).

Carte n°45 : Participation des hommes et des femmes à Gennevilliers en 2010-2011 à l'échelle des IRIS et d'un carroyage de 50 mx50m



Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

Carte n°46 : Participation des hommes et des femmes à Gennevilliers en 2012-2013 à l'échelle des Iris et d'un carroyage de 50 mx50 m

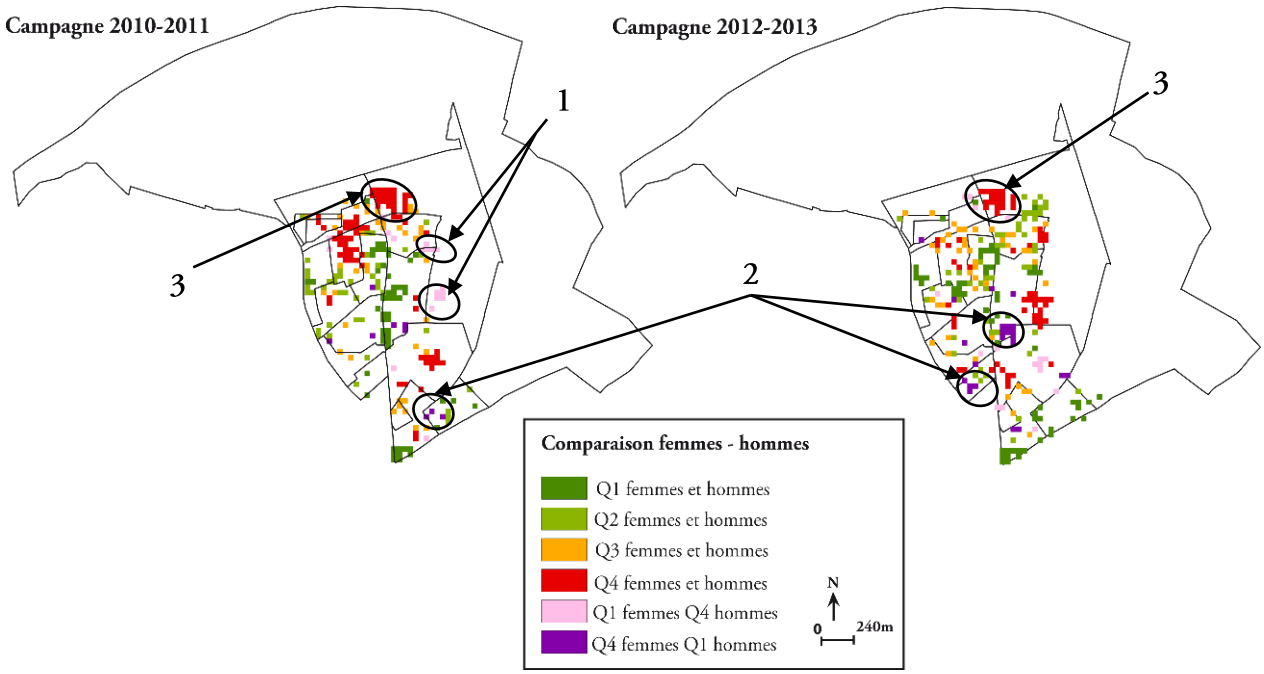


Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

L'échelle des quartiers semble pertinente pour l'analyse des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal. En effet, des ensembles de carreaux caractérisés par des taux de participation féminins ou masculins forts (ou faibles) ne correspondent pas toujours aux tracés des Iris, mais plutôt à ceux des quartiers tels qu'ils nous sont apparus au travers du travail de terrain. Par exemple, les taux de participation des hommes et des femmes résidant dans le quartier du Village s'individualisent nettement (n°1 sur les cartes suivantes). De la même façon, les femmes du quartier de la Cité-jardin et les hommes résidant dans le nord de ce quartier participent également davantage que le reste de la commune (n°2 sur les cartes suivantes).

Ces cartographies montrent également que si certaines logiques spatiales sont communes aux deux sexes (au Village (n°1) ou dans le quartier Chandon-Brenu (n°3) par exemple), d'autres sont caractérisées par des écarts importants entre hommes et femmes. Ainsi, des ensembles de carreaux sont caractérisés par des taux féminins très forts, mais au contraire très faibles chez les hommes (par exemple aux Agnettes : n°4 sur les cartes suivantes).

<u>Carte n°47 :</u> Comparaison du classement[13] des taux de participation des hommes et des femmes de Gennevilliers (carroyage de 50 mx50m)



Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

[13] Rappelons que le premier quartile (Q1) comprend les zones enregistrant les taux de participation les plus faibles de la distribution. Inversement, Q4 comprend les zones caractérisées par les taux de participation les plus élevés.

Enfin, à cette échelle, comme à celle des Iris, la participation gennevilloise est caractérisée par des configurations locales féminines et masculines souvent différentes (carte n°47). Dans certains espaces, voire quartiers, la participation des hommes est relativement forte par rapport aux hommes de la commune, alors que celle des femmes est faible par rapport aux autres Gennevilloises (n°1 sur les cartes précédentes). Inversement, certains espaces, plus nombreux que les précédents, sont caractérisés par une participation féminine parmi les plus élevées de la commune et une participation masculine parmi les plus faibles (n°2 sur les cartes précédentes). La forte participation des individus résidant dans les quartiers du Village est bien à la fois le fait des hommes et des femmes, en 2010-2011 comme en 2012-2013 (n°3 sur les cartes précédentes). Enfin, les quartiers du Village et de la Cité-jardin, légèrement plus aisés que le reste de la ville, sont caractérisés par une forte participation féminine comme masculine. Inversement, les quartiers très populaires des Grésillons, du Luth ou le nord des Agnettes enregistrent des taux de participation bien plus faibles.

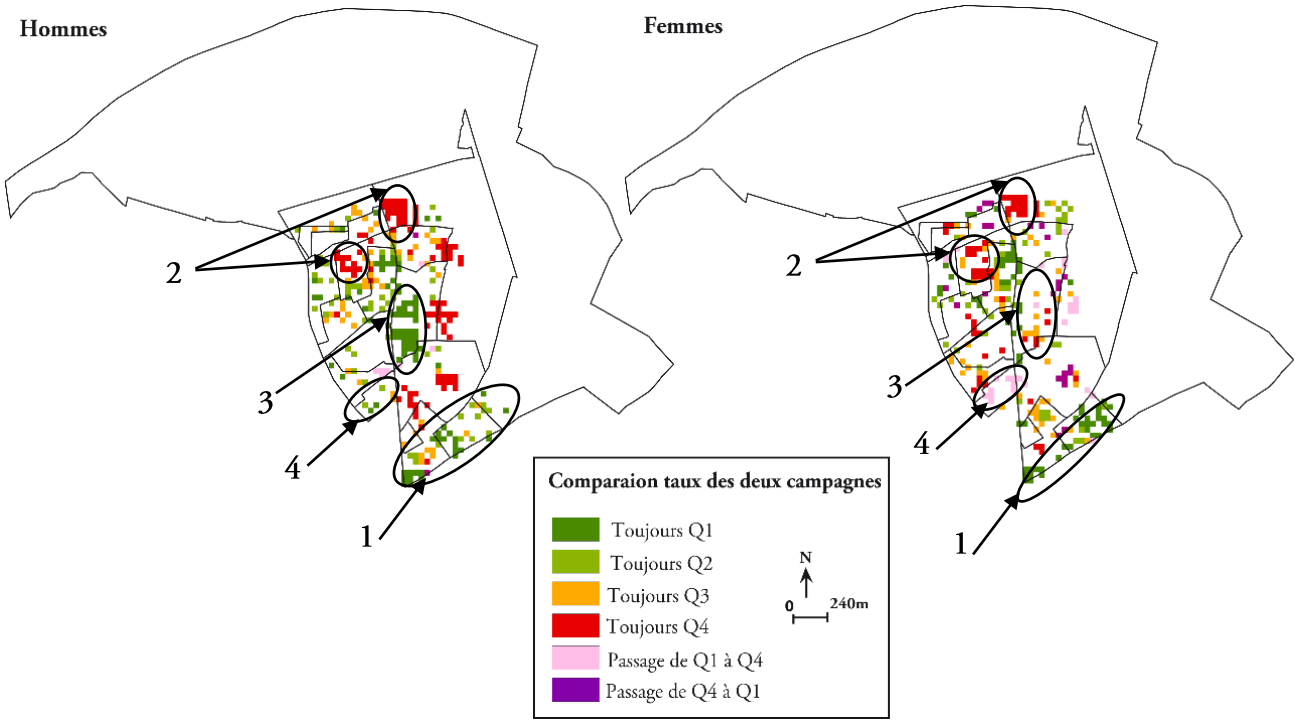
Alors que la situation boulonnaise correspond à une mosaïque d'espaces très restreints, à Gennevilliers la participation au dépistage organisé du cancer colorectal laisse apparaître des **logiques de quartier, parfois communes aux deux sexes** (quartier du Village) **et parfois caractérisées par d'importants écarts entre hommes et femmes** (sud des Agnettes en 2010-2011 ou nord des Grésillons).

3.2.1. Analyse de l'évolution de la participation entre les deux campagnes

Comme à l'échelle des Iris, la répartition spatiale des taux de participation des Gennevillois et des Gennevilloises appréhendée à échelle très fine est relativement stable.

La majorité des espaces gennevillois sont caractérisés par des taux durablement faibles (en vert foncé sur la carte), ou, au contraire, durablement forts (en rouge sur la carte). Par exemple, on observe une faible participation des hommes et des femmes résidant dans le quartier des Grésillons en 2010-2011 comme en 2012-2013 (n°1 sur les cartes suivantes). Inversement, les hommes et les femmes du Village et de la Cité-jardin participent massivement au dépistage organisé du cancer colorectal lors des deux campagnes (n°2 sur les cartes suivantes). Enfin, cette stabilité spatio-temporelle est plus importante pour les hommes que pour les femmes (il y a peu de carreaux violets sur la carte des hommes). Cependant, les taux de participation des hommes résidant au centre-est de la commune sont durablement faibles, alors que ceux des femmes de ce même espace sont hétérogènes et variables (n°3 les cartes). De plus, alors que les taux de participation des hommes du sud des Agnettes sont durablement faibles, ceux des leurs homologues féminines passent de faibles à forts entre les deux campagnes (n°4 sur la carte).

Carte n°48 : Évolution de la participation des hommes et des femmes entre les deux campagnes à Gennevilliers (quartile des carreaux de 50mx50m)



Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

En conclusion, à Gennevilliers, l'analyse de la participation au dépistage du cancer colorectal à l'échelle des carreaux de 50 mètres sur 50 mètres laisse apparaître une géographie marquée par un **ancrage fort et durable des pratiques de santé à l'échelle des quartiers**, une **stabilité spatio-temporelle importante et ce d'autant plus pour les hommes.** Les **écarts entre les hommes et les femmes apparaissent également importants, mais circonscrits à certains espaces homogènes.** Enfin, l'échelle des Iris est beaucoup moins remise en cause par nos résultats à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt. Les Iris semblent bien plus adaptés à la géographie de la participation des hommes et des femmes au dépistage du cancer colorectal.

3.3. Agrégats de sur et sous-participation à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers

Nous proposons dans ce dernier paragraphe d'identifier et d'analyser les lieux pour lesquels la participation est significativement (et statistiquement) plus élevée, ou au contraire plus faible, qu'attendue au regard de la participation moyenne de la commune.

À Boulogne-Billancourt, ces traitements confirment l'hétérogénéité de la répartition spatiale des taux de participation des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal. Des pôles de sur-participation jouxtent des espaces de sous-participation (carte n°49). De plus, la sur-participation des femmes du quartier des Squares lors de la campagne 2010-2011 est confirmée, et s'avère statistiquement significative (n°1 sur la carte n°49). Enfin, certaines situations originales peuvent être identifiées. Par exemple, des miro-espaces de sur-participation sont compris dans des espaces plus vastes de sous-participation (n°2 sur la carte n°49). Inversement, des pôles de sous-participation sont compris dans des espaces plus vastes de sur-participation (n°3 sur la carte n°49).

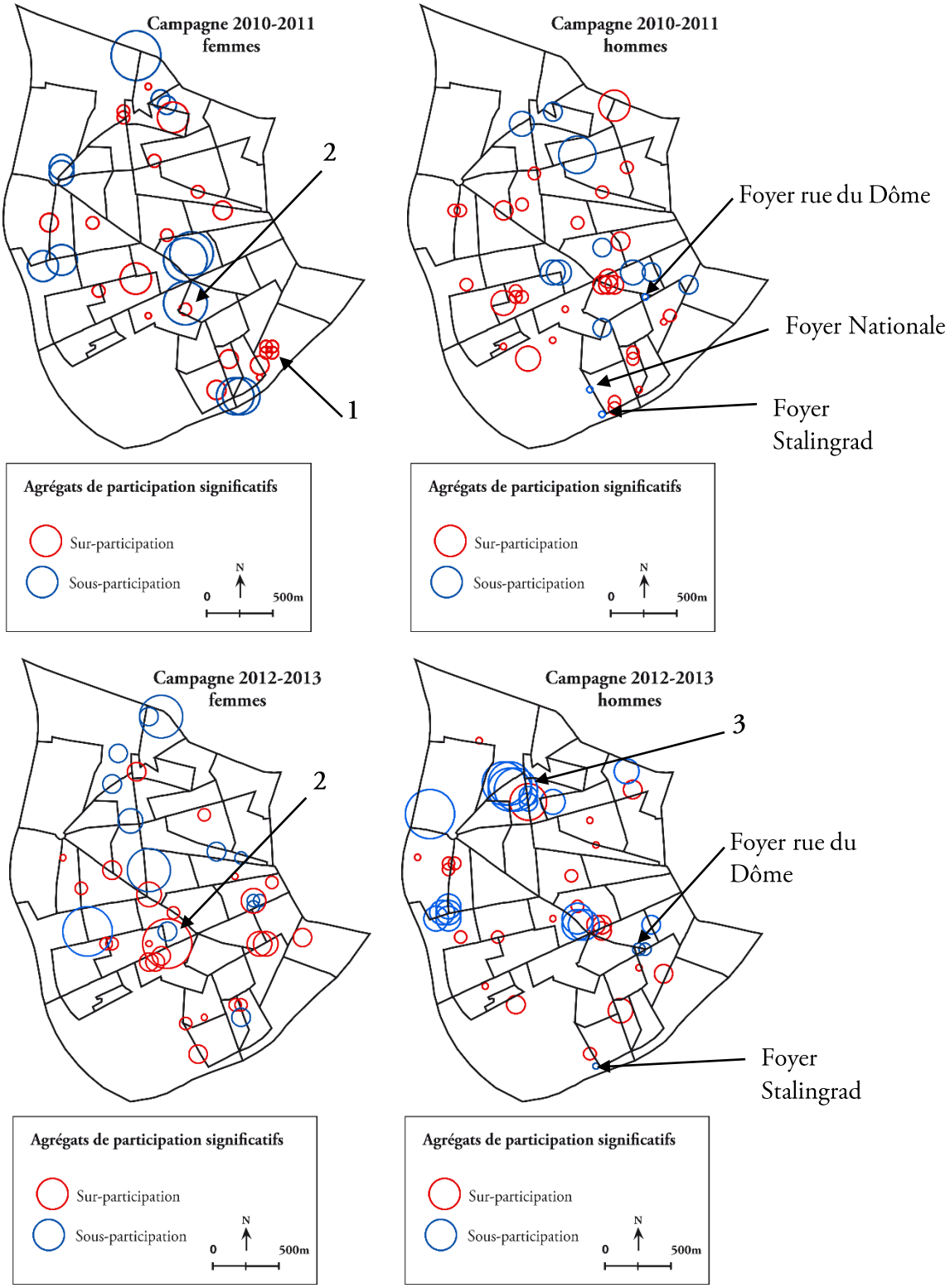
À Gennevilliers, les lieux de sur ou de sous-participation statistiquement significatifs sont beaucoup plus nombreux pour les hommes que pour les femmes. La forte participation des hommes et des femmes résidant dans le quartier du Village apparaît en effet statistiquement significative, et ce 2010-2011 comme en 2012-2013 (n°1 sur la carte n°50). Enfin, l'opposition entre les hommes et les femmes dans l'Iris sud du quartier des Agnettes apparaît également statistiquement significative en 2010-2011 (n°2 sur la carte n°50).

Il existe une importante littérature sur les conditions de vie et les états de santé des populations d'origines étrangères vivant en France (Adam et Cognet 2009 ; Berchet et Jusot 2010). Des travaux analysent plus spécifiquement les conditions de vie des Chibanis[14], dont beaucoup habitent encore aujourd'hui en foyers de travailleurs migrants (FTM), mais, à notre connaissance, peu interrogeant leurs rapports aux lieux au regard de la santé (Cognet, Hoyez, et Poiret 2012 ; Hoyez 2011 ; Pedrero 2013).

Ces foyers abritent des populations précaires, âgées, enfin une plus grande proportion de personnes parlant peu français. La littérature, comme les résultats de notre étude exploratoire (Faure 2012), montre que ces éléments participeraient à leur moindre accès à la santé préventive et plus généralement aux services publics (administrations, services sociaux, etc.) et programme de santé publique. De plus, notre analyse de la participation au dépistage du cancer colorectal à l'échelle des Iris montre que les Iris qui enregistrent les taux parmi les plus faibles de chacune des deux communes sont aussi ceux dans lesquels sont implantés des FTM (cartes n°49 et 50).

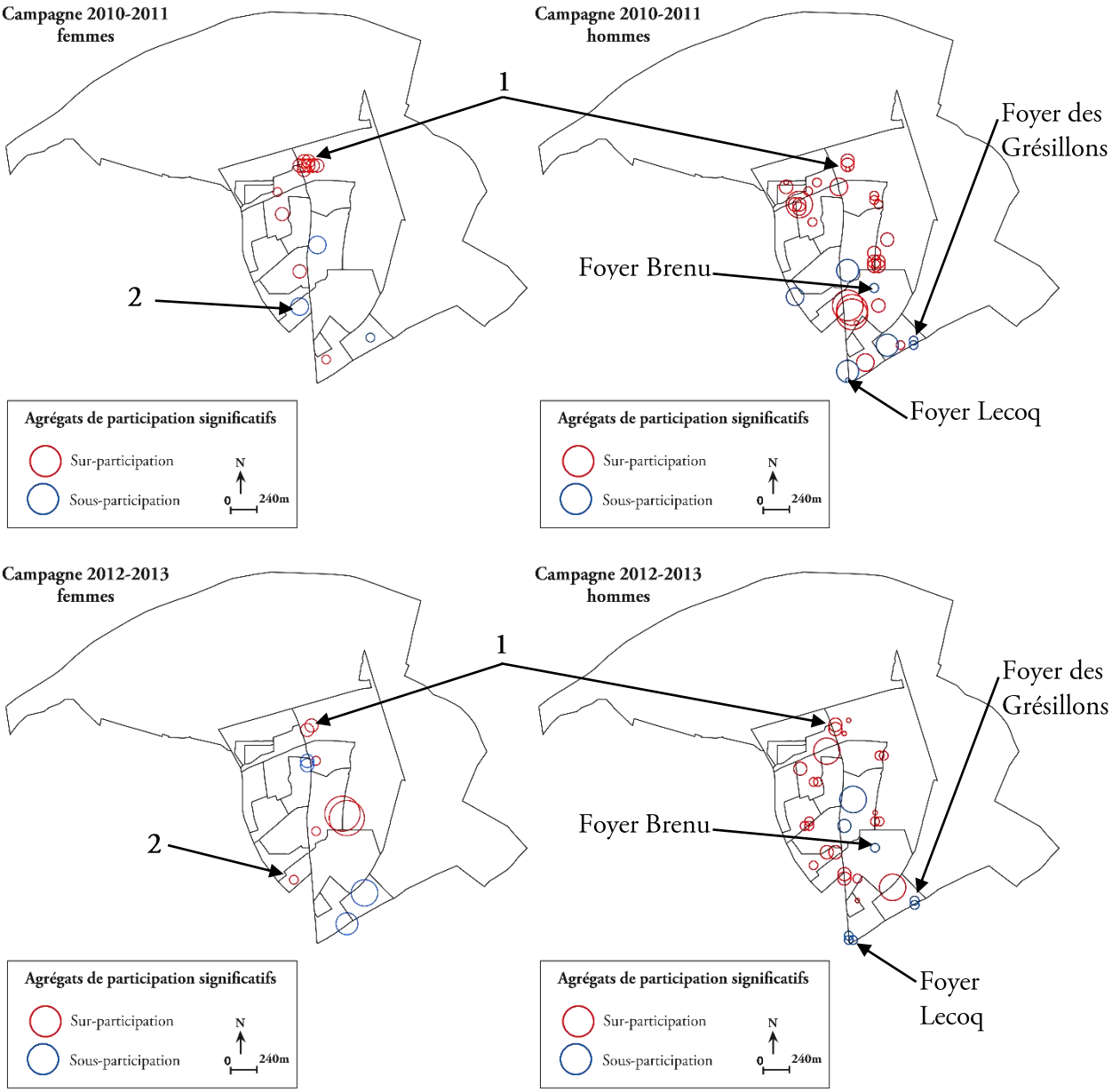
[14] Littéralement « cheveux blancs » en arabe dialectal, en France le terme « *Chibani* » désigne les travailleurs immigrés, généralement maghrébins, mais également originaires d'Afrique subsaharienne, devenus retraités immigrés.

Carte n°49 : Agrégats de sur et sous-participation au dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt



Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

<u>Carte n°50</u> : Agrégats de sur et sous participation au dépistage du cancer colorectal à Gennevilliers



Source : ADK92. Traitements et réalisation : LADYSS, Axe 4, E. Faure.

À Gennevilliers, les Iris Grésillons 4 et Village-Chandon 2 enregistrent en 2010-2011 comme en 2012-2013 des taux particulièrement bas alors que ces espaces abritent tous deux des FTM. Enfin, d'après les médecins généralistes, ainsi que des acteurs du champ sanitaire et social rencontrés, cette population serait très peu impliquée dans une démarche de prévention. Par exemple, les médecins généralistes rencontrés citant la particularité des Chibanis (bien plus souvent à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt) considèrent qu'ils sont bien souvent en plus mauvaise santé (physique et mentale). Or, certains professionnels estiment également qu'il n'est pas aisé de suivre correctement ces patients. Leurs allers et retours au pays, leurs difficultés économiques ou bien leur isolement (de la famille comme des

systèmes d'aide à domicile, infirmière, etc.) sont considérés comme des facteurs de non-respect des traitements, de la posologie ou des programmes de santé publique. Nous avons donc posé l'hypothèse que les hommes[15] résidant dans ces foyers participent très peu au programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Nos résultats à l'échelle des buffers confirment cette hypothèse.

En effet, ces unités de logement apparaissent très nettement comme des espaces de sous-participation masculine. À Boulogne-Billancourt, les foyers de la rue du Dôme, de la place nationale et du quai Stalingrad enregistrent des taux de participation très faibles et statistiquement significatifs (carte n°49). Le « foyer national » n'apparaît plus comme un espace de sous participation significative. Les taux y sont toujours aussi faibles et très inférieurs à la moyenne communale, mais le nombre d'invités étant beaucoup plus faible en 2012-2013 qu'en 2010-2011 (respectivement 53 contre 147)[16], la significativité statistique n'est plus assurée. Les foyers Brenu, Grésillons et Lecoq à Gennevilliers sont également caractérisés par des taux de participation très faibles et statistiquement significatifs (carte n°50).

Ces foyers sont implantés dans des villes aux caractéristiques sociodémographiques très différentes et, nous le montrerons dans le chapitre 5, des municipalités menant des politiques de santé et des actions vers ces foyers fort distinctes. Or, la particularité de ces unités de logement, et donc des pratiques de santé de ces habitants apparaît nettement. Nous considérons que les conditions de vie, les histoires individuelles et collectives de ces hommes, leurs accès aux messages de santé publique, leurs accès[17] et recours à la médecine de ville ou bien leurs stratégies en termes de prévention sont des facteurs de la particularité du taux de participation des hommes résidant dans ces ensembles de logements.

Nos résultats concernant cette population « spécifique », ainsi que le travail partenarial engagé depuis plusieurs années avec l'ADK92, se concrétisent aujourd'hui par l'existence d'un groupe de travail départemental. Celui-ci vise dans un premier temps à acquérir une meilleure connaissance de ce public, et dans un second temps à diffuser des méthodologies et outils de promotion du dépistage du cancer colorectal auprès de cette population.

---

[15] Les foyers de travailleurs migrants sont des espaces non mixtes. Seuls des hommes y résident.

[16] Nous ne sommes pas en mesure de savoir pourquoi un si grand nombre de personnes invitées en 2010-2011 ne l'ont pas été en 2012-2013. À notre connaissance, aucune restructuration du foyer ou aucun déménagement massif n'ont été constatés pendant cette période. Il est donc probable que ce constat soit imputable à une erreur dans la gestion de la base de l'Assurance Maladie ou bien de l'organisme de gestion des dépistages du département.

[17] Nous montrerons plus en détail dans les chapitres 5 et 6 dans quelle mesure cette population est à la fois identifiée comme peu engagée dans les campagnes de prévention, et considérée comme « à part » voire dans certains cas exclue des programmes par les acteurs locaux de santé.

Conclusion

L'analyse de la **répartition spatiale des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal** met en évidence des **dynamiques communales et infra-communales variées et localisées.**

Ces taux de participation laissent apparaître une différenciation entre l'extrême nord et le sud du département des Hauts-de-Seine. Le sud du département est caractérisé par des taux de participation relativement élevés et des ratios femme/homme presque inexistants. Inversement, les taux de participation des communes situées à l'extrême nord des Hauts-de-Seine sont, de façon générale, bien inférieurs. Le nord du département se distingue également par l'ampleur des écarts entre hommes et femmes, et ce tout au long de la période étudiée. De plus, entre la première et la dernière campagne, les taux de participation (globale, féminine et masculine) s'accroissent dans le nord du département, alors qu'ils diminuent fortement dans le centre et le sud du département. Enfin, si les facteurs socio-économiques ne suffisent pas à expliquer ces disparités spatiales de recours au dépistage du cancer colorectal, nos résultats indiquent que la typologie socio-économique des communes du département est en partie associée à la géographie des écarts entre les hommes et les femmes. En effet, les ratios femme/homme de participation sont significativement plus élevés dans les communes appartenant à des profils socio-économiques défavorisés. Inversement, ces écarts ne sont pas significatifs, ou très peu, dans les communes appartenant à des profils socio-économiques très favorisés.

À Boulogne-Billancourt, la géographie de la participation des individus au dépistage organisé du cancer colorectal est hétérogène et instable. Seule la sous-participation, avant tout masculine, des Iris situés dans le nord-est de la ville apparaît clairement. La répartition spatiale des taux de participation ne reflète pas la fracture socio-économique, historique et symbolique séparant le nord du sud de la commune. En effet, aucun lien statistique ne peut être établi entre la participation à ce programme de santé publique et l'appartenance à un quartier situé au nord ou au sud de la ville, ou bien à un Iris caractérisé par un niveau de vie médian élevé, ou au contraire moins élevé. Les écarts entre hommes et femmes sont très faibles, majoritairement non significatifs et non corrélés aux indicateurs socio-économiques.

La ville de Gennevilliers est également caractérisée par des taux globaux et sexo-spécifiques répartis de façon hétérogène. Or, la participation au dépistage organisé du cancer colorectal accuse une certaine stabilité spatio-temporelle. De plus, les écarts entre les hommes et les femmes sont importants et persistants. En effet, les ratios femme/homme sont statistiquement significatifs dans la majorité des Iris de la ville, et ce en 2010-2011 comme en 2012-2013. Enfin, contrairement à la situation boulonnaise,

à Gennevilliers le niveau de vie moyen des Iris est positivement corrélé à l'engagement des individus dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal.

L'étude ciblée des taux de participation des quartiers du Luth, des Agnettes, du Pont-de-Sèvres et des Squares montre que les facteurs du recours des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal s'ancrent dans des logiques micro-locales complexes et évolutives, que les indicateurs socio-économiques de ces sous-espaces urbains ne suffisent pas à expliquer. Ainsi, le quartier des Squares enregistre des taux de participation proches des moyennes communales, mais des ratios femme/homme très variables d'une campagne à l'autre. Le quartier du Pont-de-Sèvres est caractérisé par des taux de participation stables et moyens, et des écarts entre les hommes et les femmes non significatifs. Dans le quartier du Luth, la participation globale au dépistage organisé du cancer colorectal est moyenne. De plus, si le ratio femme/homme n'est pas systématiquement significatif, les femmes résidant au Luth participent un peu plus que leurs homologues masculins, et ce d'autant plus lors de la seconde campagne. Enfin, le quartier des Agnettes enregistre des taux de participation moyens au regard du reste de la commune. Or, la participation féminine y est durablement et significativement bien plus importante que celles des hommes.

À notre connaissance inédite, l'analyse de ces données à des échelles très fines (carroyage de 50mx50m ou buffers) met en valeur les limites de la maille de l'Iris (surtout à Boulogne-Billancourt) et permet d'identifier la spécificité de certains espaces vis-à-vis de ce programme de santé publique. La comparaison de la répartition spatiale de la participation boulonnaise et gennevilloise au dépistage du cancer colorectal démontre la **nécessité d'adapter les échelles et mailles spatiales aux contextes locaux étudiés.** L'Iris semble peu adapté à la ville de Boulogne-Billancourt alors qu'il est davantage pertinent pour l'analyse de la participation des Gennevillois et des Gennevilloises. Enfin, la mobilisation de buffers de sur ou de sous-participation nous a permis de valider l'hypothèse selon laquelle les résidents de foyers de travailleurs migrants participent (significativement) beaucoup moins que le reste des Gennevillois ou des Boulonnais.

Cette articulation d'échelles met en évidence l'hétérogénéité des situations sanitaires entre les communes alto-séquanaises, au sein des villes et enfin de certains quartiers de Gennevilliers et de Boulogne-Billancourt. Cette hétérogénéité pose la question du sens donné aux différentes échelles et espaces mobilisés. Les limites administratives ou statistiques, à la base des représentations cartographiques présentées, permettent l'objectivation et la présentation de situations sanitaires. Mais elles peuvent s'avérer trompeuses. En effet, elles séparent des territoires parfois quotidiennement traversés ou

conjointement appropriés par les populations. Par exemple, l'avenue des Grésillons, limite entre les villes de Gennevilliers et d'Asnières, n'apparaît pas, au travers des pratiques ou des représentations sociales comme une fracture, mais plutôt comme un carrefour et un espace de rencontre. Inversement, ces limites administratives joignent des espaces qui, au vu des représentations et pratiques sociales, se distinguent fortement. C'est le cas du nord et du sud de Boulogne-Billancourt, ou du quartier du Pont-de-Sèvres vis-à-vis de l'écoquartier mitoyen. Enfin, l'hétérogénéité ainsi que l'instabilité spatio-temporelle des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal posent de nombreuses questions quant aux facteurs de la mobilisation des hommes et des femmes (facteurs individuels, évolution des discours des professionnels de santé, messages de prévention relayés à l'échelle locale, etc.).

Nous considérons qu'une meilleure compréhension de ces taux de participation, leurs déclinaisons spatiales comme leurs évolutions temporelles, nécessite une prise en compte d'un ensemble complexe de facteurs sociaux, économiques et politiques qui ne se calculent pas, mais s'appréhendent par des observations et discussions répétées et ciblées auprès de différents acteurs locaux.

Chapitre 4.

Choisir son médecin généraliste : identités des territoires, territorialités féminines et masculines

Introduction 269

1. Distance géo(graphique)-métrique : un critère majeur et commun 271

1.1. L'offre de soins en médecine générale à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers 272

1.2. Une préférence pour la « *proximité* » ? 278

1.3. Distance, recours au médecin généraliste et dépistage du cancer colorectal : approche multiscalaire de la *proximité* 280

2. Distance économique : reflet de l'hétérogénéité de l'offre de soins 298

2.1. Médecine libérale et prix des consultations 299

2.2. Le centre de santé, une alternative ? 302

2.3. Des stratégies individuelles révélatrices de tabous et barrières financières 304

3. Proximité sexuée : sexe et genre dans les choix des individus 306

3.1. Femme ou homme médecin généraliste, un faux dilemme ? 306

3.2. Genre et médecine générale : des femmes au cœur des processus 309

4. Proximité idéologique comme révélateur des dynamiques locales de santé 311

4.1. Le centre de santé comme symbole d'une médecine sociale 312

4.2. Les médecins libéraux « militants » de Gennevilliers 313

5. Proximité symbolique : territoires et ancrage local 318

5.1. Des trajectoires révélatrices des dynamiques socio-spatiales boulonnaises 318

5.2. Recours à la médecine générale comme marqueur d'ancrage territorial à Gennevilliers 328

Conclusion 334

Introduction

Ce chapitre vise à analyser les représentations et pratiques urbaines des hommes et de femmes au regard des modalités et trajectoires de recours au médecin généraliste, acteur clé du programme de dépistage organisé du cancer colorectal.

Le test Hémoccult étant remis et expliqué aux individus par leur médecin généraliste, l'accès à ce professionnel est considéré comme un facteur déterminant du succès de cette politique (Amsellem, Beck, et Gautier 2010 ; Bungener et al. 2011). Bien qu'en France l'accessibilité géographique aux médecins généralistes puisse être considérée comme satisfaisante (Barlet, Collin, et al. 2012 ; Coldefy, Com-Ruelle, et Lucas-Gabrielli 2011), les processus de ségrégations socio-spatiales, les fractures physiques ou symboliques au sein des villes peuvent en limiter l'accès (Ricketts 2010; Macintyre, Ellaway, et Cummins 2002). Les pratiques sanitaires des individus ne sauraient être appréhendées sans l'analyse de leurs contextes locaux. Les politiques urbaines (aménagement, rénovation de quartiers prioritaires) peuvent également agir comme des déterminants de l'accès aux professionnels de santé et au programme de prévention (Rican et al. 2014). Enfin, l'écoute et l'implication du médecin pour ses patients, sa disponibilité horaire, la proximité du cabinet au domicile ou au lieu de travail comme la situation administrative ou le niveau de vie des patients sont déterminants dans l'accès à ce professionnel (Bellegot 2015; Brispot 2013; Feuillet 2013). Le fait d'avoir déjà rencontré le professionnel par le passé et l'avoir apprécié, les conseils de tiers ou bien le déplacement à domicile ont également été identifiés comme critère de choix du médecin généraliste (Feuillet 2013 ; Mousel 2009). Si les dimensions géographiques, politiques, socio-économiques ou culturelles des facteurs d'accès à la médecine générale ont fait l'objet de nombreuses recherches, leurs articulations avec des normes et des rapports de genre sont bien souvent ignorées.

Nous avons mené une analyse comparative des trajectoires de recours au médecin généraliste des hommes et femmes, ainsi que des critères mobilisés par les individus dans le choix de leur médecin généraliste. Nos résultats montrent que les individus souhaitant participer au programme de dépistage organisé du cancer colorectal, ou bien désirant obtenir des informations à ce sujet, s'adressent à leur médecin généraliste habituel. Il s'agit donc dans ce chapitre d'analyser, et de mettre en regard, les trajectoires de recours au médecin généraliste dans le cadre du programme de dépistage et les critères mobilisés par les hommes et les femmes lors du choix de leur médecin généraliste.

Nous nous demandons dans quelle mesure les territoires gennevillois et boulonnais sont constitutifs des modalités de recours à ces professionnels de santé. Les dimensions géo(graphiques)-métriques[1], mais aussi économiques, symboliques, idéologiques et genrées de la *distance* entre les individus et les médecins généralistes sont interrogées.

> Distance : « *Attribut de la relation entre deux ou plusieurs réalités, caractérisant leurs degrés de séparation (écart), par différence avec l'état de contact* » (Lévy et Lussault 2003, p.268).

La définition du terme « distance » est apparemment très simple. Il s'agit de qualifier un état de disjonction entre des éléments physiques, état supposé mesurable (en valeur métrique ou temporelle). En géographie, il s'agirait d'appréhender la distance métrique entre acteurs sociaux et lieux. Cependant, parler de distance au singulier est réducteur. Si la distance euclidienne, ou la distance métrique appréhendée via un réseau de communication, est la même pour tous et peut être mesurée, cette mesure n'est jamais appréhendée, perçue et vécue de la même façon par l'ensemble des individus. Par exemple, l'âge ou la condition physique des personnes impliquent une redéfinition constante. De plus, la distance est multiple en ce qu'elle traduit des facteurs sociaux de différentes natures. Une distance entre individus, entre classes sociales ou bien entre personnes et services (de santé, mais aussi commerciaux ou administratifs) dépend aussi de critères économiques, symboliques, etc. Ainsi, « *la diversité, et même l'infinité, des distances pertinentes s'impose. Et, à chaque fois, la spécificité de la* mise en distance *de chaque réalité sociale fait sens.* » (Lévy et Lussault 2003, p.268). En effet, « *les distances immatérielles, symboliques, imaginaires sont aussi concrètes que les distances matérielles : si le résident d'un grand ensemble ne se sent pas chez lui au centre-ville au point qu'il ne s'y rende pas, il s'agit bien d'un fait de distance "spatiale" tout à fait comparable à celui que créerait la construction d'un mur traversant l'espace urbain.* » (Lévy et Lussault 2003, p. 269). Dans la continuité de ces propos, nous récusons l'opposition stricte entre distance sociale et distance spatiale. Toute distance spatiale résulte de représentations ou de pratiques sociales.

Si les dimensions *géo(graphique)-métriques* de l'accessibilité au cabinet du médecin généraliste doivent être prises en compte (distance euclidienne, réseaux de transport, frontières physiques ou topographiques), nous posons l'hypothèse que d'autres formes de distances influent sur les décisions des individus et donc les trajectoires de recours au médecin généraliste. Nous proposons de qualifier de

[1] Cette invention terminologique vise à associer les multiples dimensions de facteurs dits « spatiaux » : distance métrique, distance temps, appréhensions des obstacles topographiques ou morphologiques des territoires, etc. Nous avons choisi de ne pas mobiliser la notion de distance spatiale ou géographique seule, car des facteurs économiques ou symboliques d'accès aux soins sont également ancrés dans des territoires, et possèdent donc toujours une dimension spatiale ou géographique.

distance économique l'écart s'instaurant entre un individu et son médecin généraliste du fait du prix de la consultation. La notion de *proximité sexuée,* ou plutôt, nous le montrerons *genrée*, permettra d'interroger la recherche d'une adéquation, ou non, entre sexe de l'individu et sexe du médecin. Nous nous intéresserons également au rôle de certaines normes de genre dans les modalités de choix de professionnel et de recours à la médecine générale. Nous parlerons de *proximité idéologique* pour qualifier la quête de certains individus d'une adéquation entre leurs propres valeurs (au sens politique et moral) et celles (parfois supposées) des médecins. Enfin, nous mobiliserons le terme de *proximité symbolique* pour discuter de l'importance de la charge symbolique d'un lieu dans le choix de certains individus. Enfin, nous posons l'hypothèse que les critères économiques, symboliques ou idéologiques jouent un rôle, mais ne sont pas mobilisés de la même façon par les hommes et les femmes ; enfin que ces rapports et ces normes de genre s'inscrivent dans des dynamiques territoriales originales.

Cette démonstration repose sur la complémentarité des approches quantitative et qualitative. Nous mobilisons des données issues des entretiens semi-directifs menés auprès des hommes et des femmes rencontrés à Boulogne-Billancourt et à Gennevilliers, ainsi que certains entretiens de médecins généralistes et autres acteurs locaux. Parallèlement à cette approche de terrain, les données quantitatives fournies par la structure de gestion des dépistages des cancers dans les Hauts-de-Seine (ADK92) permettent d'appréhender les lieux de recours à la médecine générale dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal. L'analyse sexo-spécifique de ces trajectoires de recours au médecin généraliste permettra d'illustrer les rapports des hommes et des femmes à leur territoire.

1. Distance géo(graphique)-métrique : un critère majeur et commun

L'analyse des données quantitatives de participation au dépistage du cancer colorectal ainsi que celle des entretiens réalisés à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers permet d'identifier différents facteurs du choix du médecin généraliste, parmi lesquels la distance que nous appelons géo(graphique)-métrique apparaît déterminante.

C'est le critère de choix du professionnel de santé habituel le plus souvent cité, et la majorité des participants et participantes au dépistage organisé du cancer colorectal ont en effet consulté un professionnel installé à proximité[2] de leur domicile.

1.1. L'offre de soins en médecine générale à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers

Avant d'analyser les dimensions géo(graphique)-métriques des trajectoires de recours aux médecins généralistes, ainsi que des critères de choix mobilisés par les individus, il convient de présenter l'offre de soins implantée sur chacune des communes étudiées. La disponibilité théorique de l'offre de soins ne se traduit pas systématiquement par un recours aux soins (Barlet, Collin, et al. 2012 ; Rican et al. 2014) cependant la densité ainsi que de la répartition spatiale de celle-ci conditionnent les choix des individus.

1.1.1. Densité et répartition spatiale de l'offre de soins

Gennevilliers

D'après l'assurance maladie, ainsi que nos relevés de terrain, en 2013, vingt-huit médecins généralistes libéraux exercent à Gennevilliers. Les deux centres municipaux (CMS) de la ville employaient alors douze médecins généralistes. L'hôpital Saint-Jean, établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier, est spécialisé dans la rééducation et la médecine du sport. Aucune consultation en médecine générale n'est proposée aux personnes non hospitalisées.

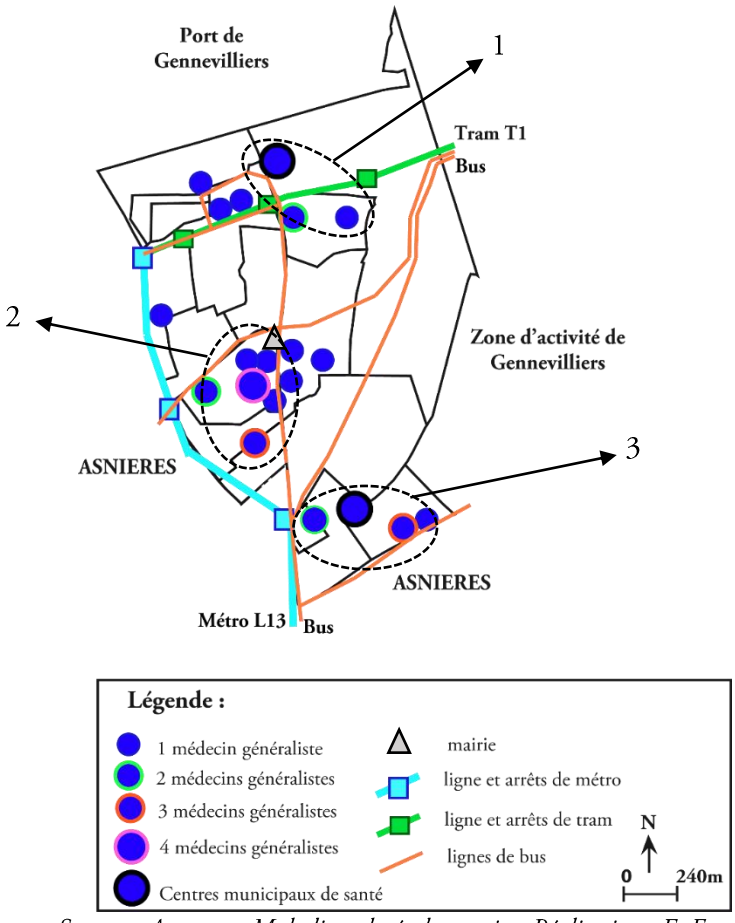
Au regard de la population communale, l'offre peut être considérée comme satisfaisante, puisque la densité médicale est de 7 médecins généralistes pour 10 000 habitants (contre 8,5/10 000 habitants à l'échelle départementale) (CARMF/URPS Médecins IDF, 2013). Enfin, il y a autant d'hommes que de femmes à exercer dans cette ville.

Au moins un médecin généraliste est installé dans presque tous les quartiers, mais ces professionnels se concentrent dans trois principaux pôles : le quartier du Village (n°1 sur la carte n°51), celui des Agnettes (n°2 sur la carte n°51) et enfin des Grésillons (n°3 sur la carte n°51). Or, ces quartiers sont les plus peuplés de la ville (Insee, 2009), et la zone résidentielle de Gennevilliers est peu étendue. Aucun habitant de la ville ne réside donc à plus de 300 mètres d'un cabinet de médecine générale. En 2010, d'après

[2] Dans un premier temps mobilisée, la notion de *proximité* sera dans la suite de ce chapitre critiquée. Par exemple, nous le montrerons, elle peut recouvrir des échelles et des espaces différents.

l'Insee, près de 59 % des ménages gennevillois disposent d'au moins une voiture, mais le réseau de transport en commun ainsi que la trame viaire offrent à l'ensemble de la population une accessibilité potentielle satisfaisante.

Carte n°51 : Répartition spatiale de l'offre en médecine générale à Gennevilliers[3]



Sources : Assurance Maladie, relevés de terrains. Réalisation : E. Faure.

Les deux centres municipaux de santé sont implantés aux extrémités nord et sud du territoire gennevillois (carte n°51). Ils sont desservis par différents modes de transports en commun (bus, tram) et possèdent des parkings automobiles et cyclistes. Enfin, conformément à la loi en vigueur[4], ils sont accessibles aux personnes à mobilité réduite : rampes, ascenseurs et matériel adapté (photographie n°9).

[3] Pour des raisons de lisibilité, l'Iris de la zone industrielle n'est pas représenté sur cette carte. Un nombre très restreint d'individus réside dans cette partie de la ville comprenant le port autonome de Paris, de nombreuses entreprises et usines.

[4] La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées définie de nouvelles conditions d'accessibilité des établissements recevant du public. Une extension de l'application de cette loi aux cabinets des médecins libéraux est en vigueur depuis le 1 janvier 2015.

<u>Photographie n°9 :</u> Situation et accessibilité du CMS du Village



Bâtiment neuf, équipements modernes et accessibilité renforcée (rampes, accesseurs, parking adjacent au bâtiment, proximité de l'arrêt du tram, ect.) pour le centre de santé municipal de santé situé au cœur du quartier gennevillois du Village.





Sources : E. Faure, avril 2014.

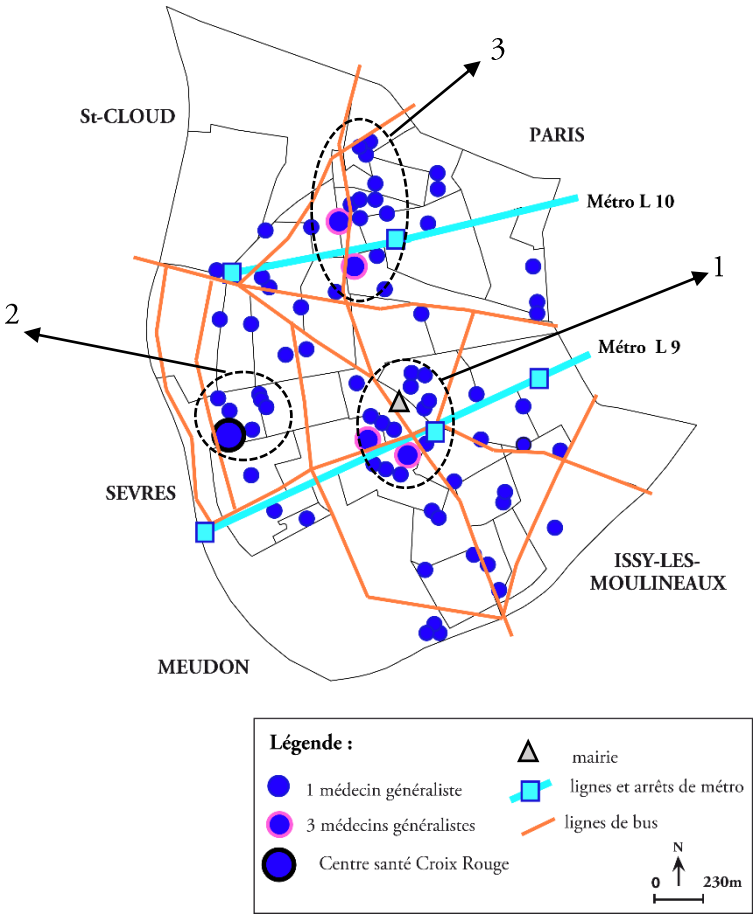
<u>Boulogne-Billancourt</u>

À Boulogne-Billancourt, quatre-vingt-un médecins généralistes libéraux sans exercice particulier[5] exerçaient en 2013. Le centre de santé de la Croix-Rouge, implanté au sud de la commune, employait quant à lui cinq médecins généralistes (correspondant à 4,1 équivalents temps pleins).

En 2013, la ville comptait environ 12 médecins généralistes pour 10 000 habitants (contre 8,5/10 000 habitants à l'échelle départementale) (CARMF/URPS Médecins IDF, 2013). Trente-quatre médecins généralistes (libéraux et salariés) sont des femmes (soit 42 %) et quarante-sept sont des hommes (soit 58 %). La densité de l'offre en médecine générale est donc bien plus importante à Boulogne-Billancourt qu'à Gennevilliers.

[5] Seuls les médecins généralistes sans exercice particulier sont pris en compte. Or, absents de la commune de Gennevilliers, les médecins généralistes également acuponcteurs, allergologues, nutritionnistes, angiologues ou phlébologues sont très nombreux à Boulogne-Billancourt (en 2013, l'Assurance Maladie répertoriait 21 médecins généralistes à exercice particulier).

<u>Carte n°52 :</u> Répartition spatiale de l'offre en médecine générale à Boulogne-Billancourt



Sources : Assurance Maladie, relevés de terrains. Réalisation : E. Faure.

Un grand nombre de ces professionnels sont installés dans le centre de la commune, près de la mairie et de la station de métro Marcel Sembat (n°1 sur la carte n°52). Un second pôle de médecins est situé à l'ouest de la rue Gallieni (n°2 sur la carte n°52) et enfin un dernier au nord, à proximité de l'hôpital et Ambroise Paré (n°3 sur la carte n°52). La répartition spatiale des médecins généralistes est donc caractérisée par la présence de trois pôles importants, mais aussi une dissémination de professionnels dans de nombreux autres quartiers. Cependant, aucun médecin généraliste n'était implanté dans les Iris des extrêmes nord-ouest et sud-est de la ville. Enfin, soulignons la faible présence de ces professionnels dans les alentours des quartiers des Squares et du Pont-de-Sèvres (carte n°52).

L'accessibilité à l'offre de soins boulonnaise est facilitée par un taux important de motorisation de la population communale (plus de 65 % des ménages boulonnais disposent d'au moins une voiture en 2010), par la densité du réseau de transport en commun ainsi que sa variété (deux lignes de métro, 23 lignes de bus conventionnels, 2 lignes de navette communale gratuite (SUBB) et 12 stations d'*autolib)*. Enfin, comme à Gennevilliers, la ville de Boulogne-Billancourt est située dans une boucle de La Seine,

sur un terrain plat ne comportant donc aucune entrave topographique à la mobilité de ces habitants et habitantes. Cependant, la commune possède certains axes de circulation très importants (Édouard vaillant, route de la reine) pouvant constituer des coupures dans la ville. Par exemple, le boulevard Édouard Vaillant (et dans sa continuité, l'avenue du Général de Gaulle) traversant la ville d'est en ouest, est un axe routier de quatre voies dont le carrefour central situé au niveau du métro Marcel Sembat est considéré par plusieurs enquêtés comme « *dangereux* » et anxiogène.

Si l'offre de soins libérale semble potentiellement accessible, c'est moins le cas du centre de santé de la Croix-Rouge. En effet, lors de notre travail de terrain, cette structure était située à proximité d'un arrêt de bus ; or elle ne disposait ni de parking automobile ni de panneau signalétique dans la rue ou à l'entrée du bâtiment. Toutefois, cette implantation était provisoire : le site initial du centre de santé étant en travaux (rue du Dôme), il a été déplacé (rue de Sèvres, proche du quartier du Pont-de-Sèvres). La réouverture du nouveau centre a finalement eu lieu en 2015. Ce manque de visibilité est déploré par son directeur qui rappelle que le centre est situé au premier, second et troisième étage d'un bâtiment de bureau, dont le propriétaire interdit toute signalétique sur la façade. Une partie de la population peine en effet à situer la structure au sein de la ville. Dans le quartier des Squares, comme dans celui du Pont-de-Sèvres, pourtant situé à 600 mètres du centre de santé, de nombreux habitants ont déclaré ne pas connaître l'existence de cette structure, ne pas savoir où elle se situait, ou bien avoir déjà essayé d'y aller sans parvenir à la trouver.

Si l'offre de soins boulonnaise et gennevilloise apparaissent donc relativement denses, et théoriquement accessibles à l'ensemble de la population (répartition spatiale, accès physique aux structures, etc.), quel est le ressenti des habitants et habitantes ? Cette accessibilité physique potentielle est-elle perçue comme telle par les Boulonnais, Boulonnaises, Gennevillois et Gennevilloises ?

1.1.2. Une offre de soins jugée suffisante par les habitants et habitantes

À Boulogne-Billancourt, toutes les personnes rencontrées estiment que leur commune est dotée d'un grand nombre de médecins généralistes. En effet, si certaines habitantes du Pont-de-Sèvres déplorent l'absence de pédiatre dans leur quartier, ou bien si différents acteurs du champ socio-sanitaire estiment que l'offre en santé mentale y est trop peu développée et accessible, aucun n'évoque le manque de médecins généralistes. Un habitant du quartier du Pont-de-Sèvres estime ainsi qu'*« il faut dire qu'à Boulogne il y a tout ce que l'on veut »* (homme, 79 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Afin d'appuyer leurs propos, certains individus comparent l'offre boulonnaise à celle d'autres communes.

Un habitant du quartier du Pont-de-Sèvres, opère par exemple une distinction très nette entre l'offre rurale et urbaine, puis entre celle disponible à Boulogne-Billancourt et dans d'autres territoires : « *ici non, non on ne manque pas de médecins. Parce que l'avantage d'être à Boulogne-Billancourt, avec le métro ou un taxi vous avez tous les meilleurs, bon ce n'est peut-être pas les meilleurs mondiaux, mais euh. Moi je vois mes frères et mes sœurs qui sont restés en province, ils me disent vous vous êtes tranquilles, vous n'avez pas de… Mais ici on a que le choix. Sur Boulogne et sur Paris entre les deux, on trouve les meilleurs. Bon il y a en province, c'est sûr que la première greffe du visage elle a été faite à Lyon je crois, mais pour les maladies courantes euh, on a à Paris on a tout. Il faut aussi attendre, on n'a pas toujours tout de suite, mais. Par contre, c'est sûr que dans la Creuse c'est pas la même chose. Nous ici on a tout ce qu'il faut* » (homme, 82 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Enfin, Boulogne-Billancourt serait dotée d'une offre de soins importante, mais également renommée : « *je ne suis pas dans le désert, ici il faut le vouloir pour pas en trouver un, il faut être hypocrite, il y a tout ce qu'il faut, il y a tout, il y en a tellement qu'il y a maintenant des gens du XVIème qui viennent habiter ici* » (homme, 64 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). D'après cet habitant, engagé dans la sauvegarde du patrimoine architectural local et de son « *cadre de vie* », la réputation de la ville et de son offre de soins (libérale comme hospitalière) constitue un facteur de l'attractivité du territoire boulonnais.

À Gennevilliers, la majorité des enquêtés estime également qu'il y a un nombre suffisant de médecins généralistes exerçant dans leur commune. Les citations suivantes en témoignent : « *on a tous les médecins sur Gennevilliers, et ils sont compétents en plus, alors* » (femme, 67 ans, Agnettes, Gennevilliers) ou « *on a un éventail important à Gennevilliers* » (homme, 77 ans, Agnettes, Gennevilliers). Cependant, plusieurs personnes évoquent le manque de médecins libéraux dans le quartier du Luth. Ce quartier possède théoriquement trois médecins généralistes en exercice. Or, le premier d'entre eux n'ouvrirait que très rarement son cabinet et le second partira à la retraite prochainement. D'après l'une des patientes de ce second médecin, « *il y a toujours beaucoup de monde. Il y a la queue devant son cabinet. Vous savez le midi, enfin à 14 heures, quand il revient de la pause, enfin s'il fait une pause, il en fait pas toujours, et bien là il y a une queue, dans la rue oui oui* » (femme, 60 ans, Luth, Gennevilliers). Sollicité pour un entretien, ce médecin a déclaré ne pas pouvoir participer, non pas par manque d'intérêt, mais à cause d'une charge de travail trop importante. Enfin, arrivée plus de vingt minutes en avance pour l'entretien prévu avec la troisième médecin généraliste du quartier, je me suis joint aux nombreuses personnes déjà présentes sur le trottoir devant le hall d'entrée de son cabinet. Une femme expliquera alors qu'elle attend depuis près de trois-quarts d'heure « *pour être sûr de passer rapidement, parce que vous savez sinon on peut attendre très*

longtemps chez elle, il y a tellement de monde». Lors de notre entretien, cette médecin confirmera sa difficulté à faire face à autant de patientèle. Cette situation semble donc inquiéter certains habitants et habitantes du quartier, ainsi que la médecin généraliste rencontrée. Or, la présence du CMS, situé à environ 600 mètres du centre du quartier, est très souvent rappelée et appréciée.

Sauf dans le cas du Luth, Boulonnais et Boulonnaises, Gennevillois et Gennevilloises estiment donc que leurs communes sont dotées d'un nombre suffisant de médecins généralistes. La taille de ces villes, leur réseau de transport, ainsi que la densité et la répartition de cette offre de soins permettraient à chacun et chacune de se rendre chez un professionnel de santé situé proche de son domicile. Or, cette *proximité* est-elle attendue et recherchée par la population cible du dépistage rencontrée dans ces communes ? L'analyse des choix du médecin habituel (1.2), ainsi que de celui consulté dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal (1.3) permettront de répondre à cette interrogation.

1.2. Une préférence pour la « *proximité* » ?

À l'image des propos recueillis lors des entretiens, nous considérons la proximité comme une faible distance métrique associée à une faible distance temps et la possibilité d'accéder physiquement au cabinet du professionnel (marches, ascenseur, etc.).

La *proximité* est un critère primordial dans le choix du médecin généraliste habituel. En effet, parmi les cent-deux personnes rencontrées, trente-sept déclarent que la proximité du cabinet à leur domicile fut à l'origine du choix de leur médecin généraliste (soit 31,4 % des individus). Aucune différence majeure entre les discours des hommes et des femmes n'est constatée : 31,6 % des femmes et 30,8 % des hommes considèrent la proximité comme déterminante dans leur choix.

À notre question « Pourquoi avoir choisi ce médecin en particulier ? », une habitante de Gennevilliers répond par exemple *« et bien parce que moi j'habitais au 31 Victor Hugo, bah comme il était en bas »* (femme, 88 ans, Agnettes, Gennevilliers). Une seconde femme du même quartier justifie son choix par la présence du cabinet dans son immeuble : *« c'était le médecin qui était là où j'habitais donc je l'ai pris tout de suite, je ne suis pas allée chercher ailleurs. Il était au pied de mon escalier donc euh je n'allais pas aller loin, ça non »* (femme, 68 ans, Agnettes, Gennevilliers).

Si la proximité est le critère le plus souvent cité, il l'est d'autant plus à Boulogne-Billancourt qu'à Gennevilliers. En effet, 38,9 % des Boulonnais contre 27,3 % des Gennevillois déclarent avoir priorisé

la proximité du cabinet du médecin à leur domicile. Un homme rencontré à la salle de sport du quartier du Pont-de-Sèvres déclare ainsi : *« depuis que je suis à Boulogne, j'ai eu deux médecins, à chaque fois parce qu'ils étaient juste à côté de chez moi »* (homme, 50 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Une femme estime quant à elle que la présence des services les plus fréquemment mobilisés (dont le médecin ferait partie) est un élément important dans le choix d'un éventuel nouveau quartier de résidence : *« D'ailleurs si un jour je devais partir de Boulogne, moi je suis une pure native de Boulogne, moi la première chose que je pense toujours, c'est d'avoir toutes les commodités près de ma porte, au moins un hôpital et un médecin. Avoir une pharmacie, bah oui parce que quand on arrive après, à prendre un peu de la bouteille, on marche moins bien, qu'on ne soit pas dépendante de son voisin ou sa voisine »* (femme, 64 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt).

Les individus les plus jeunes sont plus nombreux que les plus âgés à déclarer ne pas prêter une très grande attention à la distance. La mobilité des personnes âgées décroit avec l'âge, et les problèmes de santé, de même que le nombre des lieux ou espaces de services et loisirs (Hallier-Nader 2011). Ce rétrécissement de l'espace vécu se traduit par une nouvelle organisation du réseau des services utilisés, dont les services de santé font partie. Par exemple, le médecin généraliste situé près du lieu de travail est conservé quelques années, mais il est par la suite bien souvent remplacé par un professionnel plus proche du domicile. Enfin, comme l'illustre l'extrait d'entretien suivant, la proximité d'un médecin généraliste est avant tout perçue comme rassurante : *« [Enquêtrice] : Pourquoi avoir choisi ce médecin ? [Enquêtée] : Sa proximité, car je pense que quand on est vraiment malade, ou que l'on n'est pas bien, on n'a pas envie de faire des kilomètres pour aller voir le médecin, enfin quand on en a à côté »* (femme, 62 ans, Luth, Gennevilliers).

D'après les entretiens menés auprès de personnes concernées par le dépistage organisé du cancer colorectal, la proximité entre le domicile et le cabinet du médecin généraliste est donc un critère important dans le choix de son professionnel de santé. Cette préférence s'inscrit dans des contextes urbains caractérisés par une offre de soins dense, voire très dense pour la commune de Boulogne-Billancourt, et reconnue comme telle par leurs habitants et habitantes. Or, comment peut-on définir cette notion de proximité dans le cadre du dépistage du cancer colorectal ?

1.3. Distance, recours au médecin généraliste et dépistage du cancer colorectal : approche multiscalaire de la *proximité*

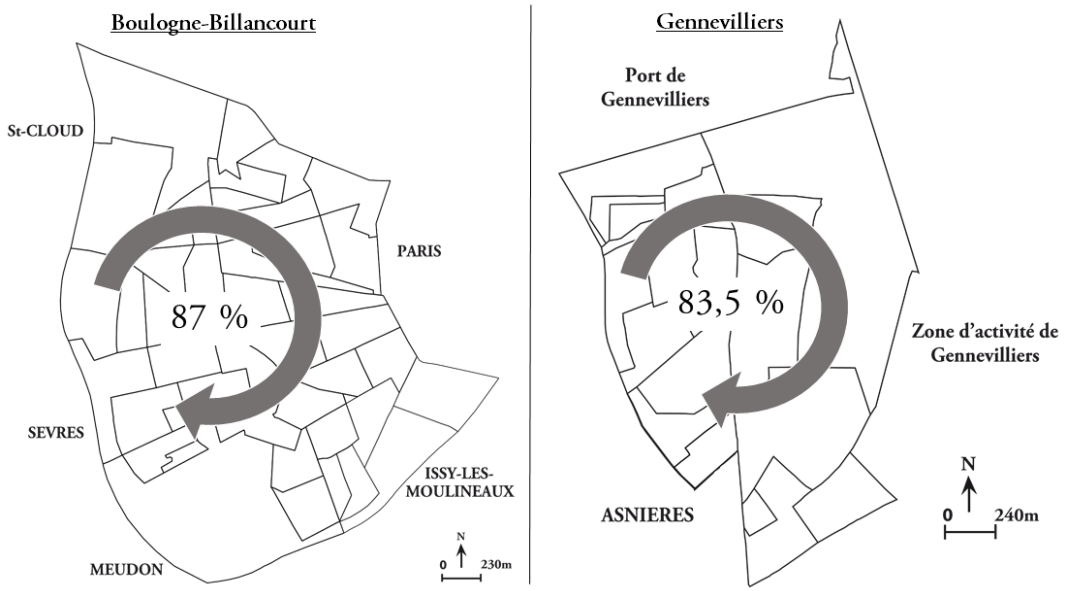
En France, plus de la moitié des consultations auprès de médecins généralistes ont lieu dans la commune de résidence des individus (Barlet, Collin, et al. 2012). La distance euclidienne serait un facteur majeur de ces trajectoires de soins. Cependant, la définition de la *distance* – de ce qui est considéré comme proche – n'est ni figée, ni unanimement partagée. Le vécu des individus, leurs capacités à se mouvoir, leurs conditions de vie ou bien leurs représentations territoriales peuvent en effet contribuer à la variabilité de cette définition. Si l'échelle communale peut être définie comme « proche », le quartier, ou inversement un espace comprenant d'autres communes, peut l'être également.

Nous proposons donc, à partir des données de dépistage fournies par l'ADK92, d'appréhender la *distance* et la *proximité* à différentes échelles : le quartier (et Iris), la commune et les villes limitrophes à celle-ci.

1.3.1. Distance et échelle communale

Afin d'obtenir le test Hémoccult, à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers la majorité des hommes et des femmes consulte un professionnel exerçant dans leur ville (carte n°53).

Carte n°53 : Part des recours infra-communaux des participant-e-s de Boulogne-Billancourt et Gennevilliers (moyenne 2010 à 2013)



Sources : ADK92. Réalisation : E. Faure.

Lors de la campagne de dépistage organisé de 2010-2011, à Boulogne-Billancourt 87 % des recours à un médecin généraliste ont lieu auprès d'un médecin boulonnais. À Gennevilliers, 83,5 % des individus ont consulté un médecin exerçant dans la commune. Cette prédominance des recours infra-communaux est également observée lors de la campagne suivante (2012-2013) : à Boulogne-Billancourt 87 % des recours à un médecin généraliste ont lieu auprès d'un médecin boulonnais, et à Gennevilliers 83,5 % des individus ont consulté un professionnel installé dans la commune. À Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers, la proportion d'hommes et de femmes s'adressant à un médecin exerçant dans leur commune est similaire, et ce pour la première comme pour la seconde campagne (tableaux n°16).

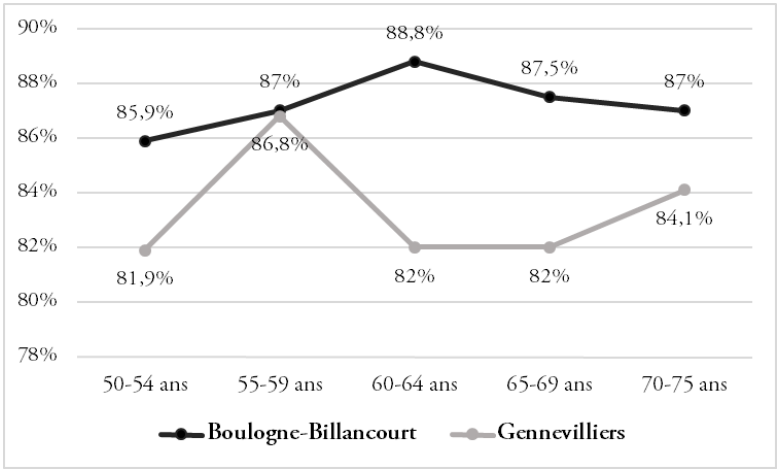
Tableau n°16 : Proportion d'hommes et de femmes ayant consulté un médecin généraliste dans leur commune (moyenne 2010 à 2013)

Boulogne-Billancourt	Femme	88%
	Homme	87%
Gennevilliers	Femme	84%
	Homme	83%

Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

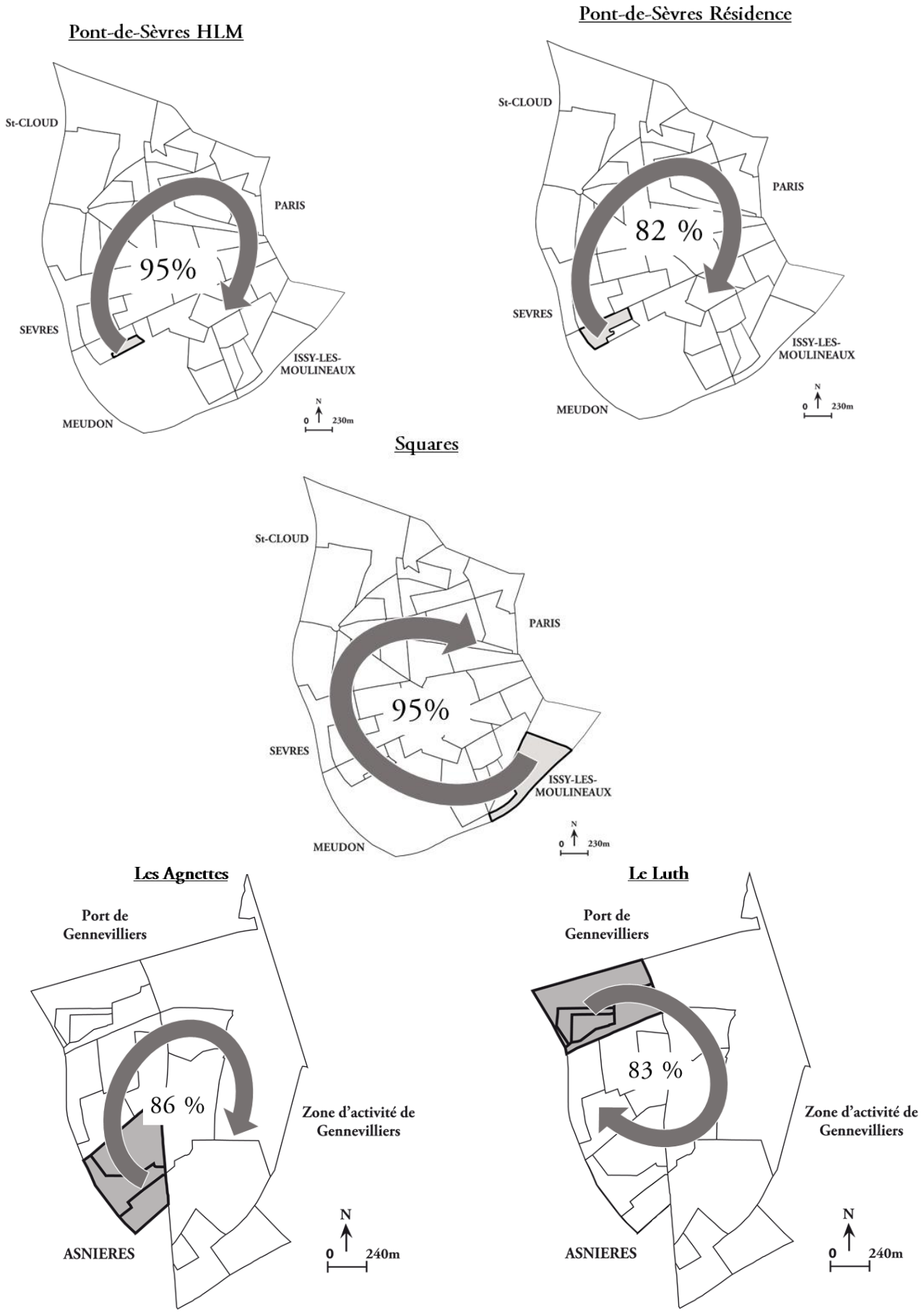
Enfin, les écarts entre hommes et femmes sont très faibles. Les Boulonnais et Boulonnaises recourent un peu plus à un médecin implanté dans leur commune que les Gennevillois et Gennevilloises, et ce quel que soit leur âge (graphique n°29). La ville de résidence est donc déterminante dans le choix des lieux de recours au médecin généraliste quel que soit le sexe ou l'âge des individus.

Graphique n°29 : Proportion d'individus de chaque tranche d'âge ayant consulté un médecin généraliste dans leur commune (moyenne 2010 à 2013)



Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Carte n°54 : Part des recours infra-communaux des participant-e-s des quartiers ciblés (moyenne 2010 à 2013)



Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

L'analyse des recours internes à la commune de résidence a également été effectuée à l'échelle infra-communale. Nous présentons les résultats pour les quatre quartiers d'études (carte n°54). À Boulogne-Billancourt, les habitants et habitantes du quartier des Squares s'adressent de façon très importante aux médecins généralistes exerçant dans leur commune (95,5 % en 2010-211 et 95,4 % en 2012-2013). Les personnes résidant dans la partie HLM du quartier du Pont-de-Sèvres se sont également presque exclusivement adressées à un médecin généraliste exerçant à Boulogne-Billancourt (93 % en 2010-211 et 95 % en 2012-2013). Cette proportion est légèrement moins importante pour les habitants et habitantes des résidences privées de l'Iris mitoyen (85 % en 2010-211 et 79 % en 2012-2013). Le niveau de vie, les lieux fréquentés (services, commerces, loisirs, etc.) comme les représentations territoriales différenciant les habitants et habitantes de ces résidences des deux autres espaces contribuent certainement à cette particularité. À Gennevilliers, les habitants et habitantes du quartier des Agnettes (84 % en 2010-211 et 88 % en 2012-2013) comme ceux et celles du Luth (83 % en 2010-211 et en 2012-2013) s'adressent en majorité aux médecins généralistes exerçant dans leur commune. L'écart entre les deux quartiers est peu important puisque les résidents des Agnettes sont seulement 3 % de plus que ceux du Luth à avoir obtenu leur test Hémoccult auprès d'un médecin de la ville. Enfin, l'analyse sexo-spécifique de ces données montre qu'aucune différence significative n'est observée entre hommes et femmes. En effet, les différences entre les quartiers sont un peu plus importantes que les différences entre hommes et femmes résidant dans un même espace (tableau n°17).

Tableau n°17 : Part des recours infra-communaux et sexo-spécifiques par quartiers (moyenne 2010 à 2013)

Boulogne-Billancourt	Les Squares	femmes	86%
		hommes	88%
	Le pont de Sèvres HLM	femmes	94%
		hommes	94%
	Le pont de Sèvres Résidences	femmes	84%
		hommes	80%
Gennevilliers	Les Agnettes	femmes	87%
		hommes	85%
	Le Luth	femmes	85%
		hommes	81%

Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Dans les quartiers du Luth, des Agnettes, des Squares comme des deux parties du Pont-de-Sèvres, les proportions d'hommes et de femmes ayant consulté un médecin généraliste de leur propre commune sont donc similaires.

1.3.2. Distance et échelle infra-communale

À Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers, la ville de résidence apparaît privilégiée par une très grande majorité des participants et participantes du programme. Or, cette recherche de la proximité se décline-t-elle à l'échelle infra-communale ? Le médecin de quartier est-il systématiquement privilégié ? Enfin, est-ce le cas partout et pour tous ?

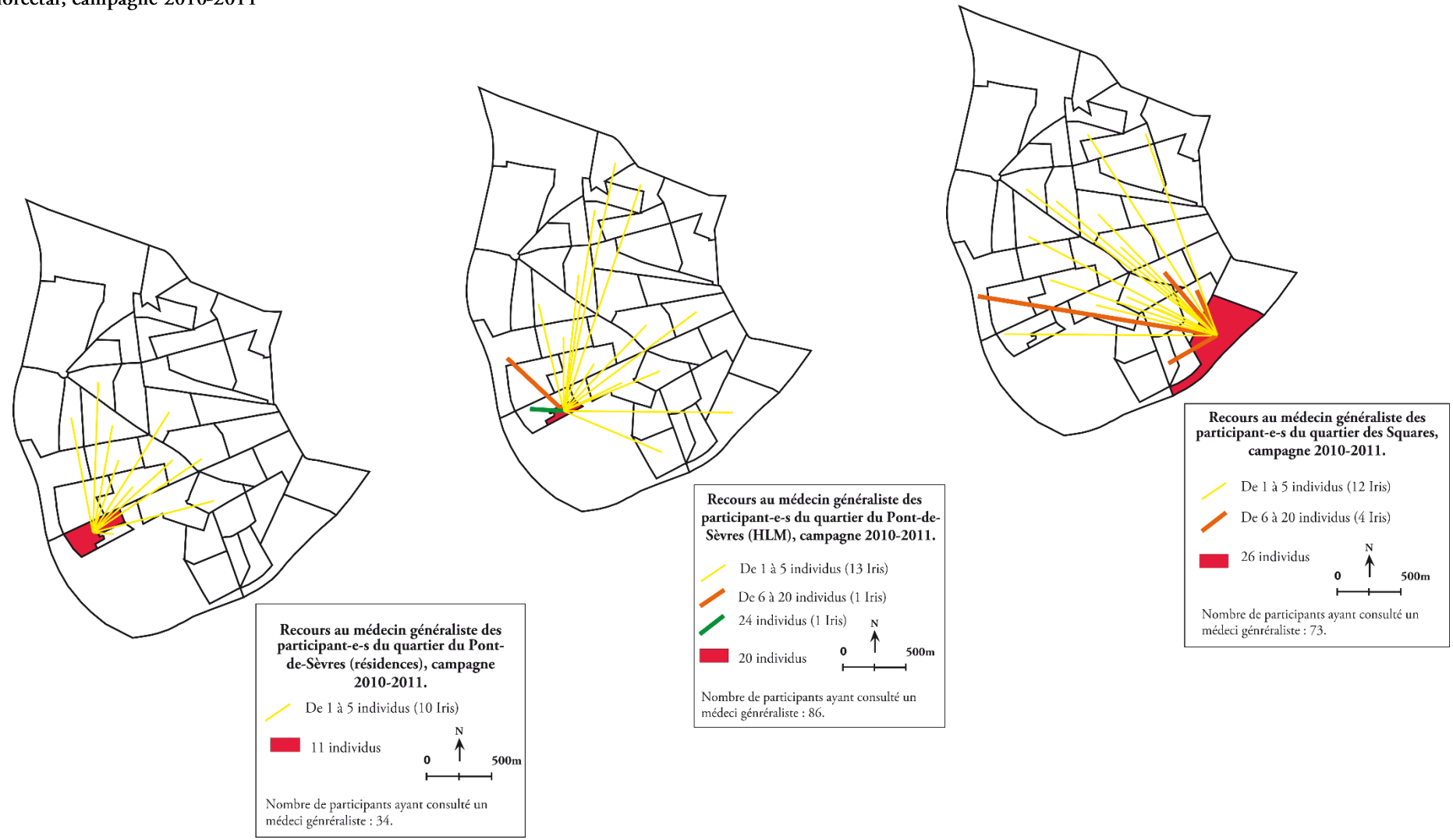
En 2010-2011, parmi les individus possédant au moins un médecin généraliste dans leur Iris de résidence, 19 % y ont eu recours à Boulogne-Billancourt et 28 % à Gennevilliers. En 2012-2013, 17 % des Boulonnais et 29 % des Gennevillois ont consulté un des professionnels exerçant dans leur Iris de résidence. Le recours que nous qualifions de *micro-local* est donc plus important à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt. La diversité de l'offre de cette seconde commune, sa proximité à Paris, les niveaux de vie de ses habitants et habitantes, la densité du bâti et des réseaux de transports ou bien l'organisation territoriale de la ville (marquée par une fracture nord-sud plus qu'une fragmentation de l'espace en quartiers [cf. 2.4 du chapitre 3 et chapitre 5]) y participent certainement. Inversement, l'importance du sentiment d'appartenance à son quartier (cf. 2.4 du chapitre 3 et chapitre 5), l'organisation spatiale de la commune autour de différents pôles bien plus que d'un centre-ville (encore inexistant) et son réseau de transport en commun accentuant la singularité de chaque quartier[6], ou bien la moindre densité du bâti contribuent à la situation gennevilloise.

Enfin, certains propos de médecins généralistes gennevillois témoignent également de l'ancrage micro-local des pratiques de soins de leurs patients. En effet, une professionnelle installée depuis plusieurs décennies dans le quartier des Agnettes rappelle que sa patientèle provient « *surtout du quartier. Les gens bougent peu ici vous savez* » (MG n°30, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). Une de ses consœurs travaillant aux CMS du Village affirme quant à elle que « *les gens voyagent un peu dans leur ville, entre les deux CMS quand il y a des examens à faire par exemple. Mais c'est marrant ils trouvent ça toujours bizarre* » (MG n°20, femme, secteur 1, Village, Gennevilliers).

Les planches suivantes représentent les trajectoires de recours au médecin généraliste à l'échelle micro-locale. L'origine des flux indique le lieu de résidence des participants et participantes au programme de dépistage, leurs extrémités révèlent l'Iris d'implantation du professionnel de santé consulté.

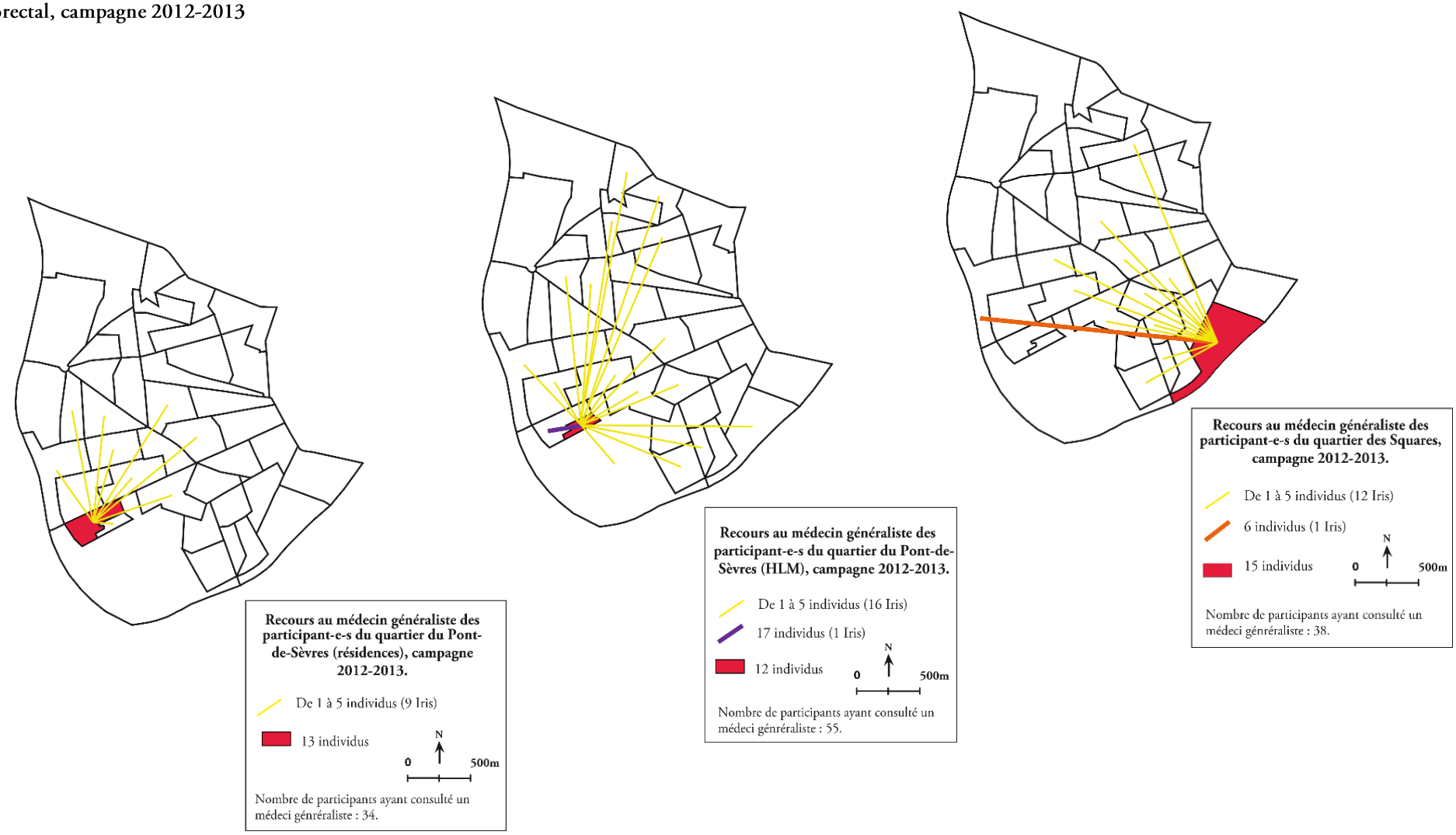
[6] La majorité des lignes de bus de la ville désert chaque quartier, mais sans toutefois « entrer » dans ces derniers. Le plan des transports en commun de la ville en disponible en annexe n°6.

<u>Carte n°55 :</u> Trajectoires de recours au médecin généraliste des habitant-e-s des quartiers des Squares et du Pont-de-Sèvres dans la cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2010-2011



Source : ADK 92. Traitements et réalisation : E. Faure.

<u>Carte n°56 :</u> Trajectoires de recours au médecin généraliste des habitant-e-s des quartiers des Squares et du Pont-de-Sèvres dans la cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2012-2013



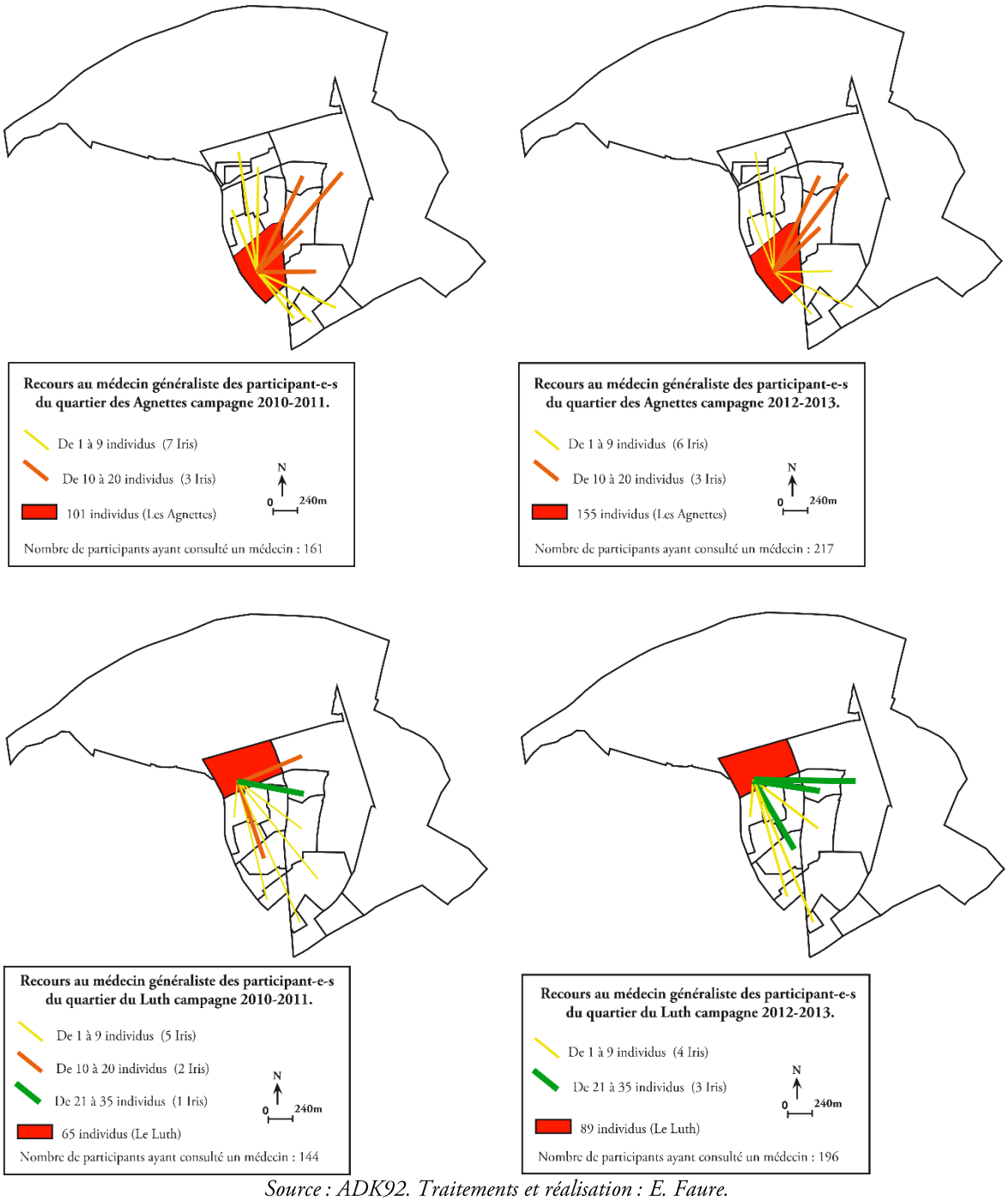
Source : ADK 92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Dans le cadre de la campagne 2010-2011, environ 35 % des participants et participantes du quartier des Squares ont eu recours au médecin généraliste de leur quartier. Le reste des recours concerne prioritairement les Iris limitrophes, ainsi que l'Iris où est alors situé le centre de santé de la Croix-Rouge. Lors de la seconde campagne, le médecin généraliste exerçant dans le quartier reste le professionnel le plus sollicité (39,5 %), mais, les recours vers les Iris limitrophes n'apparaissent plus. Enfin, quelques individus se sont rendus chez un médecin exerçant dans le centre de la commune.

En 2010-2011, environ 27 % (22 % en 2012-2013) des individus résidant dans la partie HLM du Pont-de-Sèvres ont consulté le médecin exerçant dans leur Iris de résidence. Ils étaient 28 % (31 % en 2012-2013) à avoir obtenu leur test Hémoccult auprès du professionnel exerçant dans la seconde partie du quartier (la résidence Aquitaine). En 2010-2011, une partie des participants au dépistage du cancer colorectal de cette partie du quartier s'est également adressée aux médecins exerçant dans l'Iris d'implantation du centre de santé de la Croix-Rouge. Le secteur de tarification de ces deux professionnels permet certainement de comprendre ce constat. En effet, alors que la majorité des foyers résidant dans cette partie du quartier du Pont-de-Sèvres dispose de faibles revenus, le médecin généraliste y exerçant est en secteur 2. Inversement, le professionnel implanté au sein de la résidence Aquitaine est en secteur 1. Nous le montrerons, le critère économique est un facteur important du recours aux soins des Boulonnais et Boulonnaises. Enfin, près d'un tiers des habitants de la seconde partie du quartier Pont-de-Sèvres ont obtenu leurs tests Hémoccult auprès du médecin exerçant dans leur résidence. Peu d'individus se sont adressés aux professionnels exerçant dans l'extrême nord, ou l'extrême sud de la commune. En effet, les trajectoires de recours des habitants de cette partie de quartier sont essentiellement dirigées vers les Iris limitrophes, et, nous le verrons, vers Paris.

Quel que soit leur quartier, près d'un tiers des individus recourt au médecin généraliste exerçant dans leur Iris de résidence. Cette proportion est légèrement plus importante dans le quartier des Squares, mais la différence n'est pas significative. Une grande partie de ces recours se situe ensuite dans des Iris limitrophes. Les participants et participantes du dépistage organisé du cancer colorectal mobilisent donc massivement des professionnels exerçants à quelques centaines de mètres de leur domicile. À Gennevilliers, la prédominance de la proximité au domicile semble également se confirmer (carte n°57). Aux Agnettes, et d'autant plus au Luth, les individus privilégient les médecins situés dans leur quartier. Lors de la campagne 2010-2011 par exemple, la part des individus s'adressant à un médecin généraliste exerçant dans leur quartier est de 45 % au Luth et 63 % aux Agnettes. En 2012-2013, cette proportion est toujours de 45 % au Luth, et passe à 71 % aux Agnettes.

<u>Carte n°57 :</u> **Trajectoires de recours au médecin généraliste des habitant-e-s des quartiers des Agnettes et du Luth dans la cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2010-2011 et 2012-2013**



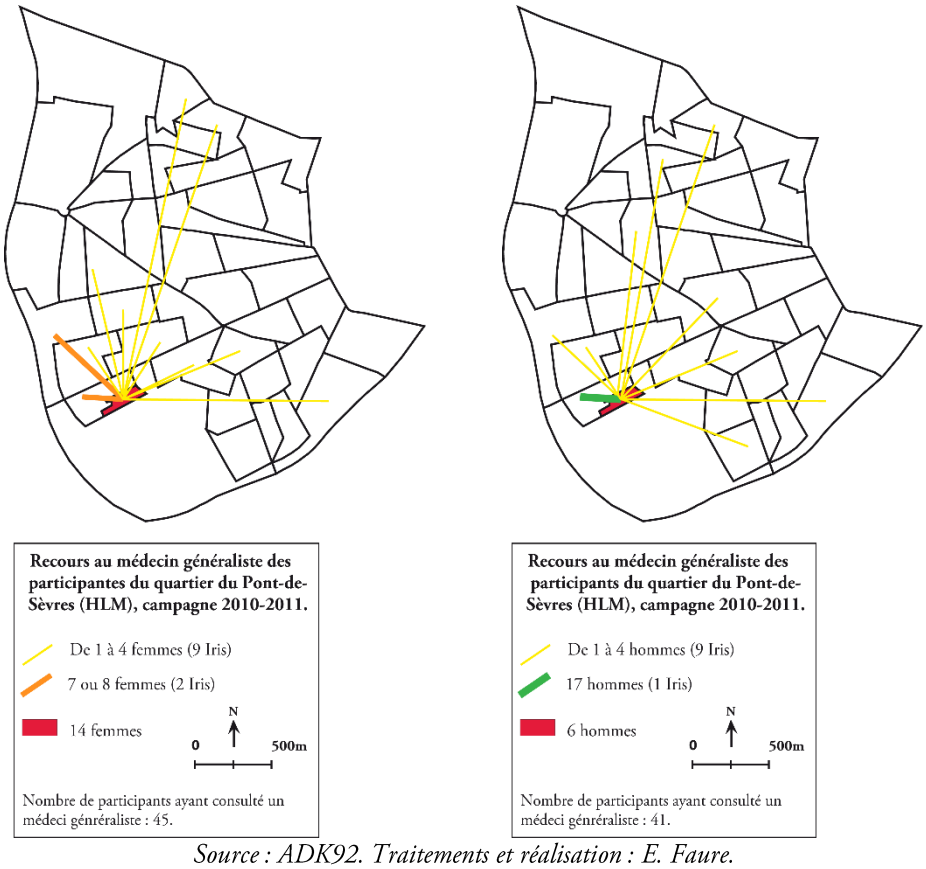
Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Aux Agnettes, les individus ne consultant pas un médecin exerçant dans leur quartier se sont majoritairement orientés vers un professionnel exerçant au village (quartier où exercent plusieurs médecins généralistes libéraux en secteur 1 installés depuis plusieurs décennies, mais aussi quartier d'implantation du CMS), ou bien dans les Iris limitrophes à leur quartier. Les participants du quartier du Luth ont également été nombreux à obtenir leur test Hémocculte auprès de médecins généralistes

exerçant au Village, mais également aux Agnettes (quartier où exerce un grand nombre de médecins libéraux en secteur 1).

À Gennevilliers, ces recours à la médecine générale se déclinent donc avant tout à l'échelle micro-locale, celle du quartier. Enfin, une analyse sexo-spécifique des trajectoires des Gennevillois et Boulonnais a été réalisée. Les cartes suivantes représentent les trajectoires de recours aux médecins généralistes locaux des Boulonnais et Boulonnaises ainsi que des Gennevillois et Gennevilloises lors de la campagne 2010-2011[7]. L'analyse comparative de ces cartes montre que les hommes et les femmes des différents quartiers boulonnais et gennevillois adoptent des trajectoires relativement similaires (carte n°58 et 59).

<u>Cartes n°58 :</u> Cartographies des recours féminins et masculins au médecin généraliste dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2010-2011 : Quartier Pont-de-Sèvres HLM



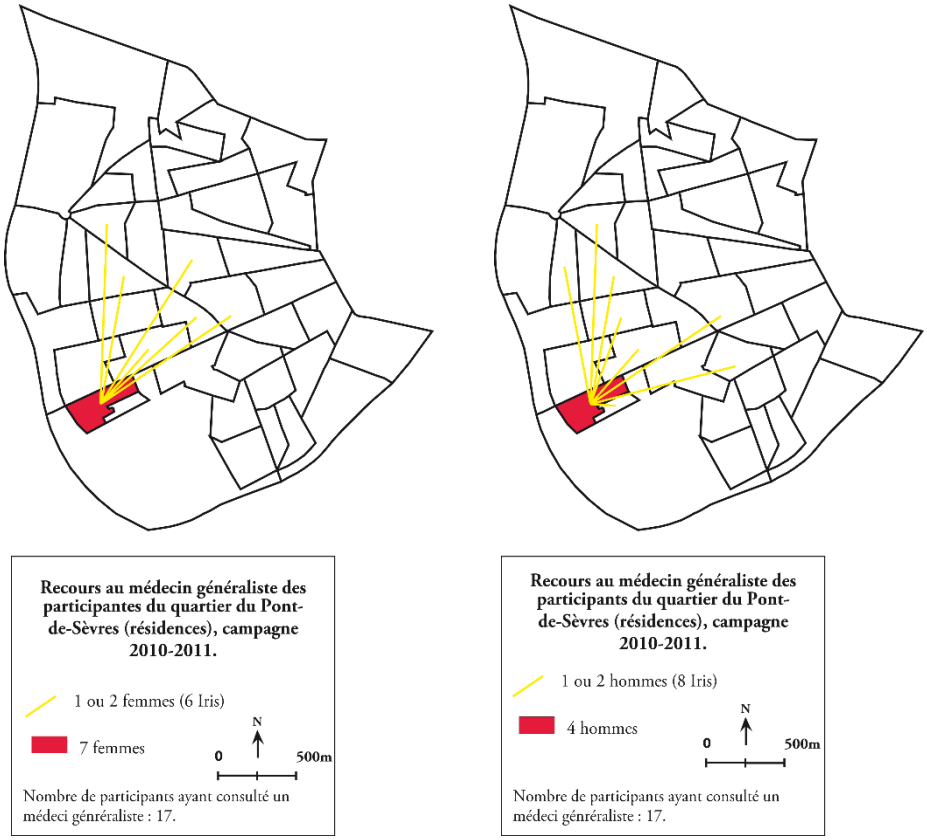
Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

À Boulogne-Billancourt, les hommes et les femmes résidant dans le quartier du Pont-de-Sèvres HLM n'ayant pas consulté dans leur Iris ont majoritairement obtenu leur test Hémoccult auprès du

[7] Le traitement des données de la campagne 2012-2013 a également été réalisé. Les résultats sont similaires. Pour des raisons de lisibilité, leurs représentations cartographiques ne seront pas exposées ici.

professionnel installé dans l'Iris mitoyen (carte n°58). Les femmes ont mobilisé ce professionnel, mais également les médecins installés dans l'Iris où est situé le centre santé de la Croix-Rouge, ce qui n'est pas le cas des hommes. Il apparaît également que les hommes et les femmes de ce quartier se sont adressés à des professionnels de santé implantés dans un grand nombre d'Iris différents.

<u>Cartes n°59 :</u> Cartographies des recours féminins et masculins au médecin généraliste dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2010-2011 : Quartier Pont-de-Sèvres résidence



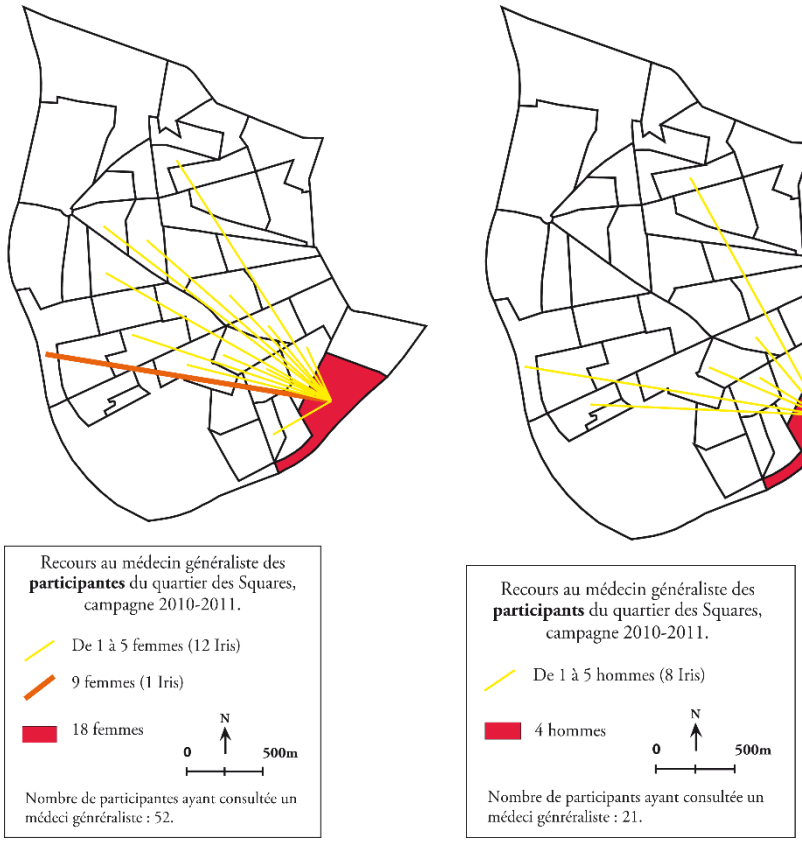
Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Les habitants et habitantes de la seconde partie du Pont-de-Sèvres, c'est-à-dire des résidences privées Aquitaine et Île-de-France, sont très peu nombreux à avoir obtenu leur test Hémocculte auprès d'un médecin (17 hommes et 17 femmes). Retenons malgré tout que, si deux hommes se sont adressés au professionnel implanté dans la partie HLM du quartier, aucune femme n'a consulté ce médecin dans le cadre du programme de dépistage (carte n°59).

Dans le quartier des Squares, les trajectoires de recours des hommes se concentrent sur un plus faible nombre d'Iris et un périmètre plus restreint que les femmes de ce quartier (carte n°60). En effet, alors que les hommes ont eu recours à des médecins implantés dans huit Iris différents, les femmes ont quant

à elles obtenu leur test Hémoccult auprès de professionnels de santé exerçant dans treize Iris distincts. De plus, certaines femmes de ce quartier ont consulté un médecin exerçant dans le centre ou le nord de la commune, alors que cela n'est quasiment pas le cas des hommes.

<u>Cartes n°60 :</u> Cartographies des recours féminins et masculins au médecin généraliste dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2010-2011 : Quartier des Squares

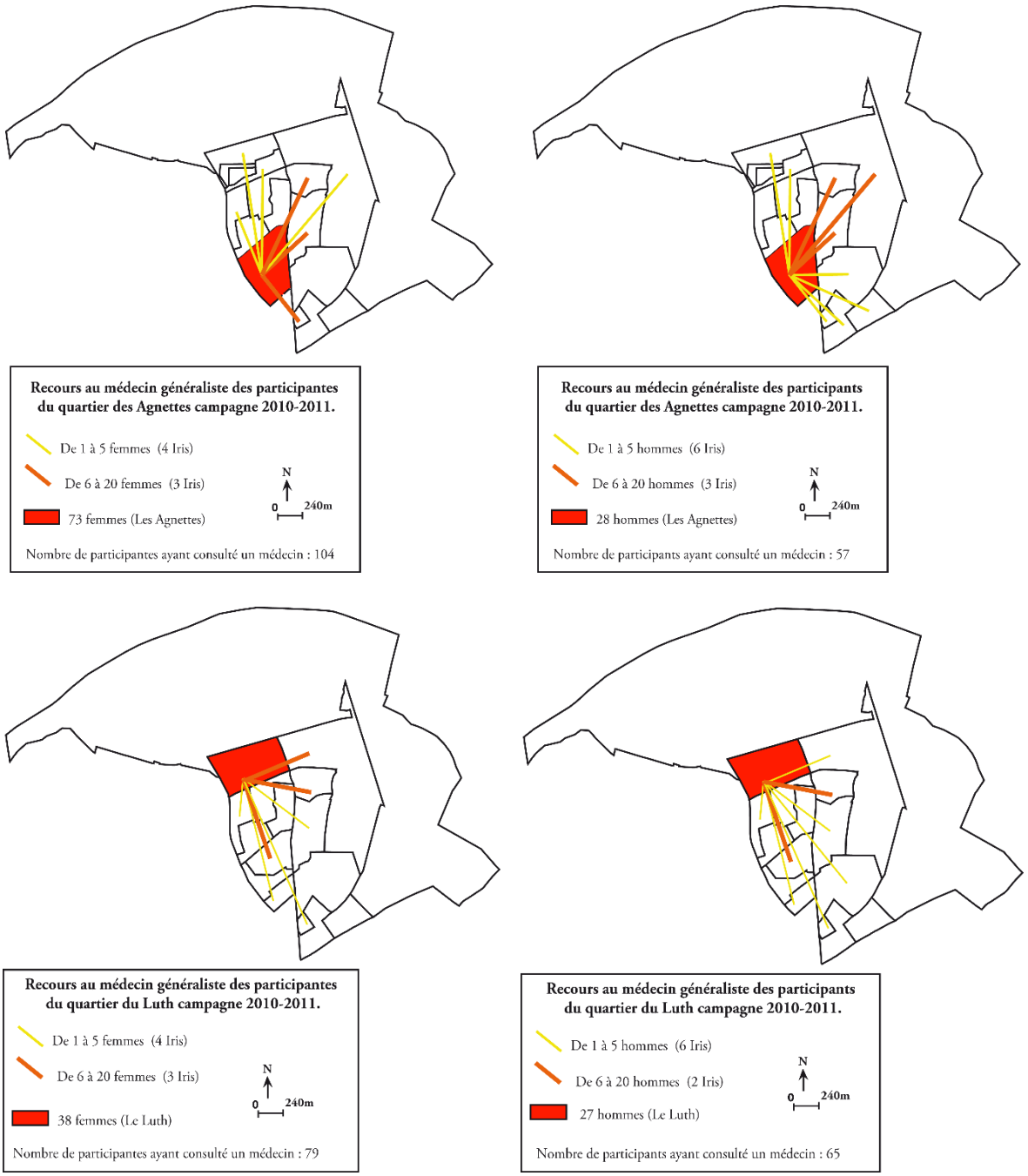


Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

À Gennevilliers, dans le quartier des Agnettes, les hommes ayant consulté un professionnel implanté en dehors de leur quartier se sont principalement orientés vers les médecins libéraux du Village, l'un des professionnels installés dans l'Iris situé en face du quartier, ou bien l'un de ceux exerçant dans la partie nord du quartier des Grésillons (carte n°61). Enfin, si très peu de femmes ont obtenu leur test Hémoccult auprès d'un professionnel exerçant au CMS[8], une part importante des hommes n'ayant pas consulté de médecin dans leur quartier se sont adressés à des professionnels de cette structure.

[8] Aucun médecin libéral n'est installé dans le même Iris que cette structure, nous pouvons donc en déduire que les personnes consultant un professionnel de santé dans cet Iris ont toutes obtenu leur test Hémoccult auprès d'un professionnel du CMS.

<u>Cartes n°61 :</u> Cartographies des recours féminins et masculins au médecin généraliste dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2010-2011 : Quartier des Agnettes et du Luth



Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Enfin, dans le quartier gennevillois du Luth, les hommes et les femmes ayant consulté un professionnel implanté en dehors de leur quartier se sont principalement orientés vers les médecins libéraux du quartier des Agnettes ou du Village (carte n°61). Les femmes sont tout de même un peu plus nombreuses que les hommes à s'adresser aux professionnels exerçants au CMS. Enfin, les médecins exerçant à

l'extrême sud de la ville (dans le quartier des Grésillons) ne sont pas du tout sollicités par les Luthins ou Luthines (sauf par une femme et un homme).

À Gennevilliers comme à Boulogne-Billancourt, la proximité géographique (d'échelle communale ou infra-communale) est donc privilégiée, et ce quel que soit le sexe des individus. Or, hommes et femmes ne privilégient pas toujours les mêmes lieux de recours (tableau n°18).

Tableau n°18 : Types de lieux de recours aux médecins généralistes des hommes (x) et des femmes (x) dans les quartiers ciblés (base campagne 2010-2011)

		Iris limitrophes	Divers autres Iris	Iris du centre de santé
Boulogne-Billancourt	Pont de Sèvres HLM	x x	x x	x
	Pont de Sèvres Résidences	x	x x	
	Les Squares	x	x	x
Gennevilliers	Les Agnettes	x x	x x	x
	Le Luth	x x	x x	x

Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Ces données montrent donc que ce sont majoritairement les femmes qui se sont procuré le test Hémoccult auprès d'un médecin généraliste exerçant dans un centre de santé, et ce d'autant plus à Boulogne-Billancourt qu'à Gennevilliers. D'après les statistiques de fréquentation de la structure fournie par son directeur, la patientèle du centre de santé boulonnais de la Croix-Rouge est en effet majoritairement féminine. Entre le 26 juin 2012 et le 26 juin 2013, 59 % des 8249 patients reçus en médecine générale étaient des femmes. La situation est moins marquée à Gennevilliers. Or, concernant le quartier des Agnettes, nous pouvons supposer que la moindre orientation des femmes vers le CMS est le reflet d'un recours massif aux médecins implantés dans le quartier. D'après l'une de ses médecins, l'un des cabinets de groupe de ce quartier reçoit une très forte proportion de femmes. Les professionnelles de ce cabinet sont des femmes, certaines possèdent une spécialité en gynécologie. Enfin ce cabinet s'inscrit dans une histoire militante particulière au regard de l'histoire de la libération des droits des femmes à disposer de leur corps (cf. 5. de ce chapitre). Inversement, les hommes (Boulonnais comme Gennevillois) recourent majoritairement à un médecin situé dans leur Iris de résidence, ou bien des Iris adjacents. Dans le cadre du programme, la proximité géo(graphique)-métrique semble donc privilégiée par les hommes. Cependant, rappelons que les femmes sont aussi plus nombreuses que les hommes à participer.

1.3.3. Distance et franchissement des « frontières » communales

Les limites communales ne sont pas des frontières infranchissables. La densité du tissu urbain comme celle de l'offre en médecine générale des communes alentours, ou bien la variété des réseaux de transports en commun sont le support de recours extra-communaux. Dans le contexte gennevillois par exemple, une des personnes rencontrées déclare : *« moi je trouve que l'on a tout ici, et puis on a quand même les villes qui sont à côté, on a Asnières qui est pas loin où il y a peut-être plus de spécialistes, peut-être. Vous savez, vous allez à pied, vous traversez le boulevard et vous êtes à Asnières, donc c'est vite fait aussi »* (femme, 62 ans, Luth, Gennevilliers). Dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal, bien que peu nombreux, des individus recourent en effet, à des médecins généralistes exerçant hors des « frontières » communales. En 2010-2011 comme en 2012-2013, environ 13 % des Boulonnais et 17 % des Gennevillois ayant consulté un médecin généraliste dans le cadre du programme ont eu recours à un professionnel installé en dehors de leur commune de résidence.

La ville de Paris est le plus souvent privilégiée. En 2010-2011, 52 % des individus ayant consulté un médecin en dehors de Boulogne-Billancourt se sont adressé à un professionnel exerçant dans la capitale (et 56 % en 2012-2013). Les femmes sont proportionnellement un peu plus nombreuses que les hommes à consulter un médecin à Paris. En effet, 59 % des femmes ayant consulté un médecin en dehors de Boulogne-Billancourt se sont adressée à un professionnel exerçant à Paris en 2010-2011 (elles sont 61 % en 2012-2013), alors que les hommes étaient 43 % lors de la première campagne et 48 % lors de la seconde à avoir consulté un professionnel à Paris. Enfin, ces recours vers Paris sont principalement le fait de Boulonnais et Boulonnaises résidant dans les quartiers nord de la ville, c'est-à-dire les quartiers les plus aisés. Inversement, aucun individu du quartier des Squares n'a consulté un médecin exerçant à Paris.

Si le recours à des médecins parisiens concerne un nombre important de Boulonnais et Boulonnaise, très peu d'individus résidant à Gennevilliers se sont adressés à un professionnel exerçant dans la capitale. En effet, en 2010-2011 seulement 4,4 % des individus ayant consulté un médecin en dehors de Gennevilliers se sont adressés à un professionnel exerçant dans la capitale (14 % en 2012-2013). Enfin, en 2010-2011, la même proportion d'hommes et de femmes a obtenu un test Hémoccult auprès d'un médecin installé à Paris (4,6 % des femmes contre 4 % des hommes). Lors de la seconde campagne, les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes à s'être rendus à Paris (respectivement 17 % contre 12 %).

Les professionnels parisiens sont davantage consultés par les Boulonnais que par les Gennevillois, mais également davantage par les habitants des résidences privées du Pont-de-Sèvres que des habitants des HLM de ce quartier ou des Squares. Comment interpréter ces multiples distinctions ?

Premièrement, la distance euclidienne à Paris ainsi que l'organisation du réseau de transport francilien doivent être prises en compte. Boulogne-Billancourt est limitrophe de Paris, dispose de deux lignes de métro et de nombreuses lignes de bus permettant un accès facile et rapide à la capitale. Gennevilliers est également dotée d'un réseau de transport convergeant en partie vers Paris, mais les trajets sont plus longs et parfois aléatoires (la ligne 13 du métro est très souvent surchargée, et son trafic perturbé). Deuxièmement, le niveau de vie des individus doit être pris en compte. En effet, de nombreux travaux ont montré que la mobilité des citadins décroit avec le niveau de revenus des individus (Jouffe 2014). D'après l'enquête nationale des déplacements et de transport, le nombre de déplacements par personne et par semaine augmente avec le revenu des individus (Armoogum et al. 2010). Boulogne-Billancourt et Gennevilliers sont caractérisées par des indicateurs socio-économiques moyens distincts et les deux parties du quartier du Pont-de-Sèvres abritent des populations aux niveaux de vie différents. De plus, une proportion importante des médecins généralistes parisiens exerce en secteur 2 (42 % pour 2013 (Cnamts[9] fichiers Snir[10], 2013)). Troisièmement, les lieux de consommation et de loisir ou bien les espaces de socialisation des individus, fortement associés à leur classe sociale, leurs modes de vie ou histoires personnelles influent également sur les mobilités des citadins. Or, les frontières symboliques, les représentations et les pratiques spatiales des habitants et habitantes de ces deux villes, et de ces différents quartiers, ne s'inscrivent pas dans les mêmes espaces. Les commerces et espaces de loisirs fréquentés ou les lieux de socialisation pratiqués distinguent également les habitants et habitantes de ces différents territoires. Enfin, aucune donnée ne nous permet de renseigner le nombre d'anciens Parisiens résidant aujourd'hui à Boulogne ou à Gennevilliers. De la même façon, il n'est pas possible d'évaluer le nombre d'habitants de ces deux villes ayant travaillé à Paris. Cependant, nous pouvons poser supposer qu'ils sont plus nombreux à Boulogne-Billancourt qu'à Gennevilliers. La comparaison des niveaux de vie de ces trois communes, la structure de l'emploi de la capitale comparée à cette de ces deux villes, les représentations territoriales de ces différentes communes, etc. nous incitent en effet à poser une telle hypothèse. Les anciens lieux de vie ou de travail influencent fortement les trajectoires de soins des individus (Barlet, Collin, et al. 2012).

[9] Cnamts : Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés

[10] Snir : Système national inter-Régimes

Après Paris, ce sont les villes du département des Hauts-de-Seine qui sont privilégiées. Sèvres et Issy-les-Moulineaux sont les villes dans lesquelles exercent le plus de médecins consultés par des Boulonnais et Boulonnaises (carte n°62, page suivante).

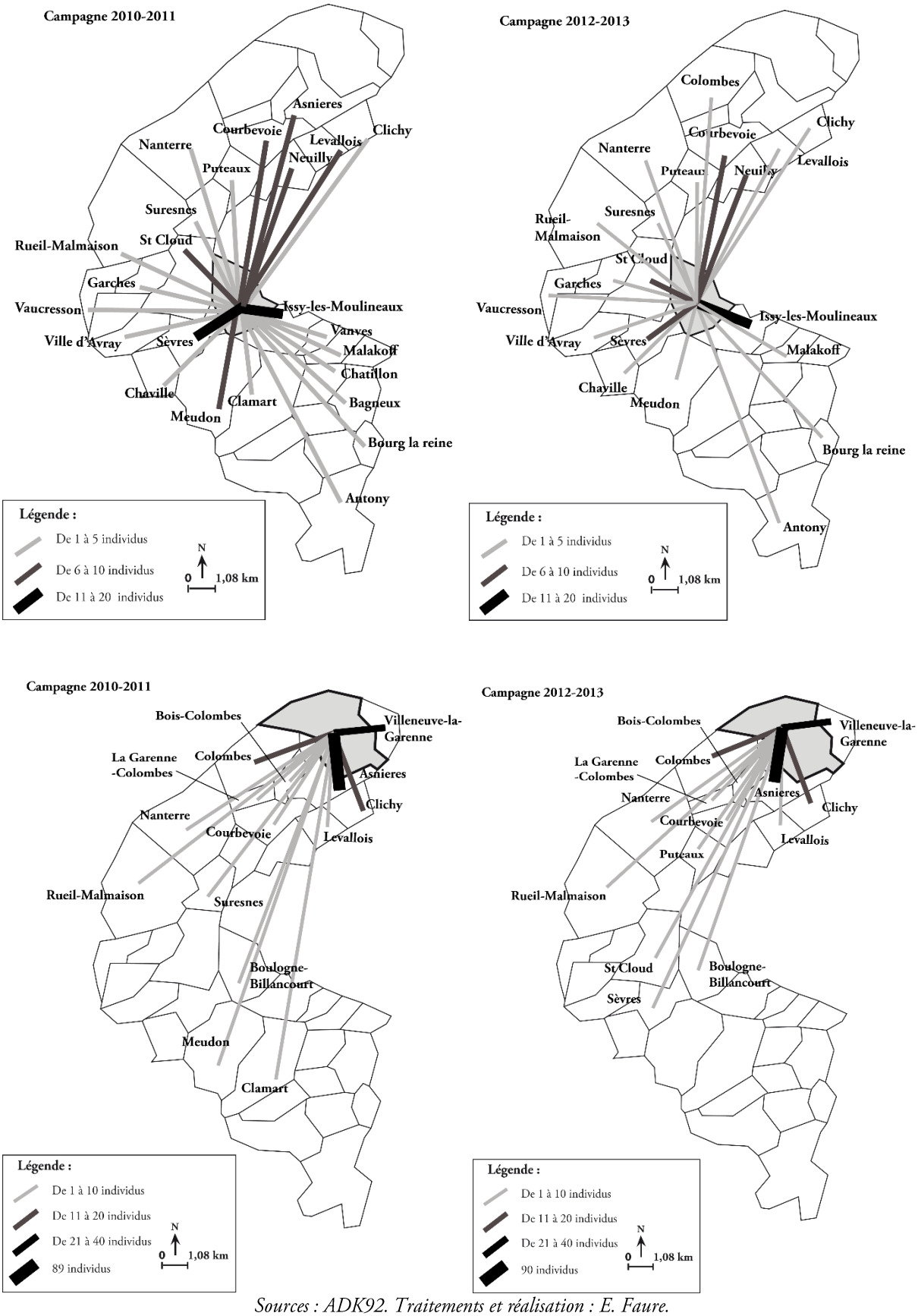
Nous pouvons supposer que la proximité géographique ainsi que l'accessibilité (infrastructures et transports) de ces deux villes en sont des facteurs. Des médecins exerçant à Saint-Cloud, Meudon, Neuilly-sur-Seine, Courbevoie, Asnières et de Levallois ont également été privilégiés. Cependant, comme le montrent leurs représentations cartographiques, ces flux de recours concernent la quasi-totalité des villes du département.

À Gennevilliers, la proportion de consultation hors de la ville est supérieure à celle de Boulogne-Billancourt : 17 % en 2010-2011 (soit 180 individus) et de 16 % en 2012-2013 (soit 226 personnes). En 2010-2011, ces individus consultent majoritairement des médecins généralistes exerçant à Asnières (89) ou Villeneuve-la-Garenne (36). En 2012-2013, parmi les 226 individus ayant consulté un médecin hors de la ville de Gennevilliers, 90 ont consulté un professionnel exerçant à Asnières, 32 à Paris et 26 à Villeneuve-la-Garenne.

Les distances parcourues par les individus sont beaucoup moins importantes à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt. La variété des lieux de recours est également moindre. En effet, les flux de recours aux médecins généralistes se concentrent sur les villes limitrophes, ou très proches, de Gennevilliers (Villeneuve-la-Garenne, Asnières, Bois-Colombes, Colombes et Clichy-la-Garenne) ; puis dans les villes situées dans le nord du département. Très peu de Gennevillois ont consulté un médecin installé dans une commune du centre du département, et aucun dans une ville située au sud de Clamart. L'organisation du réseau de transport en commun du département, mais également les pratiques spatiales habituelles et les représentations des territoires des habitants et habitantes de ces deux communes contribuent certainement à cette distinction.

Enfin, les flux de recours des hommes et des femmes aux médecins généralistes implantés dans les Hauts-de-Seine sont similaires. En effet, en 2010-2011 comme en 2012-2013, la même proportion de Gennevilloises et de Gennevillois a obtenu leur test Hémoccult auprès d'un médecin de Villeneuve-la-Garenne, Clichy ou Asnières. De la même manière, environ le même nombre de Boulonnaises et les Boulonnais s'adressent à des médecins de Meudon, Sèvres, Issy-les-Moulineaux ou Levallois.

Carte n°62 : Recours extra communaux[11] des Boulonnais, Boulonnaises, Gennevillois et Gennevilloises



Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

[11] Les flux vers Paris (ou vers les autres départements d'Île-de-France) ne sont pas pris en compte sur ces cartes.

La *distance géo(graphique)-métrique* apparaît donc comme le critère prédominant dans le choix de son médecin généraliste (dans le cadre du dépistage organisé, comme dans un suivi plus global en médecine générale), et ce, quel que soit le lieu de résidence ou le sexe des individus. Cependant, d'autres critères sont mobilisés et laissent apparaître des logiques socio-territoriales originales.

2. Distance économique : reflet de l'hétérogénéité de l'offre de soins

La France est pourvue d'un système de protection sociale à vocation universelle et, selon l'OMS, d'un des meilleurs systèmes de soins au monde (OMS 2000). Cependant, elle présente aussi des inégalités sociales et spatiales de santé parmi les plus importantes (Leclerc et al. 2000 ; Salem, Rican, et Jougla 1999). Les facteurs économiques de ces inégalités d'accès aux soins (curatifs et préventifs) ont été identifiés par une importante littérature (Després et al. 2011 ; Legros et Gilles-Simon 1996). Par exemple, 16,5 % des ménages ont renoncé aux soins pour raisons financières en 2008 (Després 2013). Dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, si le test Hémoccult délivré par le médecin est gratuit, la consultation n'est pas prise en charge par le programme.

Document n°3 : Facteur économique et promotion du dépistage organisé du cancer colorectal



Sources : Inca et ADK92. Réalisation : E. Faure.

Afin de favoriser l'accès du dépistage organisé du cancer colorectal, les différents acteurs mettent en avant la gratuité du test, la prise en charge complète du dépistage par l'assurance maladie, ou encore la possibilité d'attendre sa prochaine consultation chez le médecin généraliste pour aborder le sujet (document n°3). Or, dans quelle mesure le facteur économique est-il un frein au recours au dépistage organisé du cancer colorectal ? Une analyse des discours relatifs aux barrières d'accès à la médecine générale dans son ensemble, puis l'étude des trajectoires de recours à ces professionnels dans le cadre du programme permet d'apporter des éléments de réponse.

2.1. Médecine libérale et prix des consultations

2.1.1. Le point de vue des patients

Pour une partie des individus rencontrés, le recours aux soins comme le choix de leur médecin généraliste est soumis à des impératifs financiers, et ce malgré de possibles allongements de distance et de temps de parcours. De nombreux facteurs économiques (prix de la consultation, pratique du tiers payant…) peuvent ainsi instaurer une distance entre individus et médecins généralistes. Cependant, l'analyse de nos entretiens montre que seules les personnes rencontrées à Boulogne-Billancourt témoignent d'une attention particulière au prix de la consultation chez le médecin généraliste.

Certains enquêtés boulonnais cherchent à connaître le prix de la consultation du médecin avant de prendre rendez-vous. C'est le cas de cette femme qui déclare *« le mien* [médecin généraliste] *ne fait pas de dépassement d'honoraires, non non. Moi quand j'ai pris ce docteur-là je me suis bien renseignée, parce qu'il y en a c'est secteur 1 ou secteur 2. Non non, lui il prend 23 euros »* (femme, 76 ans, Squares, Boulogne-Billancourt). Suite à une mauvaise expérience, le prix a également joué un rôle majeur dans la décision de cette seconde Boulonnaise : *« j'ai pris le moins cher possible, et il est parfait, c'est un très bon communiquant […] avant j'allais chez un monsieur qui était très très cher, mais c'est un principe moral. Je trouve que quand on met un tarif on ne doit pas dépasser. On ne se fait pas payer comme un professeur quand on n'est pas professeur. Donc j'en avais un comme ça qui prenait 50 euros la visite et parfois 60, ce n'était pas toujours le même prix, ah non. Selon qu'on avait passé plus de temps ou moins de temps, ce n'était pas le même prix. Voilà. Et pour un renouvèlement d'ordonnance, il se faisait payer une visite alors qu'il n'avait rien fait. Il y a des médecins comme ça sur Boulogne, vous savez »* (femme, 76 ans, Point du Jour, Boulogne-Billancourt). Le prix de la consultation, mais également l'apparente prise en compte des difficultés

économiques des patients par le médecin sont des sujets récurrents de nos entretiens, comme lors des conversations informelles. Par exemple, une habitante du quartier du Pont-de-Sèvres, également présidente d'une association, estime que son médecin « *reçoit tout le monde, moi je vais chez lui, toute ma famille va chez lui, en plus parfois, pas toujours hein, mais des fois il fait des arrangements, pour les fins de mois difficiles tu sais. Ou bien pour les femmes avec beaucoup d'enfants, il ne fait pas payer, ou fait payer moins cher. Il y a des patients qui peuvent et d'autres qui ne peuvent pas… il s'arrange* » (femme, 55 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt).

Telle que cette habitante du quartier des Squares, une part importante des individus rencontrés estime qu'il est superflu de consacrer une consultation à la remise du test : « *mais ça vous êtes obligé quand même de payer une consultation chez le médecin, et bien voilà c'est ça le problème. Moi j'irai pas juste pour un machin comme ça* » (femme, 51 ans, Squares, Boulogne-Billancourt). En effet, comme le rappelle un médecin de cette ville « *parfois les gens viennent que pour ça, mais c'est rare* » (MG n°11, homme, secteur 1, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Cependant, les médecins généralistes considèrent que les consultations aux multiples motifs constituent de véritables entraves à la prévention. D'après les professionnels de santé rencontrés, le manque de temps est le principal obstacle au développement de la démarche préventive en médecine générale, et donc à la promotion du dépistage du cancer colorectal. Par exemple, une médecin généraliste à qui nous demandions si elle propose à ses patients des consultations uniquement dédier à l'explication et le la remise du test déclare « *oui je le fais parfois, mais c'est compliqué, souvent les personnes ne reviennent pas. C'est difficile de faire comprendre aux patients que la prévention c'est aussi de la vraie médecine, que cela vaut la peine de prendre un rendez-vous exprès* » (MG n°32, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). À Boulogne-Billancourt, le prix de la consultation est donc un facteur des stratégies et trajectoires de recours à la médecine générale, et ce dans le cadre de consultations habituelles comme lors d'une éventuelle participation au dépistage du cancer colorectal. Il ne s'agit pas d'affirmer que les modalités ou fréquences d'accès aux soins des Gennevillois ou Gennevilloises, dont une partie est affectée par des difficultés socio-économiques importantes, ne sont jamais conditionnées par des impératifs financiers. Cependant, nos résultats montrent que cette dimension préoccupe avant tout des Boulonnais et Boulonnaises. Les discours des médecins généralistes rencontrés dans les deux communes attestent également de l'importance des facteurs financiers dans le recours ou non-recours aux soins, et permettent de mieux comprendre cette particularité gennevilloise.

2.1.2. Le point de vue des médecins

À Gennevilliers, les médecins identifient massivement les difficultés économiques de leurs patients, alors même que beaucoup déclarent parvenir à contourner cet obstacle par la pratique du tarif conventionné de base (23 euros), du tiers payant, voire du report ou de l'absence de la facturation d'une consultation. D'après une médecin exerçant dans le quartier du Luth, « *les gens se soignent longtemps tout seuls avant de venir me voir* ». Les propos de deux médecins exerçant dans un même cabinet dans le quartier des Agnettes révèlent à la fois ce constat, et les stratégies mises en place pour tenter de le dépasser. La première estime qu'il y a d'importants freins financiers à l'accès aux soins, mais que « *les conditions d'accueil du cabinet permettent de pallier un peu aux soucis économiques de certaines personnes. Par contre, je vois bien qu'un grand nombre de personnes a de gros problèmes d'accès aux soins dentaires.* » (MG n°18, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). La seconde déclare que « *oui bien sûr il y a des problèmes d'accès aux soins, je le vois bien au travers des reports de soins, des examens complémentaires, etc. Je les oriente alors vers le CMS. C'est une chance, surtout que l'on a beaucoup de nouveaux patients qui viennent dans ce cabinet, car ils savent qu'ils vont être aidés et soutenus.* » (MG n°19, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). Les médecins exerçant au CMS sont particulièrement exposés à ces problématiques. D'après l'une d'elles, « *c'est un vrai problème pour les personnes qui n'ont pas de mutuelle. Moi j'ai des patients qui ne prennent que les médicaments remboursés, j'ai aussi des patients qui refusent les arrêts ou qui cumulent deux boulots pour s'en sortir... inversement beaucoup de femmes ne travaillent pas et n'ont pas beaucoup de moyens non plus* » (MG n°12, femme, secteur 1, CMS Village, Gennevilliers). Enfin, dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, la principale barrière financière identifiée par ces médecins est le prix de la consultation. Cinq médecins gennevillois déclarent ainsi ne pas dédier une consultation à la remise et l'explication du test (alors que certains estiment que cela serait bien plus efficace et augmenterait certainement les taux de participation) par peur que leurs patients ne reviennent pas pour des raisons financières. Par exemple, une médecin exerçant au CMS de la commune déclare « *je le* [explication et remise du test Hémoccult] *fais toujours dans la même consultation, même si cela me prend du temps, même si cela me met souvent en retard pour leur éviter le coût d'une consultation supplémentaire, car ils ne reviendraient pas exprès* » (MG n°21, femme, secteur 1, CMS Village, Gennevilliers). Nous posons l'hypothèse que les comportements d'une partie des médecins gennevillois (secteur 1, tiers payant, report de facturation, etc.) contribuent à l'accès aux soins des personnes touchées par d'importantes difficultés économiques et donc à l'absence du critère économique dans les propos des Gennevillois et Gennevilloises rencontrés. Cependant, comme le rappelle une médecin exerçant

depuis de nombreuses années dans le quartier des Agnettes (également engagée dans des permanences d'accès aux soins pour des populations très précaires) : « *Beaucoup de personnes ne viennent pas me ou nous voir. Le problème est pour cette population-là.* » (MG n°30, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). De la même façon, les personnes les plus précaires (sans domicile fixe, hébergées en foyer, très isolées, etc.) ne sont que très peu représentées dans notre panel d'entretiens.

Inversement, les médecins généralistes rencontrés à Boulogne-Billancourt sont très peu nombreux à déclarer que les recours aux soins de leurs patients peuvent être affectés par des impératifs financiers. Le professionnel installé dans la partie HLM du quartier du Pont-de-Sèvres estime que les situations économiques et sociales (isolement ou cohabitation multi-générationnelle) d'une grande partie de sa patientèle âgée sont très préoccupantes, et affectent directement leur état de santé et recours aux soins. La situation, jugée « *particulière* », des personnes âgées isolées, souvent des femmes, a également été évoquée par l'une des animatrices du centre social, par une médecin de la PMI et la présidente de l'Association des femmes africaine de ce quartier. Cependant, à l'image d'un médecin généraliste exerçant en secteur 1 dans le centre de la ville déclarant « *non il n'y a pas de problème d'accès aux soins ici. L'offre est conséquente dans le Paris-Ouest* », une très grande partie des professionnels rencontrés dans cette ville estiment que la question financière n'est pas pertinente et ce d'autant plus que l'offre est abondante à Boulogne-Billancourt. La notion d'accessibilité aux soins est avant tout perçue de façon quantitative (y a-t-il assez de médecins ?) et non qualitative (les personnes sont-elles en capacité économique, sociale, etc. de recourir à cette offre ?).

2.2. Le centre de santé, une alternative ?

Consulter dans un centre de santé (municipal à Gennevilliers ou associatif à Boulogne-Billancourt) permet de s'assurer du prix des consultations, ainsi que de la pratique du tiers payant.

À Boulogne-Billancourt ce type de structure, héritière des anciens dispensaires, est très souvent associée à une médecine sociale, voire caritative et réservée aux plus démunis. Le mot *dispensaire*, de l'anglais *dispensary* dérivé de *to dispense* (« attribuer, distribuer »), désigne selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales : « *un établissement médical où l'on donne des soins et des remèdes aux indigents* ». D'après le Larousse de la langue française, il s'agit d'un *« établissement de diagnostic, de prophylaxie et de soins, public ou privé, dont les services sont gratuits ou peu coûteux* ». Des Boulonnais ou Boulonnaises

consultant leur médecin généraliste au centre de la Croix-Rouge, semblent ainsi se sentir obligés de mettre en avant la compétence des professionnels y exerçant. Une habitante du quartier du Pont-de-Sèvres déclare ainsi : *« je vous assure que c'est des bons médecins quand même, et en fin de compte il y a tout, médecin général, médecin traitant il y a tout, spécialisés, et c'est au niveau du porte-monnaie plus intéressant. Et vous savez, quand vous êtes en retraite ça va vite l'argent »* (femme, 64 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Une seconde habitante du quartier explique consulter un médecin généraliste du centre de santé de la Croix-Rouge en précisant que « *c'est comme un docteur normal. C'est pareil, mais c'est moins cher* » (femme, 51 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). C'est également le prix de la consultation qui, pour cet homme, fut décisif dans sa décision de changer de médecin, alors même qu'il doit aujourd'hui se rendre dans Paris, plutôt que de consulter près de chez lui : *« Je vais souvent dans ce centre, j'ai changé de médecin, parce que ce centre il est secteur 1 et on ne paye pas, on n'avance pas. Alors que Mr D il est un peu cher, il est 32-33 euros et on paye, et on attend. Alors que là-bas on n'avance pas les frais. Si j'avais à choisir par exemple j'aurais choisi un plus proche, mais parce que c'est gratuit, parce qu'avec ma mutuelle je ne paye rien du tout, alors je vais là-bas »* (homme, 52 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt).

Inversement, des individus n'y consultent pas, car ils estiment que le centre de santé de la Croix-Rouge ne leur est pas destiné. En effet, les caractéristiques socio-économiques des personnes *a priori* cibles de ce type de structure peuvent constituer un frein au recours : « *Il y a le centre Croix-Rouge de Boulogne, mais bon c'est pour les personnes vraiment démunies* » (femme, 76 ans, Point-du-Jour, Boulogne-Billancourt). Il est en de même de cet homme lorsqu'il déclare : « *non je n'y vais pas, pour moi c'est réservé à des gens dans le besoin* [pause] *vraiment dans le besoin* » (homme, 50 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt).

À Gennevilliers, le CMS est également un lieu d'accès aux soins pour les personnes les plus en difficultés : *« on est sûr que l'on ne sera pas grugé »* (femme, 75 ans, Agnettes, Gennevilliers). Or, la dimension péjorative des termes de dispensaire, ou de centre de santé, ne sont pas du tout perceptibles dans les discours recueillis. De plus, l'offre de soins proposée par les CMS n'est jamais opposée à une offre libérale qui serait trop coûteuse. Le CMS, pleinement intégré dans l'offre locale de soins, n'est donc pas identifié comme particulier ou à part. Cette structure est connue de l'ensemble de la population locale. Elle est souvent appréciée et valorisée (cf. 5.1 de ce chapitre).

2.3. Des stratégies individuelles révélatrices de tabous et barrières financières

Si le prix de la consultation intervient pour de nombreux individus, ils sont finalement très peu à prioriser ce critère lors du choix de leur médecin (4 % du panel). Ce constat peut paraitre surprenant au regard de la composition socio-économique des quartiers ciblés par l'enquête. Il corrobore pourtant les résultats obtenus dans d'autres études selon lesquelles le non-recours aux soins pour des raisons financières affecte essentiellement les consultations chez des spécialistes, et non pas le recours au médecin généraliste. En effet, en 2008, 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois ; or les consultations de médecins généralistes et spécialistes ne concernent que 3,4 % des cas (Després, Dourgnon, Fantin, and Jusot 2011). Ce résultat peut également refléter un biais de non-déclaration lié au tabou vis-à-vis de l'argent, largement partagé dans la population française (Mossuz-Lavau 2007). Cependant, s'il n'est pas souvent directement incriminé, certains récits témoignent de l'attention portée au critère économique.

Une femme boulonnaise nous confia ainsi comment elle négocia le prix de sa consultation chez un médecin qu'elle voyait pour la première fois, suite à une brulure au fer à repasser :

> « *Cela n'a pas duré longtemps ma consultation. Mais cela a plus pris de temps pour prendre mon pedigree, et quel docteur et quel si et quel ça, cela n'avait rien à voir avec ce que j'avais. Il a passé son temps à ça, quand il a eu pris tout mon pedigree, il m'a demandé si mon docteur c'était Mme P. Oui et maintenant Dr C. Enfin je vous en passe et des meilleures. Et puis au moment de payer, il me dit 48 euros. J'ai dit quoi 48 euros ? Pour ce qu'il a fait ? Je dis 48 euros j'ai dit : docteur je ne vous donnerai pas 48 euros.* [Enquêtrice] : *Vous lui avez dit ça ?* [Enquêtée] : *Ah oui ma fille m'a félicité quand je lui ai raconté, je ne suis pourtant pas comme ça. Mais là quand même. Je vous assure que c'est vrai. Alors il me dit combien qu'elle vous prend le Doc C ? Alors je dis 23 euros. Alors il me dit donnez-moi 23 euros.* [rire] *Vous vous rendez compte si je ne disais rien il me prenait 48 euros. C'est des vrais marchands de tapis ces gens-là. Des vrais marchands de tapis. Oh je rentre, j'étais… j'ai pris le téléphone et j'ai dit à ma fille : Tu es assise ? Et je lui ai expliqué ça. 48 euros non, mais vous vous rendez compte, je ne me suis même pas déshabillée, même pas pris la tension, même pas, rien.* [rire] *Si bien que là maintenant je suis contente, car à la Croix-Rouge cela va être là juste à côté bientôt. Donc pour des petits bobos comme ça je n'irai pas voir ces médecins-là, non… Non j'irai à la Croix-Rouge maintenant.* […] *ils en profitent avec les mémés aussi* » (femme, 77 ans, Marcel Sembat, Boulogne-Billancourt).

Une autre Boulonnaise, choquée par les nombreux dépassements d'honoraires pratiqués par des professionnels de la ville, déclare que dorénavant « *à Boulogne il faut enlever ses bagues avant d'aller chez un médecin… Je ne blague pas, je fais ça moi maintenant. Il y a un abus vraiment, sur les personnes âgées qui vont au plus proche, qui* [pause] *on vous reçoit debout pour la visite, et on fait payer la visite pour des résultats où l'on ne vous dit rien* [rire]. *C'est scandaleux* » (femme, 76 ans, Point du Jour, Boulogne-Billancourt). Enfin, une mère de famille, résidant dans le quartier des Squares, confie prendre systématiquement un seul rendez-vous pour elle et ses enfants afin « *d'économiser une consultation* ». Alors que je lui demandais si elle se rendait seule ou non chez son médecin généraliste, cette Boulonnaise répond ainsi « *oui avec mon mari, mes enfants, oui bien sûr. Ça m'est arrivé tous ensemble, pour le vaccin. Comme ça on se fait tous vacciner tous les deux, et puis comme ça on paye qu'une consultation. Quand j'y vais pour ma fille ou pour mon fils j'y vais pour moi aussi, comme ça il me renouvèle mon ordonnance, et puis c'est vrai que* [pause] *bah enfin je ne repaye pas non plus comme ça. […] Et mon mari en général on va tous les deux* » (femme, 51 ans, Squares, Boulogne-Billancourt). Bien que peu nombreuses, les personnes déclarant avoir inclus le facteur financier dans leur choix ou reportant des récits illustrant des freins économiques à l'accès à ce professionnel, résident également à Boulogne-Billancourt.

La proportion de médecins boulonnais et gennevillois exerçant en secteur 1 et 2, pratiquant ou non des dépassements d'honoraires, permet de mieux comprendre ce résultat. À Boulogne-Billancourt, la proportion de médecins pratiquant des dépassements d'honoraires est importante. En effet, d'après l'assurance maladie en 2013, près de 46 % des médecins généralistes de cette ville exercent en secteur 2, contre seulement 2,5 % à Gennevilliers. Cette proportion est de 27 % pour l'ensemble du département et de 11 % à l'échelle de la France métropolitaine. Une consultation chez un médecin généraliste boulonnais sans exercice particulier est comprise entre 23 et 70 euros (Ameli, 2013). Enfin, le CMS de Gennevilliers, pratiquant le tiers payant, permet aux patients de ne pas avancer les frais qui leur seront remboursés par la sécurité sociale.

Les habitants et habitantes rencontrés dans les quartiers sud de Boulogne-Billancourt, appartenant à des milieux sociaux plus défavorisés que la majorité de Boulonnais et Boulonnaises, disposent donc de médecins généralistes pratiquant pour une grande partie d'entre eux des dépassements d'honoraires, parfois très élevés. Inversement, nous posons l'hypothèse que la particularité des propos des personnes rencontrées à Gennevilliers (c'est-à-dire l'absence de mobilisation du critère financier de recours à la médecine générale) reflète une certaine adéquation entre l'offre et les besoins, et non pas l'absence de difficultés économiques de cette population.

3. Proximité sexuée : sexe et genre dans les choix des individus

Nous avons montré que la distance euclidienne au cabinet comme l'accessibilité financière au médecin généraliste sont des facteurs prise en compte par les hommes comme par les femmes. La ville de résidence des individus est davantage discriminante que leur sexe. Or, le choix du médecin, femme ou homme, constitue-t-il un critère de recours et de trajectoire de soins ? Dans quelle mesure les rapports de genre sont-ils constitutifs de ces choix et pratiques ?

Nous proposons, par ces interrogations, d'appréhender ce que nous appelons dans un premier temps la *proximité sexuée*, c'est-à-dire le rôle de l'attribut masculin ou féminin du médecin et celui des normes et rapports de genre dans les choix des individus et leurs trajectoires de recours au dépistage.

3.1. Femme ou homme médecin généraliste, un faux dilemme ?

Une abondante littérature, principalement anglo-saxonne, interroge le rôle du masculin et du féminin dans la relation patient/médecin, ainsi que dans les représentations individuelles et collectives guidant les recours aux soins. Si, selon certains, les femmes cherchent à consulter en priorité des médecins femmes, et inversement les hommes des médecins hommes (Bensing, van den Brink-Muinen, et de Bakker 1993 ; Cousin et Schmid Mast 2010), d'autres études montrent que le sexe du professionnel n'est pas un critère de choix décisif, ni pour les hommes ni pour les femmes (Mousel 2009; Bellegot 2015). Les conclusions de ces travaux sont donc variées et souvent contradictoires. Compte tenu du rapport aux selles, de la gêne ou de la honte que peut procurer l'explication, voire l'évocation du test Hémoccult chez certaines personnes, il aurait certainement été intéressant d'estimer la part de femmes se procurant le test Hémoccult auprès de médecins femmes, ou hommes, et inversement, la part d'hommes s'adressant plutôt à des médecins hommes, ou femmes. Or, les données disponibles ne le permettent pas[12]. Cependant, l'analyse des entretiens semi-directifs menés auprès de la population cible de ce programme apporte des éléments de débats et de réflexion.

Malgré la diversité des profils des personnes enquêtées (âge, statut matrimonial, profession ou ancienne profession ou lieu de résidence), la majorité d'entre elles (89 %) n'accorde pas d'importance au sexe de leur médecin généraliste. De la même façon, une étude montre que ni le statut matrimonial ni le niveau

[12] Le sexe du médecin n'est pas indiqué dans la base de données fournie par l'ADK92. De plus, l'existence de cabinet de groupe dans lesquels exercent des hommes et des femmes ne nous a pas permis de créer cette base nous-même.

d'éducation ne sont corrélés à la proportion des hommes et des femmes à choisir ou non leur médecin en fonction de son sexe (Kerssens, Bensing, et Andela 1997). Nos résultats indiquent qu'une reconnaissance de la « *compétence* » du médecin, son statut professionnel ou bien le respect de la pudeur contrecarrent la différence de sexe. Par exemple, cet homme dont la médecin généraliste est une femme estime que le sexe de sa médecin n'a pas d'importance *« mais ce qui me parait plus important c'est qu'il soit bon »* (homme, 82 ans, Boulogne-Billancourt). Les rapports spécifiques et quotidiens aux corps qu'impose la profession de médecin généraliste apparaissent également facteurs d'une dé-érotisation de la nudité : « *moi une femme ou un homme moi c'est pareil, un médecin c'est un médecin. C'est des médecins, ils ont vu tout* » (homme, 51 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Une femme dont le médecin est un homme estime quant à elle que le sexe du médecin généraliste « *ça me dérange pas parce que ce docteur il me fait pas me déshabiller complètement. Il laisse en bas et on élève que le pull et il nous laisse le maillot de corps. Moi j'ai confiance en lui, cela fait 30 ans* » (femme, 51 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). La pudeur est également au centre de la déclaration de cette seconde habitante du quartier du Pont-de-Sèvres lorsqu'elle déclare que *« non dans mon choix cela n'a pas eu d'importance, mais c'est vrai qu'aujourd'hui il y a des choses j'ai plus de mal, donc il le sait d'ailleurs. Je n'aime pas me déshabiller toute entière. Donc il le sait, il fait avec »* (femme, 50 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Finalement, à l'image de ce dernier extrait d'entretien, la majorité des personnes rencontrées considère qu'« *un médecin cela doit rester asexué sinon on n'en sort plus* » (femme, 70 ans, Luth, Gennevilliers).

Inversement, certaines personnes, des femmes exclusivement, déclarent porter une importance au sexe de leur médecin généraliste. À l'image de cet extrait d'entretien, la majorité estime se sentir plus à l'aise, partager des problématiques communes et avoir ainsi l'impression d'être mieux comprises par des médecins femmes :

> « [Enquêtrice] : *vous disiez "c'était une femme en plus »* [Enquêté] : *oui il y a une différence entre les hommes et les femmes, c'est une question de sensibilité, on n'est pas sensible aux mêmes choses je crois. On n'appréhende pas les choses de la même manière. Je sais pas, eux ils sont plus dans l'action et s'ils sont gênés dans une action quelconque, au sens physique du terme là ça prend énormément d'importance tout de suite pour eux, alors que nous on est plus dans le fonctionnement, dans les cycles, oui oui tout à a fait, enfin je ne sais pas si je m'exprime clairement. Ça change oui, je préférerai une femme. Quand je suis allée les premières années au CMS j'avais une femme, la première que j'ai eue c'était une femme comme médecin traitant, et puis elle est partie, et c'est vrai que là ça fait une différence »* (femme, 67 ans, Cité-jardin, Gennevilliers).

De la même façon, alors que le sexe de son médecin n'a pas été un critère dans son choix, cette Boulonnaise préférerait aujourd'hui consulter une professionnelle :

> « [Enquêtrice] : *Le sexe du médecin a-t-il une importance pour vous ?* [Enquêtée] : *Alors c'est très intéressant comme question, car à l'origine je ne le n'ai pas fait, cela serait aujourd'hui je le ferais. C'est-à-dire que j'ai choisi ce médecin quand je suis arrivé dans le quartier, j'ai pris le plus proche de chez moi. Aujourd'hui j'en choisirais un autre, une autre. Je prendrais une médecin généraliste.* [Enquêtrice] : *Pourquoi alors ?* [Enquêtée] : *Euh. J'aurais du mal à expliquer pourquoi, mais… par exemple j'ai une endocrinologue, et le fait que cela soit une femme, mais je ne l'ai pas choisi, car c'est mon médecin généraliste qui m'a envoyée chez elle, et bien le fait que cela soit une femme je trouve que c'est important, enfin j'ai un autre rapport. Pourtant j'ai un excellent report avec mon généraliste, mais je me sens quand même plus de plain-pied avec elle. Par exemple, j'ai eu plusieurs fois des bronchites, et cela fait au moins trois fois que j'ai eu à appeler un médecin de garde, j'ai eu trois fois une médecin femme et bah j'ai bien aimé, j'ai préféré le rapport avec elle* » (femme, 59 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt).

Faisant appel à des prétendues qualités proprement féminines (écoute, sollicitude, sociabilité) et masculines (force, dureté, technicité) (Zolesio 2009), ces discours essentialisant illustrent la nécessaire prise en compte des représentations de genre, supports des représentations et pratiques des individus. Par ailleurs, certaines enquêtées préfèrent un médecin homme. Or, la manière de l'exprimer (les mots, les pauses, la gêne qui se traduit par des formules comme « *vous allez trouver ça étrange, mais* », voire les excuses) traduit également la puissance coercitive de certaines normes. Enfin, certains travaux l'ont déjà montré, les femmes auraient davantage tendance que les hommes à déclarer préférer choisir le sexe de leur médecin généraliste (Kerssens, Bensing, et Andela 1997). De manière plus détaillée, nos résultats montrent que les femmes dont le médecin est un médecin homme placent l'éventuelle gêne qu'elles pourraient ressentir vis-à-vis du rapport érotique entre les sexes (se mettre nue devant un homme) alors que celles qui préfèrent consulter un médecin femme font référence à des normes de genre attribuant aux femmes certaines qualités (sensibilité, compréhension, etc.) et donc au *care*. Notons le cadre hétéronormé de ces représentations des rapports entre les sexes, et de leur érotisation : la possibilité d'une médecin lesbienne, ou bien d'une attirance pour les femmes de la part des enquêtées ne sont jamais envisagées. Inversement, aucun des hommes rencontrés ne déclare prêter attention au sexe de son médecin généraliste. La « compétence » du médecin justifie pour la majorité d'entre eux cette absence de prise en compte du sexe du médecin.

Nos résultats illustrent donc la diversité des représentations et pratiques des hommes et des femmes. Si choisir un médecin généraliste en fonction de son sexe n'est pas toujours un critère décisif, la relation patient/médecin n'est pas exempte de certaines normes sociales.

3.2. Genre et médecine générale : des femmes au cœur des processus

D'après nos entretiens, choisir son médecin généraliste n'est pas uniquement un acte individuel. Une part importante des individus rencontrés déclare que ce professionnel leur a été recommandé par un proche. Or, parmi les personnes ayant sollicité un tiers, les femmes déclarent toutes l'avoir fait auprès d'autres femmes de leur entourage (amie, fille, voisine, collègue, belle-mère ou commerçantes), et les hommes auprès, eux aussi, de femmes (épouse, fille, mère).

À Boulogne-Billancourt, et d'autant plus à Gennevilliers, les femmes échangent entre elles leurs recommandations, adresses et visions critiques sur certains professionnels de santé. Des sœurs, des mères ou des amies sont consultées par une grande partie de ces femmes, les extraits d'entretiens suivant l'illustrent : « *là j'ai essayé d'aller chez une nouvelle, il y a une amie à moi qui m'a présenté son médecin, je pense que je vais le revoir* » (femme, 55 ans, Squares, Boulogne-Billancourt) ou bien « [Enquêtrice] : *comment avez-vous choisi ce médecin lorsque vous avez décidé de changer ?* [Enquêtée] : *et bien je travaillais avec des collègues qui l'avaient, elles en étaient contentes, c'est comme ça, et puis il n'était pas loin de chez moi. Oui oui, il n'est pas loin de chez moi donc, mais bon elles en étaient contentes, parce que l'autre était encore plus près alors. Bon voyez niveau distance il n'y a pas grand-chose. Non on me l'avait recommandé, voilà* » (femme, 67 ans, Agnettes, Gennevilliers), enfin : « [Enquêtrice] : *lorsque vous avez décidé de changer de médecin, comment avez-vous fait votre choix ?* [Enquêtée] : *c'est ma fille, comme elle demeure juste au-dessus, elle m'a dit pourquoi tu vas pas là, moi j'y vais tu vas voir c'est une jeune fille, et elle est gentille, elle a l'air d'être bien, tu devrais aller la voir. Alors c'est comme ça que je suis allée la voir* » (femme, 80 ans, Agnettes, Gennevilliers). Bien que plus rares, certaines femmes déclarent s'être adressées à une commerçante ou une gardienne : « *Quand j'ai eu besoin d'aller chez le médecin j'ai demandé à ma charcutière si elle connaissait un bon médecin. Alors elle m'avait donné une adresse, c'était le docteur A […] et puis j'ai encore changé de médecin parce que celui-ci il se déplaçait pas au cas où, il ne venait pas à domicile, alors j'ai changé. Alors je ne sais pas pourquoi, parce que je n'ai jamais eu besoin que quelqu'un se déplace, mais c'était au cas où. Et du coup j'ai changé de médecin, et c'est une amie qui venait au club qui m'a donné son adresse* » (femme, 72 ans, Agnettes, Gennevilliers).

Les hommes choisissant leurs médecins généralistes par l'intermédiaire de tiers sollicitent des femmes de leur entourage. Ces hommes consultent ainsi le médecin initialement choisi par leur épouse ou mère, et ce, indépendamment du fait de se rendre conjointement aux consultations. Ainsi, un Boulonnais déclarant initialement avoir changé de médecin pour des raisons financières, précise rapidement qu'il a choisi le centre de santé où consultait sa femme : « *je vais là-bas parce que c'est ma femme qui y va. Elle va voir là-bas un allergologue. Elle est suivie là-bas. […] parce que c'est ma femme qui y allait en premier, j'avais amené mon beau-frère là-bas et après j'y suis allé* » (homme, 52 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). De même, cet autre enquêté, dont la famille réside depuis plusieurs générations à Gennevilliers déclare que « *Je le connais depuis des années, il connaissait, il connaît ma mère, et ma grand-mère, donc vous voyez cela fait un moment.* [Enquêtrice] : *ah d'accord justement, j'allais vous demander si vous aviez un médecin que vous connaissez depuis longtemps* [Enquêté] : *oui oui, alors lui il me connaît, et je le connais très bien, depuis le début qu'il est docteur. Donc cela fait des années. Depuis qu'il est à Gennevilliers, rue A. Je le connais par cœur. Il connaît toute la famille, c'est pour ça que je suis allée le voir la première fois, c'était le médecin de ma mère, alors* » (homme, 70 ans, Luth, Gennevilliers).

Aux conseils *entre* femmes, nous pourrions donc opposer les conseils *de* femmes recherchés par les hommes en matière de choix du médecin généraliste. De ces modalités de choix du médecin généraliste transparait une norme dominante attribuant aux femmes la responsabilité de la santé de la sphère familiale, voire sociale. En effet, bien que toutes les femmes ne soient pas suivies régulièrement, elles ont, très jeunes, été éduquées à prendre en charge leur santé (suivi gynécologique, suivi de grossesse, suivi de la ménopause) et sont très souvent, au sein d'une famille, en charge de la santé des enfants (soins quotidiens, accompagnement chez le pédiatre ou médecin) (Paperman et Molinier 2011). Enfin, elles sont au cours de leur vie souvent davantage en contact avec les professionnels médicaux que des hommes (Aïach et al. 2001 ; Aliaga 2002). Nos résultats incitent donc à considérer le choix du médecin généraliste, comme une illustration de l'assignation des femmes à la gestion de la santé, et un facteur du renforcement des normes de genre – phénomène largement décrit par la littérature du care (Paperman et Molinier 2011 ; Gilligan 2008). Ces normes attribuant aux femmes de tels rôles sont ancrées dans un modèle social largement partagé, et véhiculé par les discours politiques, médiatiques ou éducatifs (Bereni, Chauvin, et Jaunait 2008), mais elles peuvent également être modulées par des processus socio-territoriaux. Nous le montrerons dans le chapitre 5 : alors que le dépistage du cancer colorectal s'adresse autant aux hommes qu'aux femmes, les types d'action, le public touché ou bien les discours des acteurs locaux participant à sa promotion à l'échelle locale témoignent de la place prédominante des femmes.

À Boulogne-Billancourt, les lieux choisis pour mener des actions de promotion de la santé (stand lors de la fête de quartier ou sur les marchés, actions collectives au centre social) sont principalement, et parfois uniquement, fréquentés par des femmes. De la même façon, les thématiques et activités privilégiées (hygiène, alimentation, gymnastique) mobilisent majoritairement des femmes. À Gennevilliers, la lutte contre les inégalités de genre, activement prise en charge par le tissu associatif ainsi que par la municipalité, participe également aux dynamiques locales de santé. La santé des femmes est portée par de nombreuses actions et politiques, comme en témoignent l'axe « santé des femmes » du Contrat Local de Santé, les interventions du CMS au sein de l'association l'*École des femmes*, ou encore la volonté de la conseillère municipale au « Féminisme » de développer le volet santé des femmes dans une optique partenariale et intersectorielle. Davantage développés dans le chapitre 5, nos résultats montrent en effet que le rôle des femmes dans la gestion de la santé, les trajectoires de soins et les usages de la ville est ainsi soutenu par des logiques territoriales originales.

Finalement, si le sexe du médecin n'apparaît pas déterminant, des *normes de genre* sont au cœur de certaines pratiques locales de santé : place centrale des femmes dans la gestion de la santé (ici l'identification médecin généraliste), référence implicite au modèle dominant hétérosexuelle (appréhension ou contournement de la nudité devant une personne de sexe opposée) notamment. Nous pourrions donc non pas parler uniquement de proximité sexuée, mais aussi, et surtout, de *proximité genrée*.

4. Proximité idéologique comme révélateur des dynamiques locales de santé

Le choix du médecin généraliste peut également relever de ce que nous appelons la *proximité idéologique*, c'est-à-dire la recherche d'un professionnel partageant une même appréciation de la médecine, ou les mêmes rapports aux traitements et médicaments par exemple. L'analyse des discours appartenant à ce type de critère fait apparaître deux « cibles » : les centres de santé et les médecins généralistes libéraux considérés comme engagés, voire militants.

4.1. Le centre de santé comme symbole d'une médecine sociale

Nous l'avons montré, le moindre coût des soins proposés au centre de santé de la Croix-Rouge de Boulogne-Billancourt, comme du CMS de Gennevilliers est un facteur déterminant pour une partie des personnes rencontrées. Or, l'accessibilité financière n'est pas le seul élément pris en compte par des individus s'orientant vers les centres de santé.

Pour une partie des personnes rencontrées, ces structures incarnent une certaine image de la médecine, plus « *humaine* » ou plus « *sociale* », en opposition à une pratique avant tout pourvoyeuse de rémunération, associée à celle des professionnels libéraux. Un des enquêtés Boulonnais suivi par un médecin généraliste du centre de la Croix-Rouge déclare ainsi « *à Boulogne, à la Croix-Rouge, moi j'aime bien Croix-Rouge […] moi je vais toujours à la Croix-Rouge […] parce que les médecins de la Croix-Rouge c'est pas pour le business. C'est normal, il travaille avec son cœur. Il y en a des business, mais ils ne sont pas là. C'est pour ça que j'aime bien ça* » (homme, 51 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Par exemple, la tension entre vocation et rémunération est au cœur du discours de cet homme : *« il y en a qui disent que ce n'est pas de vrai toubib* [au CMS], *c'est ceux qui ont fait des études, mais qui ont pas réussi. Mais sinon ils sont là pour soigner c'est tout, entre guillemets c'est du bénévolat pour eux, c'est de l'assistanat. Ils sont payés c'est sûr, mais moins cher qu'un toubib* » (homme, 50 ans, Agnettes, Gennevilliers). Une habitante des Agnettes dont le médecin généraliste (mais aussi le dentiste) exerce au CMS apprécie cette structure, car « *au moins on sait qu'on sera pas grugé* » (femme, 75 ans, Agnettes, Gennevilliers). Enfin, une seconde habitante de ce quartier rappelle, après avoir évoqué la spécificité d'une telle structure (municipale, salariat des médecins, etc.), que le CMS possède malgré tout des professionnels compétents : « *Vous savez il y a vraiment des très bons médecins à notre CMS. Moi vraiment je leurs fait confiance* » (femme, 70 ans, Agnettes, Gennevilliers). La modification du rapport à l'argent qu'impliquent les modes d'organisation, l'exercice collectif, ou bien le rattachement à des instances publiques ou associatives de ces structures est certainement à l'origine de tels discours. Le lieu d'exercice (libéral ou en centre de santé) du médecin généraliste est ainsi associé à ses convictions (politiques ou professionnelles) supposées.

Enfin, le plus souvent valorisé, l'héritage historique de ces structures (ancien dispensaire, structure caritative ou religieuse d'aide aux plus pauvres) est parfois rejeté. Par exemple, un Boulonnais dont l'ensemble des professionnels de santé habituels exercent au centre de santé de la Croix-Rouge déclare ainsi qu'*« il y a des très bons dentistes à la Croix-Rouge, on dit la Croix-Rouge ceci, mais hein la Croix-Rouge*

ce sont des secteurs qui ont évolué j'ai constaté, car moi j'ai des amis qui vont se faire soigner à la Croix-Rouge ils se font très bien soigner il y a des très grands professeurs, à Boulogne, la Croix-Rouge à Boulogne est très efficace […] *il n'y a pas de déshonneur à aller à la Croix-Rouge parce que les gens ils vous disent que la Croix-Rouge c'est hôpital de la pauvreté, mais c'est pas vrai, tout le contraire, il y a des gens qui sont bien aisés qui y vont* » (homme, 63 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). De la même façon, cette habitante du quartier des Agnettes déclare n'avoir jamais consulté de professionnels de santé au CMS estimant qu'« *il parait qu'il est très bien maintenant, mais avant j'avais un peu des a priori. Avant on disait dispensaire vous savez. Et bien cela veut dire quelque chose quand même, enfin je ne sais pas mais du coup je n'y pensais pas* » (femme, 76 ans, Agnettes, Gennevilliers). Enfin, une habitante de ce même quartier raconte, à propos d'une amie (plus âgées) qu'« *elle aurait peut-être dû aller au CMS, quoi que c'est des générations aussi il faut faire attention parce que quand on lui dit centre médico-social pour elle c'est pour les pauvres. Bah oui le mot dispensaire, c'était le dispensaire avant* » (femme, 70 ans, Agnettes, Gennevilliers). L'engagement et le désintéressement financier supposés des médecins exerçant dans ces structures sont des facteurs de recours d'une partie de nos interlocuteurs.

4.2. Les médecins libéraux « militants » de Gennevilliers

Les centres de santé ne sont pas les seuls à faire l'objet d'une telle attention de la part des individus. En effet, à Gennevilliers de nombreuses habitantes déclarent avoir choisi leur médecin généraliste libéral en fonction de l'histoire militante d'un cabinet, ou des modes d'exercice d'un professionnel, localement identifié comme « *engagé* » ou « *militant* »[13]. Par exemple, une habitante du quartier du Luth déclare avoir choisi son médecin, car « *je connaissais l'existence du cabinet par des personnes, je connaissais l'histoire de ce cabinet aussi : comment cela avait été monté et tout ça. Donc c'était important pour moi. Quand j'ai cherché, je suis allée là* » (femme, 83 ans, Luth, Gennevilliers). Ce type de choix repose sur une association entre des convictions politiques personnelles et celles (supposées) du médecin.

L'histoire originale d'un des cabinets de médecine générale gennevillois a par exemple motivé plusieurs femmes à y choisir leur médecin. C'est le cas de cette femme qui y consulte « *parce que c'est un cabinet médical crée dans les années 60 je crois, ou 60/70 qui a une relation particulière à* [pause] *qui a une philosophie particulière. C'est pour cela que l'on y est allés, parce que le contact avec les médecins, parce que*

[13] Le dernier chapitre du manuscrit propose une analyse détaillée des profils de ces professionnels gennevillois, ainsi que leur comparaison avec le reste des médecins rencontrés (à Gennevilliers et à Boulogne-Billancourt).

l'optique de par exemple pas beaucoup d'antibiotiques, la gestion collective du cabinet, enfin voilà. Leur vision de la médecine, dans la suite de 68 voilà » (femme, 68 ans, Village, Gennevilliers). Une autre Gennevilloise loue la relation qu'instaurent ces médecins généralistes et l'importance de ce facteur dans son choix : « *j'ai connu des médecins, on a tous connu des médecins qui ressemblaient à des proviseurs de lycées, imposants, bedonnants, qui se tenaient à leur place, on n'avait pas du tout envie de discuter avec lui, c'est ça. Moi j'ai eu le docteur X dans le quartier des Grésillons, c'est très ancien ça, bon bah voilà je n'aurais jamais osé euh, j'osais pas, je ne lui aurais pas dit oui, mais docteur euh. Tandis que là il y a un dialogue, on peut discuter, tout en respectant les gens* » (femme, 70 ans, Agnettes, Gennevilliers). L'engagement personnel dans la sphère associative et militante est à l'origine du choix de cette autre habitante de Gennevilliers, puisqu'elle a choisi son médecin généraliste « *parce que j'avais des amies, enfin je faisais partie d'une association "Elles ouvrent la porte" et bon cette association elle est née d'un groupe, qui en 68 avait fait des avortements. [Enquêtrice] : d'accord avec le MLAC ? [Enquêtée] : avec le MLAC oui exactement, moi je n'y étais pas à cette époque, mais en fait elles, elles allaient toutes consulter là, donc moi j'y suis allée parce que je voulais avoir quelqu'un de sérieux. [Enquêtrice] : donc c'est par réseaux d'interconnaissance, et du fait que c'était un cabinet militant ? [Enquêtée] : oui tout à fait, exactement c'est ça que je recherchais, et je ne suis pas déçue* » (femme, 76 ans, Agnettes, Gennevilliers).

Le type de pratiques, l'approche de la médecine et de la relation patient-médecin proposée par les professionnelles de ce cabinet est également à l'origine du choix de cette habitante du quartier du Luth : « *[Enquêtée] : j'ai changé, mais cela reste dans le même cabinet, car elles ont une politique de bien soigner les gens. Elles ne prennent pas les gens pendant 5 minutes. Avant j'allais ailleurs, c'était à peu près 7 minutes. Un jour j'ai dit non là c'est plus possible alors je l'ai abandonné et j'ai cherché ailleurs. Un autre médecin. Et là même si elles ont du retard, je vois j'ai emmené mon mari hier, et bien elle a quand même pris le temps avec mon mari, et puis c'est vraiment, elles ont une bonne politique de santé, de bénéfice sur leurs patients, non non l'esprit du cabinet est vraiment bien. C'est que l'on m'avait dit que je cherchais, vraiment c'est vrai* » (femme, 66 ans, Luth, Gennevilliers), comme de cette seconde Gennevilloise installée à la cité jardin : « *je connais le cabinet, je sais comment ils travaillent. Et puis ils sont en groupe donc euh je sais qu'ils échangent, qu'ils ont plein de stagiaires, des internes, donc je sais que, bah, ça y va, il y de la réflexion* » (femme, 67 ans, Cité-jardin, Gennevilliers). Enfin, plusieurs personnes déclarent savoir que leur médecin est impliqué dans des associations d'accès aux soins pour les plus démunis, facteur important du respect et de la confiance qu'elles accordent à leur médecin.

Encadré n°9 : De la médecine générale à la gynécologie, Gennevilliers territoire d'une médecine particulière

A Gennevilliers, les médecins généralistes ne sont pas toutefois les seuls professionnels de santé à faire l'objet de ce type de discours. Par exemple, une des enquêtée déclare, à propos du départ récent à la retraite de l'unique gynécologue libérale de la commune, que « *tout le monde était désespéré par ce qu'il n'y en à plus, sauf au CMS. Mais vous savez ça fait drôle, en plus elle était très très proche des gens, genre les gamines qui avaient des soucis allaient facilement la voir, elles avaient confiance. Les gens lui parlaient dans la rue de leurs soucis et elle, elle, écoutait, tout le temps. C'est presque du militantisme, oui il y avait un engagement voilà. Elle n'avait peut-être pas signé l'appel des machins, mais elle était dans cette mouvance féministe* […] *Elle était vraiment très proche des gens, mêmes les médecins envoyaient tout le monde chez elle, bon de tout façon il n'y avait qu'elle mais non vraiment elle était bien. En plus, elle prenait 28 euros, elle ne faisait jamais de dépassement. Bon maintenant il y a le CMS. Bon elles sont bien aussi, je suis allé en voir une là d'ailleurs. Mais ce n'est pas pareil. Elle, elle connaît vraiment tout le monde et elle s'investissait vraiment dans la ville* » (femme, 69 ans, Agnettes, Gennevilliers).

Plusieurs Gennevilloises ont évoqué l'importance du militantisme dans leur vie quotidienne, comme dans leurs choix en termes de santé et de recours aux soins. Or, si certaines de ces personnes se déclarent militantes, souvent communistes, ce n'est pas le cas de toutes. En effet, cette attention pour une médecine qualifiée de « *sociale* » ou « *plus humaine* » n'est pas l'unique fait de militantes sensibilisées aux questions d'inégalités de santé. À notre connaissance, si des travaux montrent combien certains professionnels de santé se distinguent de leurs confrères en raison de leur engagement politique et leur pratique de la médecine (Mariette et Pitti 2016), aucune étude ne témoigne du rôle de tels discours sur le choix d'un professionnel de santé. Par exemple, seul 1 % des personnes enquêtées par Catherine Mousel dans le cadre de sa thèse de médecine déclare accorder de l'importance « aux opinions politiques » de leur médecin (Mousel 2009).

La spécificité de l'offre de soins gennevilloise, elle-même produit de son contexte historique, politique, social et économique, peut également contribuer au fait que seules des femmes de cette ville mobilisent ce que nous avons appelé des critères idéologiques et symboliques.

La présence d'un cabinet ayant été actif dans la lutte pour le droit des femmes à l'avortement (en lien avec le MLAC[14] de Gennevilliers), abritant aujourd'hui des médecins femmes pour certaines très engagées dans une réflexion sur leur profession et impliquées dans la vie locale, et dont une part importante de la patientèle est féminine, joue certainement un rôle dans cette spécificité gennevilloise. Enfin, les nombreuses initiatives municipales sur les questions des droits des femmes ou de la place des femmes dans la ville et la décision politique (mobilisation importante et ancienne pour la journée des droits des femmes du 8 mars, campagnes d'information contre les violences faites aux femmes dans le journal municipal ainsi que sur des affichages dans l'espace public, nomination d'une conseillère municipale déléguée au « Féminisme, lutte contre les discriminations et éducation à l'égalité »[15], organisation de marches exploratoires de femmes), comme l'engagement de nombreuses Gennevilloises dans les associations locales illustrent, et participent certainement au rapport particulier de ces dernières à leur ville, ses structures et ses services de soins notamment. Toutefois, toutes les personnes rencontrées n'importent pas autant d'importance à l'engagement de leur médecin. Le rejet du centre de santé, la gêne vis-à-vis d'un professionnel considéré « *comme trop familier* » ou bien la recherche d'un professionnel considéré comme éloigné de ces dimensions socio-politiques de la médecine sont également reporté, par très peu, mais toutefois quelques enquêtés gennevillois.

L'analyse des contextes politiques, historiques et sociaux montre que ces deux villes sont le support, et le produit, de profils[16] de médecins généralistes originaux (Faure 2015).

À Gennevilliers, beaucoup sont engagés dans une démarche réflexive sur leur profession et prônent une prise en compte des facteurs socio-économiques de la santé, et non pas seulement des aspects biologiques. Les rapports qu'ils ou elles entretiennent avec leur ville d'exercice sont également originaux (connaissance fine du territoire, engagement dans le monde associatif civil (et non pas seulement entre

[14] Le groupe de Gennevilliers émanant, en mai 1973, du Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC) a aidé des dizaines de femmes à accéder à l'avortement alors qu'il était encore interdit par la loi. L'action de cette association gennevilloise est reportée dans l'ouvrage de la journaliste et écrivaine Michèle Manceaux *Les Femmes de Gennevilliers* publié en 1974. Cinq médecins gennevillois ont été signataires du « Manifeste des 331 », avouant ainsi pratiquer des avortements en dépit de l'interdiction.

[15] L'intitulé de la mission de cette élue illustre la volonté municipale d'affirmer son engagement contre les inégalités sociales, dont celle de genre. Il n'existe aucune élue dans les Hauts-de-Seine, et à notre connaissance aucun élu en France dont le titre contient aussi explicitement le terme « féminisme ».

[16] L'analyse des entretiens menés auprès des médecins généralistes a conduit à établir une typologie des profils de ces professionnels en fonction de leurs rapports au territoire. Il apparaît que les médecins de Boulogne-Billancourt se démarquent de ceux de Gennevilliers sur différents aspects (motifs d'installation, connaissance et engagement dans la ville). Ces résultats sont présentés dans le chapitre 6 de ce manuscrit.

confrères), participation à des débats publics, etc.). La spécificité de l'offre de soins gennevilloise peut donc être un des ferments de discours accordant une importance à l'engagement des professionnels de santé. Inversement, la spécificité de certains profils de professionnels implantés dans cette ville illustre, et répond certainement à une attente locale en matière de santé et de rapport patient/médecin. Cependant, comme nous le montrerons dans le dernier chapitre, si la majorité des professionnels de santé implantés dans cette ville partage une vision que certains enquêtés qualifie de « *militante* », certains médecins généralistes s'inscrivent dans un rapport plus « traditionnel » à leur profession. Enfin, il apparaît que l'engagement militant de certains des médecins généralistes installés à Gennevilliers s'ancre dans les mouvements politiques de la fin des années 60 et début des années 70, et concerne donc des médecins proches de la retraite. Or, ce particularisme est-il suffisamment ancré pour perdurer ? Dans quelle mesure la transmission d'une telle histoire professionnelle aux nouvelles générations de médecins gennevillois est-elle possible et prise en compte ? Répondre à cette interrogation impose une analyse détaillée des discours et des pratiques des professionnels de santé, ce que nous proposons dans le dernier chapitre de ce manuscrit.

À Boulogne-Billancourt la majorité des médecins rencontrés s'inscrit davantage dans un schéma biomédical de la santé et de ses déterminants. Pourtant, durant le XXe siècle la municipalité (cf. 2.1 chapitre 5), mais aussi certains professionnels libéraux (ou médecins du travail) se sont engagés auprès des classes populaires, principalement auprès des ouvriers (des usines Renault notamment). Par exemple, le médecin généraliste Albert Jules Bezançon (1879-1983), soutenu et nommé à la direction du bureau d'hygiène par le maire André Morizet, mène une vaste politique de lutte contre la tuberculose, véritable fléau qui cause des ravages dans la population ouvrière de la ville. Son article intitulé « La tuberculose et les blanchisseurs » publié en 1923 dans le Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose, et ses travaux au sein de la Société de médecine publique et de génie sanitaire de l'Institut Pasteur de Paris témoignent de son engagement. Il présente au sein de cette institution une communication sur « La lutte antituberculeuse à Boulogne-Billancourt : l'importance de l'action du Bureau d'Hygiène ». Enfin, il insistera tout au long de sa carrière sur la nécessaire prise en compte de la vétusté des logements d'un grand nombre d'ouvriers émigrés des usines Renault à Billancourt (Girault 1998). L'évolution de la composition démographique (embourgeoisement du centre, puis du sud de la commune, augmentation générale du prix de l'immobilier, et donc départ massif des classes populaires

et ouvrières), mais aussi des politiques municipales de santé[17] (comme des politiques municipales de façon plus générale) ont certainement contribué à cette nouvelle définition locale de la demande, mais aussi, nous le montrerons (cf. chapitre 6), de l'offre médicale boulonnaise. Toutefois, si l'importance du passé ouvrier de la commune, ou bien celle des usines Renault dans la vie du quartier du Pont-de-Sèvres est souvent mentionnée par nos interlocuteurs, cette médecine sociale, engagée auprès de plus précaires n'a jamais été évoquée.

La mobilisation de ce type de critères laisse donc apparaître deux villes à l'histoire, mais aussi à l'offre de soins quelque peu différentes.

5. Proximité symbolique : territoires et ancrage local

Ce que nous appellerons la *proximité symbolique* est également révélatrice des choix des individus. En effet, des représentations individuelles et collectives des territoires sous-tendent certaines pratiques. Les recours à la médecine générale sont un symbole des territoires sur lesquels ils s'inscrivent.

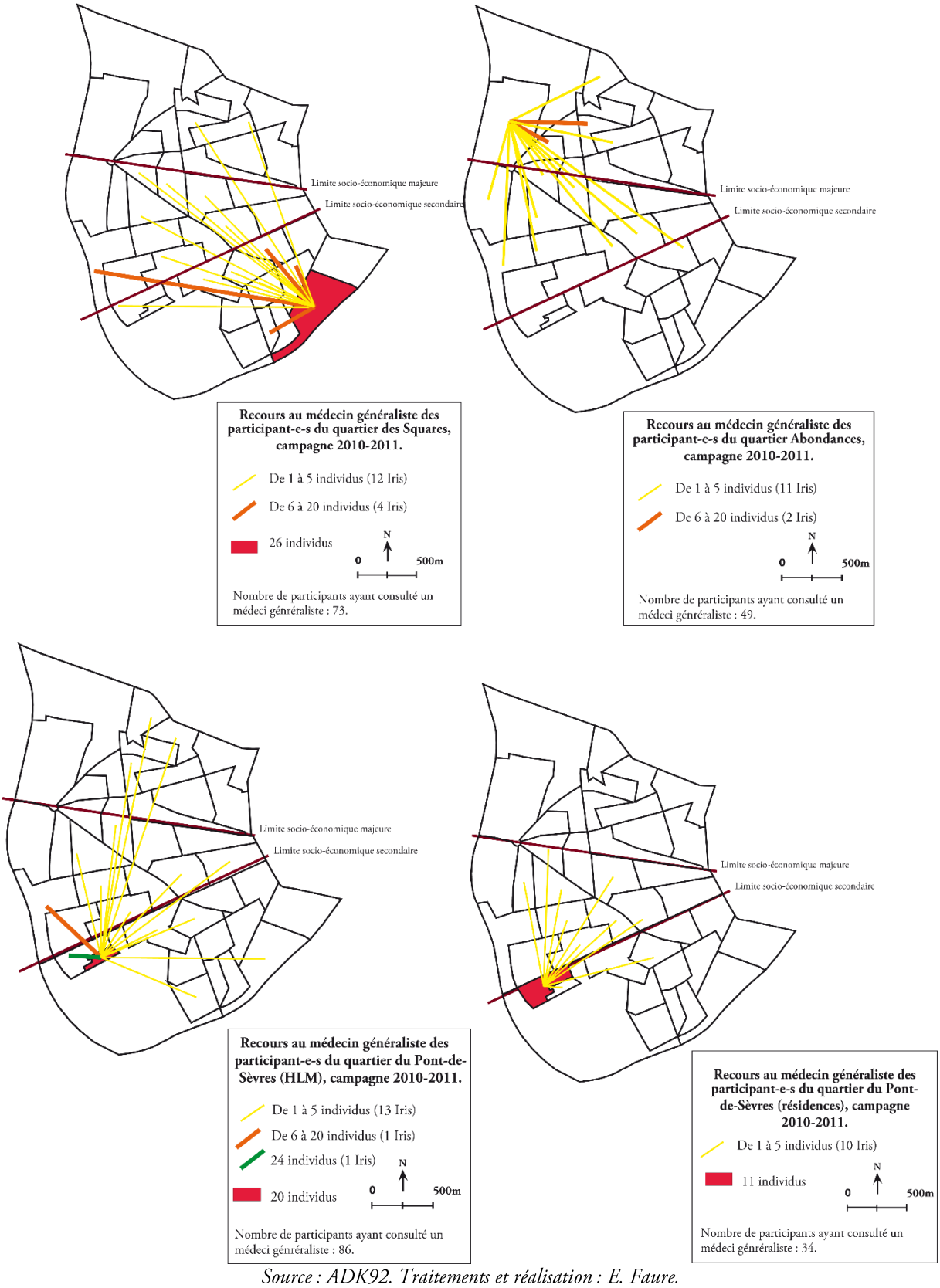
5.1. Des trajectoires révélatrices des dynamiques socio-spatiales boulonnaises

5.1.1. Boulogne-Billancourt : une ville, deux villes

À Boulogne-Billancourt, l'analyse des recours au médecin généraliste dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal témoigne de la permanence d'une fracture socio-économique et symbolique entre le nord et le sud de la ville.

[17] La présentation de l'histoire des politiques municipales de santé boulonnaise, ainsi que sa comparaison avec celle de Gennevilliers et détaillée dans le paragraphe 2.1 du chapitre 5. Retenons que suite à une politique volontariste de la part de la municipalité sous le mandat du maire communiste, puis socialiste, André Morizet (élu maire de 1919 à 1922 et de 1923 à 1942), la ville s'est, depuis les années 1990, peu à peu désengagée et concentrée sur certaines mesures (la santé scolaire notamment).

<u>Cartes n°63 :</u> Dépistage organisé du cancer colorectal, recours au médecin et fractures spatiales : l'exemple de la campagne 2010-2011



Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Les trajectoires de recours aux médecins généralistes des habitantes et habitantes du quartier des Squares, du Pont-de-Sèvres et des Abondances[18] (situé dans la partie nord-ouest de la commune) lors de la campagne 2010-2011 (carte n°63) montrent que dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, les axes distinguant les quartiers où résident les foyers très aisés, de ceux où sont installés des foyers de classe moyenne supérieure ne sont que très peu « franchis » par les habitants de cette commune. Par exemple, si quelques résidants des quartiers des Squares et du Pont-de-Sèvres HLM, des femmes essentiellement, ont obtenu leur test Hémoccult auprès d'un médecin du nord de la ville, ces flux représentent un nombre très restreint d'individus. Inversement, un seul des participants au programme de dépistage appartenant à l'Iris Abondance (situé au nord-est de la ville) a consulté un médecin implanté dans la partie sud de la ville.

La comparaison de la campagne suivante, comme celle d'autres quartiers témoignent du même résultat : les habitants du nord de la ville ne consultent pas au sud, et inversement les habitants des quartiers sud de la ville ne consultent pas de médecin généraliste dans le nord. Enfin, ces données ont fait l'objet d'analyse sexo-spécifiques, et aucune différente significative ne transparait.

Enfin, certains des médecins généralistes boulonnais rencontrés témoignent également de l'importance de cette frontière symbolique dans les pratiques de soins de leurs patients. Par exemple, un professionnel installé dans le sud de la commune estime que près de 80% de sa patientèle réside dans le « *sud-ouest de la ville. Je n'ai pas de patient du nord. Sauf quelques patients historiques qui ont déménagés* » (MG n°2, homme, secteur 2, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Interroger sur le tracé de cette limite entre le nord et le sud, il répond que l'avenue du Général Leclerc est primordiale (c'est-à-dire le tracé de ce que nous avons appelé la limite socio-économique secondaire sur les cartes n°63).

Fractures spatiales, fractures sociales

Nous l'avons montré, la distance géographique est un important facteur du choix de son professionnel. Ces cartographies peuvent donc se comprendre au travers de ce critère. Or, les discours des Boulonnais et Boulonnaises quant à la charge symbolique de la fracture nord-sud du territoire communal indiquent que la distance euclidienne n'est pas l'unique facteur de ces modalités de recours au médecin généraliste.

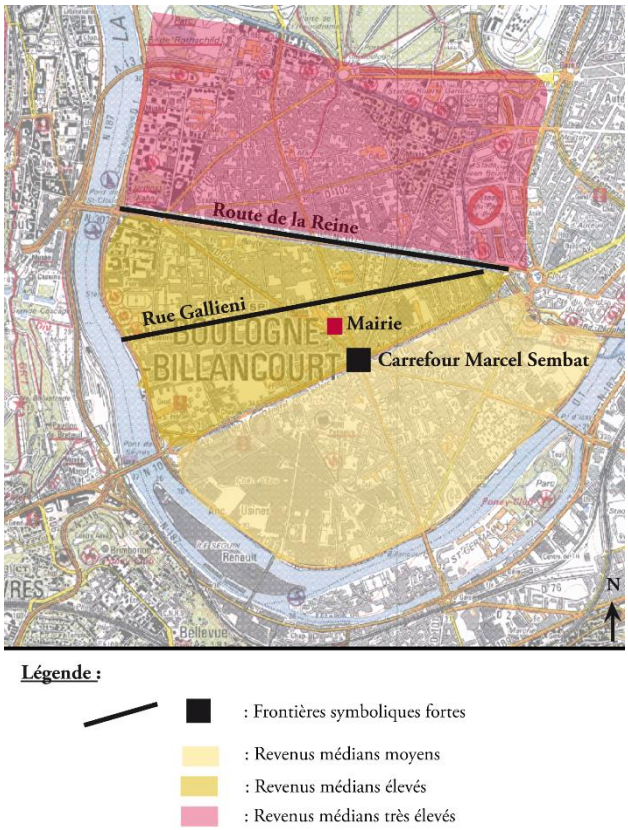
[18] Précisons qu'aucun médecin généraliste n'est implanté dans cet Iris, ce pourquoi aucun recours infra-Iris n'est enregistré.

Ces représentations territoriales se matérialisent par la mobilisation de la notion de frontière, la correspondance entre fracture spatiale et fracture sociale et des pratiques spatiales particulières.

Premièrement, le mot « frontière » est très souvent mobilisé par les enquêtés boulonnais. Par exemple, la médecin du centre de protection maternelle et infantile (PMI) du quartier du Pont-de-Sèvres déclare qu'elle « *n'habite pas sur ce quartier, j'habite de l'autre côté de la frontière. Parce que pendant longtemps il y avait une frontière au niveau de la Nationale 10. Il y avait les quartiers nord et les quartiers ici, les quartiers sud. Moi j'étais un peu travailleur immigré dans les quartiers sud* » (femme, médecin généraliste, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Une femme résidant dans le quartier des Squares utilise ce même mot pour définir la différence entre le nord et le sud lorsqu'elle déclare qu'*« il y a une frontière moi je trouve »* (femme, 77 ans, Squares, Boulogne-Billancourt). La majorité des personnes rencontrées distinguent très nettement le nord du sud de la ville, ou bien Boulogne de Billancourt. Or, quelle est la limite entre ces espaces, où se situe cette « *frontière* » ? La délimitation entre le nord et le sud de la ville fait-elle l'unanimité ?

D'après une médecin généraliste du centre de la Croix-Rouge « *passer la Route de la Reine ce n'est plus la même population. Il y a deux Boulogne. Ici on voit les deux Boulogne, même si on voit plus de personnes du sud* ». Une seconde professionnelle rencontrée dans ce centre de santé estime également que la Route de la Reine délimite ces deux parties de la ville. Inversement, de nombreuses personnes estiment que la limite se situe plus au sud, au niveau de la rue Gallieni ou bien de la station de métro Marcel Sembat. Ainsi, d'après une habitante du Pont-de-Sèvres *« on dit que c'est la rue Gallieni qui fait la séparation, bon pour moi, ça commence quand même un peu plus haut, il ne faut pas exagérer quand même... oui non si à peu près, la route de la Reine aller. Au nord de la Route de la Reine, j'y vais très peu, pour le travail oui, mais sinon non, j'y vais pas. Par exemple je vais très très peu au parc Rothschild, au bois de Boulogne non plus, non, je, vraiment, je vais au nord parce que j'ai une chose particulière, pour le travail sinon je n'y vais pas »* (Femme, 59 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). De la même façon un homme de ce quartier estime qu'*« avant, ici c'était Billancourt, on peut séparer, la limite c'est la rue Gallieni, oui c'est la rue Gallieni qui sépare, qui séparait Boulogne de Billancourt »* (homme, 58 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Le carrefour Marcel Sembat est également cité à plusieurs reprises, telle que cette femme estimant « *qu'à partir de Marcel Sembat je dis c'est un autre monde, c'est autre chose* » (femme, 77 ans, Squares, Boulogne-Billancourt).

<u>Carte n°64 :</u> les frontières symboliques nord-sud à Boulogne-Billancourt



Sources : carte IGN au 1/50 000, Insee. Réalisation : E. Faure.

Les tracés de cette « *frontière* » correspondent à celle identifiée par la cartographie infra-communale des indicateurs socio-économiques (Cf. chapitre 2). En effet, la répartition des classes sociales dans la ville est un élément fort de définition de l'espace boulonnais. Ainsi, d'après une habitante du quartier du Pont-de-Sèvres *« autrefois cette région était celle de Renault, mais aussi celle des usines de l'aviation, c'était le côté très industriel de Boulogne, il y avait les blanchisseries aussi ; alors que les quartiers nord de Boulogne profitent du bois […] C'est deux villes, deux villes »* (femme, 77 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Les types de commerces sont particulièrement mobilisés par les enquêtés pour illustrer cette différence, ainsi *« dans le nord il y a des boutiques je ne rentrerai pas, c'est trop cher, c'est pas pour nous »* (homme, 58 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). D'après cet homme les revenus nécessaires à l'achat de denrées dans les commerces du nord lui rappellent directement qu'il n'y a pas sa place. De même, une habitante du quartier des Squares estime que le nord de la ville, et son marché, ne lui sont pas réservés : *« non non on* (elle et son mari, aujourd'hui décédé) *n'y allait pas* (dans le nord de la ville), *oh bah non parce que d'abord les commerces, non enfin sauf quand on y allait avec mon mari pour le, il y avait un grand fromager, Mr et Mme Eude, qui étaient fromager depuis plus de 100 ans à Boulogne, et qui faisaient des choses absolument extraordinaires, parce qu'ils avaient encore le beurre à la motte. Mais*

là c'est fini. On y allait juste pour ça. Et puis de temps en temps au marché rue Escudier. Mais sinon non. Déjà le marché rue Escudier était beaucoup plus cher que le marché de Billancourt, on voyait la différence. Et puis au marché Escudier excusez-moi, mais c'est pas chez nous, ah oui pas du tout, pas du tout. C'est comme tous les grands restaurants sont sur l'avenue Jean-Baptiste Clément, vous avez vu » (femme, 75 ans, Squares, Boulogne-Billancourt). Certaines personnes invoquent directement des rapports de classes. Une habitante du quartier des Squares déclare ainsi à propos du nord de la ville « *là-bas comme on dit c'est les gens huppés* (pause) *c'est les bourgeois »* (femme, 75 ans, Squares, Boulogne-Billancourt). Enfin, le boulevard traversant l'intégralité de la ville du nord au sud, nommé Boulevard Jean-Jaurès, et la rue située dans le nord de la commune, dédié à Jean-Baptiste Clément, témoignent du passé communiste de la municipalité des années 1920-1940. Or, si les noms de rue constituent aujourd'hui des témoignages visibles du passé, leur situation surprend cette habitante lorsqu'elle déclare « *Je me suis toujours demandé pourquoi parce que là-bas il y a l'avenue Jean-Baptiste Clément, et vous savez qui est Jean-Baptiste Clément ?* [Enquêtrice] : oui [Enquêtée] : *C'est quand même le fondateur de [pause] de tout ce qui est le communisme et euh, enfin tout ça. Et puis c'est dans le nord qu'ils l'ont mis alors que c'est tout les (pause). Bon, mais cela m'a toujours posé question. Oui cela m'a toujours amusé ça. Parce que bon, c'est ici que c'était très ouvrier »* (femme, 75 ans, Squares, Boulogne-Billancourt). Pour l'historien et sociologue Jacques Frémontier l'espace communal est ainsi le support des rapports de classes à l'échelle locale lorsqu'il écrit *« Boulogne-Billancourt, la seule commune de France qui possède un nom pour les riches et un nom pour les pauvres. On habite à Boulogne et on travaille à Billancourt. Ce trait d'union n'est peut-être ici que le trait de désunion, la fiction qui tente de dissimuler l'irréductible opposition des classes. […] les deux mondes ne s'entrent-pénètrent jamais : l'apartheid reste la loi rigoureuse à Boulogne-Billancourt. Nul bourgeois ne s'aventure dans l'avenue Émile Zola ou la rue Yves-Kermen, nul Portugais, nul Algérien ne se risque sous les néons du café ultra-moderne de l'Arcouest. »* (Frémontier 1971). Une des enquêtées résidant dans le quartier des Squares, expliquant qu'elle a travaillé toute sa vie comme femme de maison dans de riches familles du nord de la ville, résume en une phrase le poids symbolique, mais aussi la réalité quotidienne des plus tangibles, de cette organisation de l'espace : *« Je travaillais chez les bourgeois et je vivais chez les prolétaires »* (femme, 75 ans, Squares, Boulogne-Billancourt).

<u>*Fractures sociales, pratiques spatiales*</u>

Les représentations des habitants, comme les données socio-économiques illustrent la présence de cette limite nord-sud. Dans quelle mesure celle-ci est-elle à l'origine de pratiques spatiales spécifiques ? Cette « frontière » est-elle quotidiennement traversée, évitée ou complètement ignorée ?

Jugés trop loin, les équipements de loisirs[19], situés dans le nord de la ville semblent par exemple peu fréquentés par les habitants des quartiers du Pont-de-Sèvres et des Squares : « *Des fois je vais au parc Rothschild, mais c'est la grande aventure* » (femme, 50 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Enfin, cet homme estime qu'*« à Boulogne nord oui j'y vais, mais pas souvent, même les magasins passé Marcel Sembat c'est pas les mêmes. Les passages si on y va, de temps en temps, mais vers l'église de Boulogne non, on n'y va pas* » (homme, 58 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Le nord de Boulogne-Billancourt, « *c'est pas pour nous* », expriment en filigrane de nombreux enquêtés.

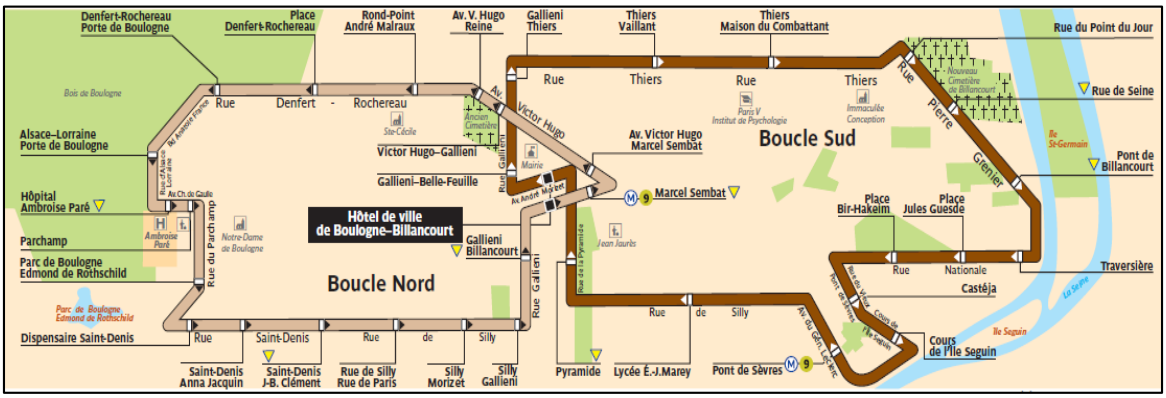
L'organisation du réseau de transport en commun dans la ville, ainsi que son utilisation par les habitants du sud de la commune, témoignent et participent des pratiques spatiales originales des Boulonnais et Boulonnaises. Ainsi, d'après une professionnelle travaillant depuis des décennies au Pont-de-Sèvres :

> « *les déplacements dans Boulogne ne sont pas du tout évidents. Parce qu'autant on peut aller de Boulogne à partout, à Paris, dans les autres banlieues, on a le 171 qui va à Sèvres, Chaville, Versailles. Le tram nous emmène à Issy-les-Moulineaux et La Défense c'est très pratique, mais de Boulogne à Boulogne c'est compliqué. Il faut prendre le métro jusqu'à Marcel Sembat puis un bus. Et cela coute cher, ou c'est des gens qui ont la carte Navigo et là ce sont des gens qui travaillent, sinon cela fait deux tickets de métro. Pour aller à Ambroise Paré, c'est deux tickets de métro. Sinon il y a le bus, la boucle ; mais alors si on va par là il faut faire tout le tour. C'est bien pour les personnes âgées. Pour aller à Ambroise Paré avec un enfant malade on fait le tour de Boulogne, et pour revenir cela va vite… Non il faut aller prendre le 123 à Marcel Sembat, mais bon il faut aller à Marcel Sembat. […] si je vais à Ambroise Paré ou à l'école des Parchamps pour des visites, je suis obligé de prendre la voiture sinon c'est trop long. Il y a quand même un problème* ».

La ligne de bus est appelée le SUBB (transport interurbain du Val de Seine gratuit et adapté aux personnes à mobilité réduite). Plusieurs des enquêtés évoquent en effet leur difficulté à se rendre rapidement dans le nord via ce moyen de transport. Cette ligne comprend deux parcours indépendants (une boucle sud et une boucle nord) convergeant en centre-ville (station « Hôtel de ville »), mais ne permet pas aux habitants du sud de la ville de se rendre directement dans le nord, et inversement (document n°4).

[19] Une analyse spécifique du recours aux médecins généralistes est développée dans le chapitre 6.

Document n°4 : Plan de l'itinéraire du SUBB de Boulogne-Billancourt



Source : RATP

Le territoire boulonnais apparaît ainsi structuré autour d'une fracture nord-sud de nature socio-économique, démographique, mais aussi symbolique perceptible dans les représentations territoriales et les pratiques sanitaires de ses habitants et habitantes.

5.1.2. Médecine générale, attachement et prestige local

À Boulogne-Billancourt, les trajectoires de recours aux médecins généralistes illustrent des représentations territoriales multiscalaires. L'attachement à son quartier, ou bien la valorisation de sa ville sont notamment perceptibles par le recours d'une partie de nos interlocuteurs.

L'attachement de quelques habitantes du quartier des Squares à leur « *médecin de quartier* » correspond au poids de ce facteur symbolique. En effet, un grand nombre de personnes rencontrées dans ce quartier a fait état de la mauvaise réputation du médecin généraliste y exerçant. Une enquêtée déclare ainsi qu'« *il ne faut pas être très très malade* […] *pour des petits bobos c'est toujours mieux d'aller voir le médecin de quartier* » (femme, 71 ans, Squares, Boulogne-Billancourt). Cependant, ce professionnel serait consulté par une grande partie des habitants et habitantes du quartier. Si la majorité des personnes rencontrées se rendant à son cabinet évoquent la proximité, ainsi que le fait que ce professionnel se déplace à domicile, certaines insistent sur le fait qu'il serait « *logique* » de le consulter. Comme l'exprime cette habitante « *c'est le médecin de quartier donc voilà, c'est bien qu'il soit encore là, lui. Il n'est pas parti au moins* » (femme, 77 ans, Squares, Boulogne-Billancourt). Cette habitante lui est reconnaissante de n'avoir pas quitté le quartier. Elle fait ainsi référence aux évolutions sociodémographiques du quartier, que le président de l'association de locataire du quartier nous a longuement décrites. D'après cet acteur associatif, habitant et figure emblématique du quartier, « *ces logements ont été construits dans les années 30, sous la loi Loucheur. Et c'était destiné à, le constructeur à l'époque il a voulu la mixité. Comment il a*

prévu la mixité ? Par la construction, vous savez sur l'avenue les squares de l'Avre donne sur les quais du Point du jour, les immeubles qui donnent sur les quais c'étaient destiné aux cadres, il y avait des ascenseurs et il y avait des parquets, par contre à l'intérieur y a avait ni ascenseur destiné aux salariés. C'est identique aux Squares des Moulineaux, côté avenue Pierre Grenier tout le long de l'avenu Pierre Grenier c'était des logements équipés d'ascenseur, parquet et tout et tout, la cuisine elle est beaucoup plus grande, et c'était destiné pour… mais euh malheureusement la mixité elle disparait, elle a pratiquement disparu, il y en a moins que par le passé. Par exemple on avait des médecins, on avait des médecins qui habitaient ici. [Enquêtrice] : *et donc il n'y a plus de médecin aujourd'hui ?* [Enquêté] : *il y un médecin qui exerce* [Enquêtrice] : *ah il a son cabinet, mais il ne réside pas ici ?* [Enquêté] : *il réside pas ici c'est ça, il a son cabinet au Square des Moulineaux, mais il n'habite pas ici, ah ça non il n'habite pas ici. On avait des artistes aussi, des artistes peintres. Il y en a un qui est encore là, il est célèbre vous savez, il a même fait une affiche de la mairie de 2009 ou 2010* ».

Ce que nous avons qualifié de *critère symbolique* se matérialise également par des discours opérant un parallélisme entre la réputation de la ville et celle de son offre de soins. En effet, dans cette ville un grand nombre d'individus évoquant les facteurs qui ont contribué au choix de leur médecin généraliste mobilisent le champ lexical de la compétence technique, de la réputation ou de l'excellence[20]. Par exemple, une habitante du quartier du Pont-de-Sèvres considère que « *dans une commune comme Boulogne je pense qu'il y a et des bons chirurgiens et des bons médecins, on est quand même bien soigné ici* » (femme, 64 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Un second extrait, montre l'importance accordée à la renommée et la reconnaissance d'un professionnel (ici via une charge hospitalière) : *« il* [son médecin généraliste] *travaille pour les hôpitaux, pour faire des constats comment dire quand c'est un toubib qui dit non ce n'est pas ça, mais on aurait dû faire ça… comment cela s'appelle ? Enfin, c'est un grand bonhomme, avec lui vraiment c'est sérieux »* (femme, 77 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Ces éléments s'ancrent dans un contexte particulier que nous qualifions de « *privilège spatial* ». Les Boulonnais et Boulonnaises seraient privilégiés en ce que cette commune serait un espace de vie agréable, différente d'autres villes de « *banlieue* », et, pour certains individus, un espace « *stratégique* » en termes d'investissement et de capital symbolique.

Tout d'abord, la ville de Boulogne-Billancourt est perçue comme un lieu « *agréable* ». La ville est très souvent appréciée pour son cadre de vie : espaces verts (parcs et bois), tranquillité, installations sportives,

[20] Ces champs lexicaux sont quasiment absents des entretiens réalisés à Gennevilliers.

réseau de transport, offre culturelle. Puis, à l'image d'une déclaration publique de Georges Gorse, maire de la commune de 1971 à 1991, estimant que Boulogne-Billancourt n'est « *ni un arrondissement de Paris ni une banlieue anonyme* » (Collectif 2015), la ville de Boulogne-Billancourt est très souvent considérée comme « *différente* ». Son homologue actuel déclara lors d'une réunion de quartier en mai 2013, en réponse à un habitant qui se plaignait de l'abandon de son quartier et de la croissance des actes d'incivilité : « *il ne faut pas exagérer nous sommes à Boulogne quand même, pas à Gennevilliers* ». Cette comparaison et cette singularisation de la commune vis-à-vis d'espaces urbains symboles stéréotypés d'une banlieue parisienne déshéritée sont présentes dans de nombreuses conversations avec des enquêtés. En effet, si ce discours continue à être porté par des responsables politiques, bien des habitants de la ville définissent leur attachement à leur commune de résidence en la différenciant d'autres villes de banlieue. Ainsi, cette habitante de l'immeuble du Trident, bâtiment situé à l'extrême ouest du quartier du Pont-de-Sèvres, considère que Boulogne-Billancourt « e*st quand même une ville qui fait pas partie des villes comme le 9-3 ou le 9-5 qui a des réputations, mais je dis ça parce qu'on entend, on voit à la télévision. Alors qu'ici, oui on se sent bien* » (femme, 75 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Ou bien cet homme, qui à propos de l'offre commerciale estime être *« privilégié par rapport à toutes les communes environnantes »* (homme, 52 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Toutefois, si la ville n'est pas représentative de cette banlieue stigmatisée, il apparaît à l'image des propos de cette habitante du quartier du Trapèze bien difficile de la définir : *« ce n'est ni la banlieue ni Paris […] c'est un entre-deux […] un truc indéfinissable »* (femme, 50 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Enfin, Boulogne-Billancourt, ni banlieue ordinaire, ni campagne, est souvent comparée, voire assimilée à la capitale. Par exemple, deux hommes habitant au Pont-de-Sèvres considèrent que « *Boulogne c'est comme Paris* » (homme, 50 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt) ou bien *« On a la porte de Saint-Cloud a même pas deux kilomètres, mais on n'y va jamais. Boulogne c'est Paris »* (homme, 79 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). L'attachement à la ville de Boulogne-Billancourt apparaît ainsi pragmatique, ce pour quoi le terme de « *privilège spatial* » illustre des représentations sociales de l'espace permettant de mieux comprendre les modalités de choix et de recours à la médecine générale et la prévention à l'échelle locale.

À Boulogne-Billancourt, le recours à la médecine générale illustre certaines représentations sociales des territoires. L'intériorisation de la distinction socio-économique des espaces entre le nord et le sud de la commune, le sentiment de repli sur l'échelle micro-locale partagé par certains habitants du quartier des Squares, ou bien, au contraire, le prestige de la ville, qui serait associée au prestige de son offre en

médecine générale, influencent certainement les pratiques de recours des individus. Cependant, les références à cette *proximité symbolique* sont bien plus fréquentes et variées à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt.

5.2. Recours à la médecine générale comme marqueur d'ancrage territorial à Gennevilliers

Pour un grand nombre de Gennevillois et Gennevilloises le recours aux professionnels locaux, c'est-à-dire installés dans la commune, traduit un attachement à la ville. La santé apparaît souvent comme un outil de valorisation de l'échelle communale, voire de soutien à la municipalité.

5.2.1. Médecine générale et réputation spatiale

La commune de Gennevilliers est souvent associée aux images stéréotypées de la « *banlieue* », qui, largement relayées par les médias, contribuent à l'image d'une ville lointaine, dangereuse et peu agréable à vivre. L'attachement à la ville s'ancre ainsi dans une contestation de l'image stéréotypée et dévalorisante, alors que cette réputation négative ne semble, pour beaucoup, pas ou plus justifiée.

> « *Pour eux c'est un peu la zone si vous voulez, moi par exemple j'ai des amies que j'ai connues en voyage, je les vois quand je parle de Gennevilliers, elles sont, elles sont toutes étonnées les rares fois où elles viennent, parce qu'elles ne veulent pas venir ici, c'est moi qui vais les rejoindre, euh, elles sont étonnées que cela soit calme, mais bon je passe au-dessus, moi j'y trouve mon intérêt à vivre ici, et je m'y suis attaché* » (femme, 76 ans, Agnettes, Gennevilliers).

> « *On dit qu'il y a des agressions, on dit qu'il y a ci, il y a ça, des voitures brulées, des trucs. D'abord, bon si, il y en a eu, mais bon si, il y en a eu une, pas très loin d'ici il n'y a pas longtemps. Mais bon, moi ma mère qui habite Colombes dans un quartier résidentiel, elle a été plus agressée que moi à Gennevilliers. Donc il y a peut-être des règlements de comptes, des histoires de bandes, peut-être, mais je ne sais pas trop. Je ne vois pas moi* » (femme, 70 ans, Cité-jardin, Gennevilliers).

Consulter un médecin généraliste libéral dans « *sa ville* » est ainsi un moyen de contrer certains stéréotypes. Certains enquêtés expliquent ainsi que, malgré sa mauvaise réputation, Gennevilliers possède de « *bons médecins* ».

Évoquant au cours de l'entretien combien les récits de faits de violence ou de délinquance contribuent à la stigmatisation de la ville, une Gennevilloise déclare d'un ton revendicatif qu'*« il* [son médecin généraliste] *est à Gennevilliers. Moi je vais toujours à Gennevilliers. Pourquoi j'irais ailleurs ? C'est pratique, et il faut savoir, quand on est dans une commune il faut savoir, il faut y aller. Il ne faut pas dire Gennevilliers c'est* [pause] *il y a plein de choses à Gennevilliers. Les gens ne se rendent pas compte. On a plein de choses, et pourquoi on n'aurait pas des bons médecins nous aussi. Mais si »* (femme, 64 ans, Cité-jardin, Gennevilliers). Le recours au médecin généraliste apparaît alors comme un outil de revalorisation de son territoire de vie, et, sans doute, indirectement de valorisation de soi. En effet, le ton adopté par cette femme, son désir de revendiquer la compétence des professionnels exerçant dans sa ville face à une jeune chercheuse parisienne n'est sans doute pas dénué d'une forte valeur symbolique d'échelle collective, mais également individuelle. Comme l'énonce Guy Di Méo, « *s'identifier, et ce n'est là qu'un paradoxe apparent, revient à se différencier des autres tout en affirmant son appartenance à des catégories, des groupes, mais aussi des espaces. C'est une action qui procède par un jeu combiné de différenciation et d'assimilation de tout sujet en regard d'autres entités individuelles ou collectives.* » (Di Méo 2007).

La « *bonne réputation* » de certains médecins gennevillois abordée spontanément par certains de nos interlocuteurs s'inscrit également dans cette valorisation du territoire local. L'exercice hospitalier ou le statut de professeur à l'université conférant à certains médecins une aura particulière, permet de justifier de la compétence de ces professionnels de santé. Une Gennevilloise mobilise ainsi la charge de professeur de son médecin généraliste pour justifier sa confiance en ses diagnostics lorsqu'elle rappelle qu'« *en plus il est professeur de faculté, à l'université donc euh. Il a beaucoup d'internes en plus, donc je lui fais confiance* » (femme, 67 ans, Agnettes, Gennevilliers). L'exercice hospitalier de son médecin généraliste est également évoqué par cette habitante du quartier des Agnettes : « *c'est un bon médecin, il travaille à l'hôpital aussi* vous savez » (femme, 53 ans, Agnettes, Gennevilliers). Enfin, une habitante du quartier du Village, désignant sa médecin par son prénom estime que son exercice supposé à l'hôpital témoigne de la qualité des soins prodigués : « *oui c'est sûr que M-L elle est très connue à Gennevilliers, en plus je crois qu'elle exerce à Louis Mourier, alors vous voyez, ça prouve bien que* [pause] *non vraiment c'est un bon médecin* » (femme, 66 ans, Village, Gennevilliers).

Encadré n°10 : Territoire stigmatisé, territoire évité

Dans une logique inverse, l'adhésion à des discours stigmatisants entraine parfois des consultations dans une autre ville que la sienne.

Une habitante des Agnettes, possédant un niveau de vie quelque peu supérieur à la moyenne de notre panel gennevillois (ancienne secrétaire commerciale), établit un parallèle entre une commune, la composition socio-économique de sa population et la qualité des soins proposés localement. D'après elle, les services proposés à Gennevilliers ne sont pas du tout les mêmes que dans d'autres villes du département. Si son médecin généraliste est implanté à Gennevilliers, elle n'y consulte pas les spécialistes, et n'y achètera plus ses lunettes : « *au point de vue des opticiens je ne vais pas à Gennevilliers, je pense que les gens sont beaucoup moins bien traités, il y a une, comment dire, on juge les gens trop par le, enfin on se dit tu habites à Gennevilliers alors tu as que ce que tu mérites pour ta classe euh quoi… c'est certain. C'est le commerçant hein, chez l'opticien. Donc alors là c'est fini, ma vue non, c'est terminé. La prochaine fois j'irai soit à Asnières. D'ailleurs je vois bien quand je circule à pied, je vois bien les opticiens d'Asnières c'est autre chose, à tout point de vue* » (femme, 65 ans, Agnettes, Gennevilliers).

Finalement, le recours aux soins apparaît révélateur des représentations sociales et territoriales des individus, de même qu'un outil d'affirmation de sa position au sein de l'espace social hiérarchisé. Il apparaît alors que « *l'idée, la conscience de la place qu'on occupe dans le spectre social, et donc l'anxiété sociale liée à l'image de l'infériorité sociale et à l'exclusion sont présentes et agissantes dans le recours aux soins* » (Vaillant 2006, p.404).

5.2.2. Le CMS, un symbole local et municipal

À Gennevilliers, consulter un médecin au CMS peut également constituer un moyen de soutenir et d'affirmer son attachement à la ville, mais également à la municipalité.

Le CMS est un objet de fierté, un témoin de l'action de la municipalité. C'est le cas de cet homme qui déclare être suivi par un médecin généraliste du CMS et y prendre systématiquement tous ces rendez-vous médicaux puisqu'« *ici à Gennevilliers on a l'avantage d'avoir le CMS, le CMS qui en fin de compte ne réunit pas mal de médecins. Et franchement c'est très bien* […] *c'est vrai qu'ils ont fait quelque chose de bien ici, même s'ils ont eu du mal à le faire, non c'est bien, moi je soutiens, j'y vais* » (homme, 50 ans, Agnettes, Gennevilliers).

La majorité des Gennevillois rencontrés connaît l'histoire de la gestion municipale de la santé, dont le CMS est érigé en symbole : « [Enquêtée] : *il y avait un pavillon qui soignait les dents des élèves à cette époque-là. C'était un petit pavillon, parce qu'il n'y avait pas ce grand collège devant, voyez c'était juste le bâtiment en brique rouge, il n'y avait que ça. Et bien il y avait dans un angle un petit pavillon où venait le dentiste pour les élèves, vous vous rendez compte, en 48. L'autre jour justement j'en parlais avec monsieur L, à la salle, on parlait de Gennevilliers, et je lui dis : moi je pense que Gennevilliers a été précurseur pour ça quand même. Parce que bon il y avait déjà le dispensaire qui existait.* [Enquêtrice] : *au village* [Enquêtée] : *oui, mais c'était presque à la limite du cimetière, tout au bout. Vous voyez le nouveau ?* [Enquêtrice] : *oui oui* [Enquêtée] : *c'était juste en face, dans un petit pavillon, tout au bout. J'y allais un petit peu. Pour ça à Gennevilliers ils ont fait beaucoup de choses, c'était une ville ouvrière alors automatiquement. Moi je sais que c'est aussi pour ça que je voulais revenir à Gennevilliers* [rire] *non, mais c'est vrai c'est important* » (femme, 80 ans, Agnettes, Gennevilliers).

De la même façon, l'insatisfaction vis-à-vis de son médecin est pour une Gennevilloise rencontrée contrecarrée par son attachement au CMS et sa reconnaissance envers la municipalité. Elle choisit donc de ne pas changer de médecin : « *je suis légèrement insatisfaite* [de son médecin généraliste], *mais en même temps moi j'aime bien ce centre de santé, je trouve qu'on est privilégié d'avoir ça, proche de chez nous. Donc euh moi c'est hors de question que j'aille consulter ailleurs. On a une structure, et des équipements tout récents, on est gâtés. Donc du coup je n'envisage pas de lâcher ça, pour aller chez un médecin en ville. Que je ne vais pas connaître en plus, donc bon. Mais c'est vrai que j'aurais aimé qu'il y ait quelqu'un qui, peut-être que, je ne sais pas, peut être que c'est un gérontologue qu'il me faudrait, même si je suis encore relativement jeune, je n'ai pas 90 ans. Mais euh, peut-être. En tout cas un médecin de famille. Et là il n'y a pas de médecin de famille, c'est des soignants* » (femme, 67 ans, Luth, Gennevilliers). Comment comprendre cette spécificité gennevilloise ? Dans quelle mesure le territoire gennevillois est-il ici facteur d'un rapport particulier entre ces individus, et les professionnels ou le centre de santé ?

Nous proposons plusieurs pistes de réflexion.

Premièrement, il apparaît qu'à Gennevilliers l'attachement des individus à leur ville est très souvent associé à leur attachement aux politiques locales sociales et de santé. L'extrait d'entretien suivant en est un exemple : *« [Enquêté] : j'ai grandi à Gennevilliers dans l'esprit de Gennevilliers. [Enquêtrice] : c'est quoi l'esprit de Gennevilliers ? [Enquêté] : l'esprit de Gennevilliers c'est un profond attachement à tout ce qui est social, un profond attachement aux valeurs de la résistance, bon on a le maire de la première municipalité communiste qui a été élu en 1934 qui a été fusillé à Chateaubriand, et bon ça ça imprègne, en tout cas moi*

cela m'a fortement, une forte impression […] il y a un attachement aux valeurs du social qui marque cette ville, une fraternité [...] cet esprit reste, même si chez les jeunes il y a peut-être des approches un peu différentes **»** (homme, 63 ans, Luth, Gennevilliers). Gennevilliers est une ville souvent considérée comme agréable à vivre en ce qu'elle offre à ses habitants et habitantes de nombreux services (sport, culture, rencontres). Or, le rapport à la ville qualifié de *pragmatique* dans le contexte boulonnais se manifeste le plus souvent à Gennevilliers non pas sous la forme d'un constat neutre de disponibilité des services, mais davantage comme une reconnaissance à la municipalité. Ces habitants se considèrent ainsi « *gâtés* » : « *à Gennevilliers il s'y passe tellement de choses, bon du point de vue culturel on est gâté, quelquefois il y a tellement de choses, intéressantes je veux dire, qu'on ne peut pas tout faire, et ça m'empêche d'aller à Paris (rire)* » (femme, 76 ans, Agnettes, Gennevilliers). Nous considérons donc que l'importance de l'engagement de la municipalité gennevilloise dans le champ de la santé joue un rôle dans la spécificité des propos recueillis.

Deuxièmement, le CMS, structure de santé publique implantée depuis 1937 dans la ville, constitue un marqueur de l'ancrage local de Gennevillois et Gennevilloises souvent fiers de rappeler qu'ils sont, eux aussi, installés depuis longtemps dans la ville. En effet, à Gennevilliers, une grande partie des personnes rencontrées justifient leur attachement à la ville par la durée de leur présence ou le fait d'être Gennevillois ou Gennevilloise de génération en génération. Les extraits d'entretiens suivants en témoignent : « *je suis avant tout de Gennevilliers. J'ai toujours vécu à Gennevilliers, j'ai tout vécu ici. Mes grands-parents étaient maraichers à Gennevilliers* » (homme, 77 ans, Agnettes, Gennevilliers) ; *« Mon épouse est née à Gennevilliers, sa mère est née à Gennevilliers, sa grand-mère est arrivée en 1921* » (homme, 65 ans, Sévines, Gennevilliers) ; « *Je suis une fille de Gennevilliers* » (femme, 70 ans, Agnettes, Gennevilliers).

D'après l'Insee, la proportion de ménages installés depuis au moins dix ans est en effet importante (48 % en 2009) et ce, d'autant plus dans certains quartiers gennevillois (tableau n°19). Bien qu'inférieure, cette proportion est tout de même de 42 % à Boulogne-Billancourt, et de 45 % à l'échelle du département. Or, ces données considèrent les ménages installés depuis dix ans ou plus dans leur logement, et non dans leur commune.

Tableau n°19 : Ancrage temporel des ménages à Gennevilliers en fonction de leur quartier de résidence[21]

Quartiers	Ménages installés depuis 10 ans ou plus
Les Agnettes	45%
Le Luth	50%
Fossé de l'Aumône	51%
Grésillons	50%
Le village	36%
Chandon-Brenu	33%

Source : Insee, RGP 2009. Traitements et réalisation : E. Faure.

Des personnes résidant dans une commune depuis plusieurs décennies, mais ayant, au cours des dernières années, changé de logement ne sont donc pas comptabilisées. Or, d'après nos entretiens, c'est le cas de nombreuses personnes de la tranche d'âge concernée par le dépistage du cancer colorectal. L'analyse de notre panel d'enquêtés montre que les personnes rencontrées en entretien à Boulogne-Billancourt ne sont en moyenne pas installées depuis moins longtemps dans leur ville que celles interviewées à Gennevilliers, or elles n'évoquent presque pas cette dimension temporelle de l'attachement à la ville. Le temps d'installations semble donc jouer un rôle plus important dans la définition de l'attachement territorial à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt.

Enfin, la reconstruction du CMS du village, retardé par des conflits entre la municipalité et le Conseil Général, a fait l'objet en 2009, d'une importante mobilisation à l'échelle locale (manifestations, pétitions, conseil municipal exceptionnel sur le parvis de la mairie, départ de délégation d'habitants et d'habitantes au Conseil Général). Nous le développerons dans le chapitre suivant, mais cet évènement et ses répercussions sur le débat public à l'échelle locale jouent certainement un rôle dans la récurrence des propos associant la ville à *son* CMS.

[21] Les récents programmes de rénovation et de construction affectant les quartiers Village et Chandon-Brenu expliquent certainement la différence observée entre ces deux espaces et le reste de la commune.

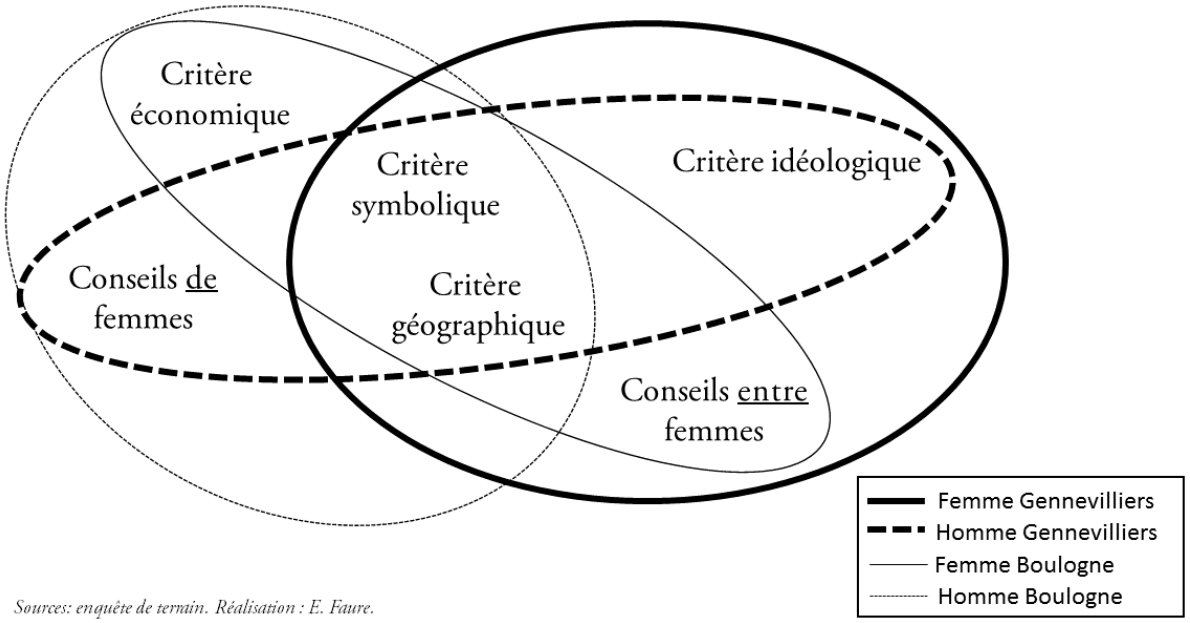
Conclusion

Outre qu'elle contribue à une meilleure compréhension des modalités de recours au dépistage organisé du cancer colorectal, l'analyse exposée dans ce chapitre nous a permis d'étudier les rapports entre les hommes et les femmes et leurs territoires, ainsi que l'ancrage territorial de leurs pratiques de santé.

Les hommes et les femmes mobilisent de multiples critères lors du choix de leur médecin généraliste (dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, comme pour le reste des recours à ce professionnel de santé). Ces stratégies résultent à la fois de facteurs géo(graphique)-métrique (importance de la proximité du cabinet à son domicile) et économiques (prix de la consultation, tiers payant) ; sexués, ou plutôt, nous l'avons montré, genrés ; mais aussi de représentations sociales de la médecine et des territoires (préférence pour une offre de soins locale reflétant l'attachement à *sa* ville ou municipalité). Enfin, la comparaison de deux contextes urbains aux politiques et dynamiques locales distinctes a permis d'appréhender, au travers du recours des hommes et des femmes à la médecine générale, différentes formes d'appropriation et d'organisation de l'espace urbain.

Le schéma suivant synthétise l'ensemble des critères analysés dans ce chapitre et met en valeur le poids des contextes locaux dans leurs articulations.

Schéma n°3 : Choisir son médecin généraliste à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt : distances et proximités au cœur des pratiques spatiales féminines et masculines



Sources: enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

Le **critère géographique** est partagé par les hommes comme les femmes, à Gennevilliers et à Boulogne-Billancourt. C'est en effet le critère prédominant dans les choix opérés, quel que soit le lieu de résidence ou le sexe de la personne. La densité de l'offre disponible sur chacun des territoires, mais aussi l'âge moyen des personnes ciblées par le dépistage du cancer colorectal et donc par cette étude, impliquant une moindre mobilité quotidienne pour raison professionnelle (la quasi-totalité du panel est à la retraite) contribuent certainement à ces choix. Ce résultat concorde avec des travaux menés sur la population générale (Barlet, Collin, et al. 2012).

Comme dans d'autres travaux (Célant, Guillaume, et Rochereau 2014), nos résultats montrent que le **critère économique** est peu pris en compte par les individus. Cependant, il apparaît comme une « spécificité » de la ville de Boulogne-Billancourt. La composition de l'offre de soins de cette ville permet en partie de comprendre ce résultat. En effet, le taux de secteur 2 est très important à Boulogne-Billancourt (plus de 45 %), alors qu'un seul médecin généraliste est en secteur 2 à Gennevilliers (soit 2,4 %).

Le sexe du médecin généraliste est peu pris en compte. Cependant, les modalités de choix de ce professionnel illustrent le rôle particulier des femmes dans la gestion de la santé : à Gennevilliers comme à Boulogne-Billancourt, les femmes s'adressent à des femmes (**conseils *entre* femmes**) et les hommes s'adressent également à des femmes de leur entourage (**conseils *de* femmes**).

Le critère **idéologique** est principalement mobilisé par des Gennevillois et Gennevilloises. Il se caractérise par un attachement à une médecine sociale incarnée par certains professionnels libéraux, mais surtout par une structure de santé spécifique : le CMS. Plusieurs éléments permettent de mieux comprendre cette spécificité. La plus importante politisation des questions de santé à Gennevilliers pourrait participer au sentiment d'attachement des habitants et habitantes de cette commune à une médecine dite « *engagée* ». Inversement, comme nous le verrons plus en détail dans le chapitre 6, une grande partie des médecins exerçant dans cette commune s'y sont installés en recherchant un exercice particulier : « *une médecine sociale* » dans « *une ville populaire* ». Les attentes des individus correspondent donc aussi aux profils des médecins locaux. De plus, la spécificité de l'offre de soins gennevilloise pourrait contribuer au fait que seules les femmes de cette ville mobilisent le critère idéologique lors du choix d'un médecin libéral. En effet, la volonté politique de la municipalité gennevilloise à soutenir et participer à la promotion de la santé, mais aussi à celle des droits des femmes, ou bien l'engagement de nombreuses Gennevilloises dans les associations locales témoignent et contribuent des rapports particuliers de ces dernières à leur ville, ses structures et ses services, de soins notamment.

Enfin, le **critère symbolique**, communs aux deux communes, recouvre pourtant des réalités très différentes à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt. À Boulogne-Billancourt, le recours au médecin généraliste (dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal ou non) fait écho à la fracture nord-sud de la ville, l'originalité de certains quartiers, mais aussi l'unité et le « prestige » de cette ville vis-à-vis d'autres territoires urbains. À Gennevilliers, choisir son médecin généraliste est le symbole d'un attachement fort à sa ville, d'une tentative de lutter contre les stéréotypes dont souffre cette commune érigée en archétype de « la banlieue ». Enfin, les rapports particuliers qui lient une grande partie de la population au CMS, à « *leur CMS* », participent également aux pratiques et trajectoires de santé des Gennevillois et Gennevilloises.

Finalement, les résultats présentés dans ce chapitre montrent que le choix et les trajectoires de recours au médecin généraliste ne résultent pas uniquement de critères individuels, mais s'ancrent dans des dynamiques territoriales originales. Des facteurs d'ordre historique et politique contribuent ainsi aux variations des rapports aux soins et des pratiques de la ville des hommes et des femmes.

Chapitre 5.

Territoires, genre, contextes et systèmes locaux d'action : approche multiscalaire de la promotion du dépistage du cancer colorectal

Introduction 339

1. Les dimensions des contextes locaux de la promotion de la santé 340

1.1. Histoires locales de l'engagement municipal en santé 341

1.2. Politiques et dispositifs de promotion de la santé à l'échelle locale 345

1.3. La santé à l'échelle communale au regard des discours politiques 348

1.4. Promotion de la santé : quand le genre s'en mêle 362

Synthèse 366

2. Un dépistage du cancer colorectal « délicat » et invisible. De la difficulté des acteurs de terrain à (se) mobiliser 368

2.1. Présentation des acteurs impliqués 368

2.2. Un programme difficilement approprié 372

2.3. Un programme différemment approprié 381

Synthèse 393

3. Genre et promotion du dépistage à l'échelle micro-locale 397

3.1. Organisation et fréquentation des instances locales de socialisation : témoins de dynamiques territoriales micro-locales 398

3.2. Les femmes au cœur des discours et des pratiques locales de promotion de la santé 422

Synthèse 438

Conclusion 440

Introduction

Nous l'avons montré dans le chapitre trois, il existe des différences entre hommes et femmes en matière de taux de participation au dépistage du cancer colorectal. Ces différences sont plus ou moins importantes selon les territoires et les échelles. De plus, il apparaît que ces différentiels ni (complètement) expliqués par la répartition spatiale des situations socio-économiques ni par le rapport aux soins des hommes et des femmes. Nous proposons dorénavant d'interroger le rôle des différents acteurs locaux (politiques, associatifs, professionnels, etc.) de la promotion de ce dépistage, et de la santé de manière générale. Il s'agit donc de répondre à la question suivant : en quoi les rôles de ces acteurs locaux peuvent-ils nous permettre de mieux comprendre les différences entre hommes et femmes en matière de dépistage ?

Nous considérons que les politiques locales de santé sont ancrées dans un contexte épidémiologique et socio-économique, mais dépendent aussi de l'histoire locale, de l'organisation territoriale, ou bien du rôle des différents acteurs (élus, professionnels, associations, etc.) ainsi que la propension de ces derniers à travailler en réseau (Loncle 2009 ; Rican et al. 2014). Ce chapitre vise à interroger le rôle des acteurs politiques, socio-sanitaires et associatifs dans l'accès à la prévention des hommes et des femmes et leur (éventuel) rôle dans la construction d'inégalités de santé.

Nous analysons les dynamiques locales de promotion du dépistage du cancer colorectal dans les deux communes ainsi que dans les quatre quartiers ciblés. Par *dynamiques locales*, nous considérons l'émergence volontairement conjointe ou non, d'initiatives locales (municipales ou infra-municipales) participant à un même objectif, ici la promotion du dépistage du cancer colorectal. Nous proposons de décomposer leur étude en deux étapes : premièrement, l'analyse de ce que nous appelons les **contextes locaux** de la promotion de la santé et, deuxièmement, l'étude des **systèmes locaux** de promotion du dépistage organisé du cancer colorectal. Ces processus sont étudiés à l'échelle de la ville ainsi qu'à celle des quartiers, mais les interactions de celles-ci avec l'échelle départementale, voire régionale ou nationale sont également prises en compte.

Nous cherchons finalement de répondre aux questions suivantes : dans quelle mesure les modalités de promotion du dépistage du cancer colorectal sont-elles révélatrices de dynamiques territoriales originales ? Quelles peuvent être les conditions locales (histoire, organisation territoriale, jeux d'acteurs, etc.) favorisant la promotion du programme de dépistage organisé du cancer colorectal auprès des habitants et des habitantes ?

Il s'agit de tester les hypothèses selon lesquelles :

- La campagne nationale de promotion du dépistage du cancer colorectal se décline différemment selon les territoires communaux et infra-communaux.
- Ces déclinaisons dépendent à la fois de contextes (politiques, sociaux, etc.) et de systèmes locaux de promotion de la santé (nombre, type et rapports entre acteurs, partenariats locaux ou au contraire multiscalaires, etc.).
- L'articulation entre ces contextes et ces systèmes locaux d'actions permet de mieux comprendre la place attribuée et occupée par les hommes et les femmes dans ces territoires et politiques de promotion de la santé.

Dans un premier temps, l'analyse comparative et multiscalaire des politiques locales de santé ainsi que des discours et des pratiques des acteurs impliqués vise à définir ce que nous appelons des **contextes locaux de promotion** de la santé. Nous étudierons le rôle des différents acteurs politiques et institutionnels impliqués dans la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal, mais également dans un ensemble plus vaste de politiques et d'actions locales de santé.

Dans un second temps, nous mobiliserons la notion de **système local d'action** publique illustrant l'interaction entre l'influence de l'histoire des territoires, les rôles des différents types d'acteurs et leurs fonctionnements en réseaux (Loncle 2011). Ces systèmes locaux d'action peuvent être évolutifs dans le temps, dans les espaces et varier en fonction des thématiques abordées. Ainsi analysé, l'ancrage local des jeux d'acteurs permet de mieux comprendre qu'une politique nationale ne se décline pas de manière uniforme sur l'ensemble des territoires (Loncle 2011). Ces systèmes locaux d'action ne se limitent pas à l'échelle communale, mais s'ancrent dans des rapports (partenariaux et/ou conflictuels) multiscalaires.

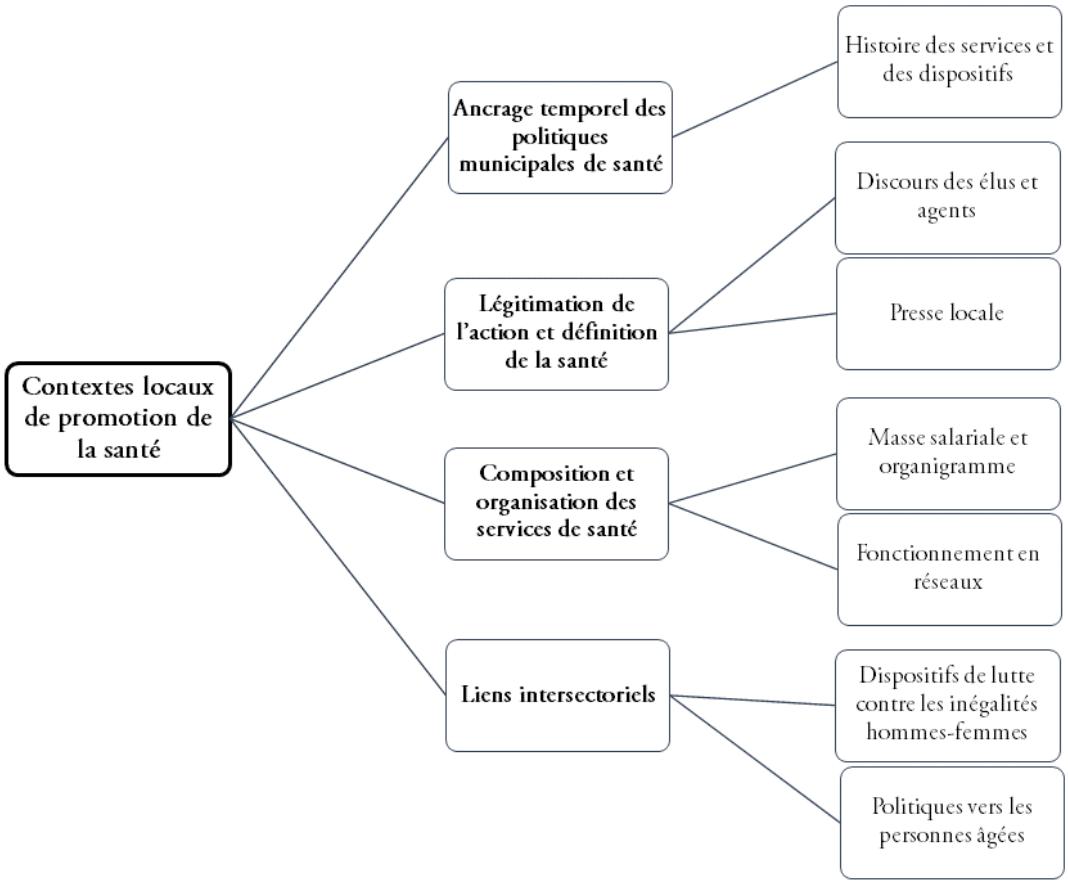
Enfin, nous nous demanderons dans quelle mesure les contextes et les systèmes locaux d'action gennevillois et boulonnais sont révélateurs des modes d'organisation territoriaux, mais peuvent également être le support de **pratiques genrées de la promotion de la santé**.

1. Les dimensions des contextes locaux de la promotion de la santé

La promotion du dépistage du cancer colorectal s'ancre dans des contextes gennevillois et boulonnais que nous supposons distincts. Or, avant d'analyser les déclinaisons locales de ce programme de santé publique, il convient de montrer si, et en quoi, ces deux contextes se distinguent.

L'ancrage temporel des politiques locales de santé (c'est-à-dire la durée et l'évolution des politiques locales de santé, de l'implication des acteurs professionnels et politiques, etc.), la composition et les modes de fonctionnement des services municipaux de santé puis les modalités de légitimation de cette action municipale, et enfin, les éventuels liens entre inégalités de santé et inégalités de genre sont ainsi analysés afin de constituer ce que nous appellerons les *contextes locaux de promotion de la santé* (schéma n°4).

Schéma n°4 : Les dimensions des contextes locaux de promotion de la santé



Ce schéma rend compte des différents éléments que nous proposons d'instruire afin d'examiner ces contextes locaux de promotion de la santé.

1.1. Histoires locales de l'engagement municipal en santé

Nous proposons de décrire successivement la place occupée par la santé dans les politiques communales boulonnaises et gennevilloises au cours des derniers siècles.

1.1.1. Boulogne-Billancourt

Jusqu'à la révolution française, à Boulogne-Billancourt, comme dans la majorité des communes en France, la prise en charge de la santé des habitants dépendait d'une offre de soins libérale (majoritairement inaccessible aux classes populaires), d'initiatives privées et souvent religieuses (offrant un accueil, parfois des soins, au plus démunis).

Le premier bureau de bienfaisance municipal[1] est créé en 1800. Différentes structures d'accueil des indigents, plus que de soins, sont ensuite fondées sur le territoire de la commune et reçoivent le soutien et l'aide financière de la municipalité. Par exemple, un asile pour personnes âgées isolées ouvre en 1854 et un hospice est accessible à la population à partir de 1883. Enfin, un établissement de bains-douche est construit durant le mandat de Paul Lagneau, entre 1900 et 1915 (Couratier et Bezançon 1972).

En décembre 1919, l'élection du maire André Morizet marque un tournant dans la politique de santé boulonnaise. Un dispensaire municipal est rapidement créé, de même qu'un poste d'assistante sociale municipale. Une consultation dentaire gratuite (assurant la prise en charge des soins de suite éventuels) fut également instaurée au sein du dispensaire municipal. Enfin, la ville lève un emprunt d'un million de francs pour permettre à l'Assistance publique de transformer l'établissement d'hydrothérapie médicale du docteur Paul Sollier en un hôpital public. L'hôpital Ambroise Paré, inauguré en 1923, est ainsi le premier de la banlieue parisienne (Rustenholz 2015). Il est situé au sud de la ville, entre la rue du Vieux-Pont-de-Sèvres et l'actuelle avenue du Général de Gaulle. À son ouverture, l'hôpital possède deux services de médecine générale, une consultation de chirurgie, un laboratoire et une unité de radiographie. Un bureau d'hygiène est également fondé en 1924. Ce service doit assurer la surveillance des maladies contagieuses, la vaccination et le contrôle de la salubrité des immeubles de la commune. Ce bureau développe également une vaste politique publique de santé scolaire. Des assistantes scolaires et infirmières sont chargées du suivi des enfants (vaccinations, accompagnements des enfants à la polyclinique scolaire, conseils aux familles en matière d'hygiène et de santé, etc.).

Chaque groupe scolaire dispose d'un poste d'infirmière dès 1922. La polyclinique scolaire (placée au sein du dispensaire municipal) possède un service dentaire, otorhinolaryngologie, ophtalmologie, orthopédie. Le docteur Albert Bezançon (1879-1983), médecin-chef du dispensaire depuis 1919, est

[1] La loi du 7 frimaire de l'an V (27 novembre 1796) institue la création des bureaux de bienfaisance, chargés de recevoir, gérer et répartir le « droit des pauvres » (une taxe sur les spectacles). Leur création était facultative et laissée à l'initiative des communes. Or, une seconde loi, du 15 juillet 1893, instaure la création des « bureaux d'assistances » visant à apporter une aide médicale aux plus démunis.

également directeur du bureau d'hygiène et du centre antituberculeux de Boulogne-Billancourt dès 1920 (Collectif 2008). Il est à l'origine de l'*école en plein air* de la ville (futur préventorium), située sur les hauteurs de Sèvres (bâtisse achetée grâce au baron Rothschild). Le préventorium municipal est un établissement de cure pour les enfants primo infecté (de 6 à 14 mois sur place). Enfin, la ville s'engage dans la lutte contre l'insalubrité et les taudis, permet l'agrandissement de l'hospice et continue à soutenir le développement de l'hôpital Ambroise-Paré.

À la Libération, si la reconstruction de l'hôpital Ambroise-Paré, détruit pendant la Seconde Guerre mondiale, est rapidement décidée[2], il n'en est rien du dispensaire (Bezançon et Caillet 1984). De la même façon, le service de santé scolaire et les actions de promotion de la santé auprès des jeunes restent une priorité des différentes municipalités successives. Mais la prise en charge des populations les plus précaires (dispensaires, bains-douches, centre anti-tuberculose) est de moins en moins investie par les pouvoirs publics. D'après l'actuel élu à la santé de la ville « *les orientations des politiques de santé dépendent des villes, de leur histoire et leur population. Par exemple, Issy-les-Moulineaux est une ville beaucoup plus ouvrière que nous, elle a donc encore un dispensaire, c'est normal* ». La composition démographique de la ville (aujourd'hui majoritairement aisée. cf. chapitre 2) expliquerait l'absence de demande, et donc d'offre de ce type. Reflet d'une évolution démographique et socio-économique, mais aussi de choix politiques, la seconde moitié du XX^{e} siècle est ainsi marquée par une réorientation de l'engagement de la municipalité en matière de santé.

1.1.2. Gennevilliers

Il existe à Gennevilliers un bureau de bienfaisance dès 1801. Cette structure est placée sous l'autorité de la commune avec la collaboration de la paroisse jusqu'en 1922. Cette même année, ouvre le dispensaire Saint-Jean, structure privée recevant des subventions de la ville. Dès 1920, un dispensaire antituberculeux est installé dans le quartier des Grésillons. Enfin, des bains-douches[3] et lavoirs privés sont créés en 1928. Comme à Boulogne-Billancourt, la prise en charge des habitants et habitantes dépend alors principalement d'une offre de soins libérale et d'initiatives privées (bien que souvent soutenues financièrement par la municipalité dans le cadre du bureau de bienfaisance).

[2] La reconstruction de l'hôpital Ambroise-Paré sera malgré retardée pour des raisons financières et foncières. L'hôpital ne sera finalement inauguré qu'en 1969 à son emplacement actuel, c'est-à-dire dans l'extrême nord de la vile.
[3] Très utilisées, ces structures ne seront fermées qu'à la fin des années 1960.

L'année 1934 et l'élection du premier maire communiste de Gennevilliers, Jean Grandel[4], marquent une véritable rupture en matière de politique municipale de santé (Ledoux et Bonnet 2006). La municipalité s'engage alors pleinement dans une mission de santé publique. Jean Grandel est à l'origine de nombreuses politiques sociales (colonies de vacances et colonies sanitaires[5], restauration pour les chômeurs de la ville, service social et sanitaire, consultation médicale dans les écoles, cours d'alphabétisation, etc.), mais aussi d'une vision globale de l'aménagement urbain pour la commune (Ledoux et Bonnet 2006). Par exemple, Jean Grandel décide de la municipalisation des sols (achat massif de terrains), mesure qui permettra, par la suite, de construire le dispensaire et de nombreux logements sociaux. La Mutuelle maternelle, qui dirige le service de consultation des nourrissons est municipalisée sous le mandat de Jean Grandel. Deux autres services de consultations prénatales et de nourrissons sont ouverts. Ces évolutions sont contemporaines de la création du dispensaire municipal dans le quartier des Grésillons. Celui-ci, de service dédié à la protection maternelle et infantile, devient peu à peu un véritable centre médico-social avec un service médical, un service d'assistantes sociales et deux cabinets de dépistage dentaire (Masqué 2009).

En 1947, Waldeck l'Huillier, maire de 1945 à 1973, issu de l'équipe de Jean Grandel, dote Gennevilliers d'un schéma général d'aménagement, l'un des premiers à l'époque. Ce plan d'aménagement projette la construction de nombreux logements, d'équipements scolaires et sportifs, d'une maison des jeunes, de crèches, de nouveaux espaces verts, d'un centre administratif, culturel et commercial, l'aménagement de la zone industrielle ainsi que d'un nouveau centre de santé et d'un hôpital (Dupuy 1998). L'hôpital ne sera finalement pas implanté à Gennevilliers, mais à Colombes. En 1950, un nouveau centre médico-social est aménagé dans le quartier du Village. Le dispensaire devient donc un « centre médico-social ». Cette terminologie reflète à la fois l'agrandissement de la structure et un véritable changement de la politique de santé. Le centre propose alors des consultations en médecine générale, gastroentérologie, pneumologie, gynécologie, radiologie ou psychologie, dermatologie et, dès 1955, des séances de préparation à l'accouchement sans douleur au sein d'une PMI. Il est à nouveau agrandi et modernisé en 1965, puis complété par un camion dentaire.

[4] Résistant pendant la Seconde Guerre mondiale, il reste encore aujourd'hui l'un des grands personnages politiques de la municipalité gennevilloise (en témoigne les différents ouvrages rédigés pour certains par des historiens locaux, les nombreux articles dans le journal communal lui étant consacré, ou bien l'usage de son nom dans la toponymie locale : la place Jean Grandel est la place principale au cœur du quartier du village).

[5] En 1935, la ville acquiert une propriété en province et y installe une colonie sanitaire. Ce lieu accueillera jusqu'en 1965 les élèves des écoles primaires de la ville dans le but d'améliorer leur santé.

Enfin, le nouveau bâtiment du centre de santé du quartier des Grésillons, plusieurs fois relocalisé, ouvre finalement en juin 2006. Ce centre de santé regroupe les consultations médicales, la PMI et le planning familial (Masqué 2009). L'agrandissement et la reconstruction du centre du Village sont également décidés en 2006. Le nouveau CMS du Village accueille les Gennevillois et Gennevilloises (mais aussi des habitants d'autres communes) depuis septembre 2012.

Toutes deux marquées par une histoire industrielle, et avec une composition démographique longtemps similaire (cf. chapitre 2), ces villes ont bénéficié, de la fin du XIX^e^ au milieu du XX^e^ siècle, d'une volonté politique forte en matière de santé (bureaux de bienfaisance, dispensaires municipaux, service de santé scolaire). Si l'engagement de la municipalité gennevilloise semble en développement constant, celui de la commune de Boulogne-Billancourt est plus irrégulier.

1.2. Politiques et dispositifs[6] de promotion de la santé à l'échelle locale

Nous proposons à présent de comparer les politiques actuellement menées par les municipalités gennevilloise et boulonnaise en matière de prévention, afin, par la suite, d'y analyser la place du programme de dépistage organisé du cancer colorectal.

1.2.1. Boulogne-Billancourt : la prévention au cœur d'un service restreint

Rattaché au centre communal d'action sociale (CCAS), le service de santé de Boulogne-Billancourt comprend deux pôles : un espace santé jeune[7] (mis en place depuis plus de dix ans) et un pôle de prévention santé (depuis environ deux ans). Le service est implanté dans l'annexe de la mairie (bâtiment abritant également une partie du service logement de la ville), en centre-ville. Il emploie une directrice et une chargée de mission[8].

[6] Nos terrains ont été conduits en 2013 et 2014. Si certaines informations ont pu être actualisées, nous ne pouvons pas garantir que des modifications d'organigramme, de nouvelles politiques ou actions n'ont pas été mises en place entre cette date et la rédaction de ce manuscrit.

[7] Le pôle jeunesse du service santé, héritier d'un engagement ancien de la municipalité en matière de santé scolaire, apparaît très actif à Boulogne-Billancourt. Sa masse salariale (infirmières scolaires, diététicienne, etc.), la pérennité de certains dispositifs (le partenariat avec la Croix-Rouge et l'Éducation nationale permet la mise en place de formations de secourisme ou de sensibilisation aux addictions auprès des élèves à partir du CM2) ou bien la multiplicité des actions ponctuelles en témoignent.

[8] Une seconde chargée de mission est employée, pour assurer les actions du pôle jeunesse, durant notre terrain, en 2014.

La ville ne possède pas d'atelier santé ville (ASV). Or, selon la chargée de mission du service prévention santé, ayant effectué des stages dans ce type de structure, son poste est très similaire à celui d'une coordinatrice d'ASV.

Différents partenaires (Comité Départemental d'Education pour la Santé, Oppelia[9], etc.) sont ponctuellement accueillis dans les locaux de l'espace santé. Par exemple, depuis octobre 2011, le Codes anime deux permanences d'écoute et d'orientation par semaine et anime des ateliers sur l'alimentation, la vie sexuelle et affective, le stress ou les addictions en direction des adolescents. Ville-santé OMS depuis 2000, Boulogne-Billancourt s'est également engagé à participer à la mise en œuvre de projets de santé comme le Programme national de nutrition santé (PNNS initié par l'INPES) et le Plan national de lutte contre le cancer.

Concernant plus spécifiquement la population âgée, et donc ciblée par le programme de dépistage du cancer colorectal, la ville de Boulogne-Billancourt possède un centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Cette structure s'adresse aux personnes de plus de 60 ans ainsi qu'à leur entourage. Son équipe est composée de sa directrice, de deux infirmières, d'un gériatre, d'un psychologue, d'une travailleuse sociale et d'une assistante administrative. Le CLIC organise des conférences sur des thématiques telles que le sommeil, la maladie d'Alzheimer, la mémoire, le service des tutelles, etc. La structure est financée à hauteur de 80 % par la mairie et de 20 % par le Conseil Général. Il s'agit donc d'un positionnement fort de la part de la municipalité, s'engageant ainsi auprès de la population âgée, nombreuse dans la commune (cf. chapitre 2).

Enfin, la ville dispose d'un service sénior très actif, qui organise de nombreuses sorties ou activités dans les clubs de la commune, mais n'est plus responsable du volet santé de sa politique. En effet, les missions du service sénior qui ont été, il y a quelques années[10], réorientées vers l'animation et les loisirs, ne visent donc plus à promouvoir les questions de santé auprès de son public.

[9] Oppelia est une association à but non lucratif qui a pour objet d'apporter une aide aux personnes et leur entourage rencontrant des difficultés psychologiques, sociales et sanitaires liées notamment à l'usage de drogues et aux addictions.

[10] Le service « séniors et prévention santé » disposait il y a près de cinq ans d'un poste de chargée de prévention, mais cela n'est plus le cas aujourd'hui. Le service n'est donc plus habilité à organiser des activités santé (ateliers sur la nutrition, activité visant à conserver une bonne mémoire, etc.) comme il le faisait auparavant. Dorénavant, le service sénior a pour mission l'organisation de la partie loisir de la politique vers les personnes âgées.

1.2.2. Gennevilliers : une politique volontariste axée sur les volets curatifs et préventifs

À Gennevilliers, l'investissement de la municipalité en matière de santé possède une double dimension, préventive et curative. D'une part, le service prévention santé (comprenant notamment un ASV[11] depuis 2006) met en place des actions visant à promouvoir la santé et à agir sur ses déterminants sociaux. D'autre part, la ville soutient deux centres municipaux de santé, c'est-à-dire des structures de soins.

La coordinatrice de l'ASV supervise l'ensemble des actions et partenariats visant à promouvoir la santé sur le territoire gennevillois[12]. Quatre priorités de travail ont été définies lors du montage du dispositif : l'amélioration de la santé des enfants et de la parentalité, la prise en charge de la souffrance psychosociale, la prévention secondaire, et le travail en réseau. Ce dispositif a vocation à intervenir sur des territoires précis, considérés comme prioritaires par la politique de la ville. Lors de notre travail de terrain, la ville comprenait trois quartiers considérés comme prioritaires par la politique de la ville : le Luth, les Grésillons et les Agnettes. Cependant, à Gennevilliers les actions sont structurées selon des axes thématiques, et non en fonction d'un découpage territorial. L'ensemble de la commune bénéficie donc des dispositifs mis en place par le service de santé municipal et son ASV.

Identifiée comme prioritaire par l'ARS, la commune de Gennevilliers a également signé, avec cet organisme et l'État, un Contrat Local de Santé (CLS) en 2016. Le CLS vise à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Son document de prédisposition établi en 2012 était axé sur le développement d'action de promotion de la santé auprès de deux principaux publics : les « jeunes » et les « personnes vulnérables » (« Contrat local de santé de la ville de Gennevilliers » 2012). La promotion de la santé à l'échelle locale comprend une vaste politique en faveur des enfants et adolescents scolarisés (ateliers de santé bucco-dentaire ou de lutte contre l'obésité dans les établissements, etc.) et diverses actions en direction de publics précaires (ateliers de cuisine et permanences de soins auprès des publics des Restos du Cœur ou de promotion de la santé en foyers de travailleurs migrants : consultations médicales, atelier avec une diététicienne du CMS, etc.). Le contrat local de santé définitif s'inscrit dans la continuité de ce document. En effet, « l'accès aux soins », la « santé des jeunes », la « santé des enfants », la « santé des populations en difficulté » constituent autant d'axes de travail du nouveau plan.

[11] Mis en place depuis la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000, les Ateliers santé ville (ASV) ont pour mission de conduire des programmes d'actions de santé de proximité dans les quartiers de la politique de la ville. Ils s'inscrivent dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et peuvent être intégrés à la démarche des contrats locaux de santé (CLS). Ils visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé entre territoires d'une commune ou de leur regroupement. Il s'agit donc du volet santé de la politique de la ville.

[12] Il n'existe plus, depuis 2013 de service prévention santé indépendant de l'ASV.

Enfin, comme nous le détaillerons par la suite (1.4), un axe « périnatalité et santé des femmes » a également été ajouté.

L'ancienneté, l'histoire, la taille (deux structures dont une de plus de 3 500 m2 sur trois niveaux) ou la masse salariale (43 médecins, 50 paramédicaux, infirmiers, aides-soignants, cadres de santé et 45 administratifs équivalent au total à 88 ETP (dont 32 pour les praticiens)) font du centre municipal de santé un élément clé de la politique municipale gennevilloise. Le centre propose aujourd'hui des consultations en médecine générale, mais aussi dans dix-huit spécialités médicales, soins dentaires, soins infirmiers, radiologie, biologie. La structure possède également un service de soins infirmier à domicile, un service de prévention-vaccination, une permanence maternelle et infantile, un centre de planification et d'éducation familiale ainsi qu'un « espace santé jeune ».

Le centre municipal de santé est réparti en deux sites : le centre municipal de santé Daniel Timsit du quartier des Grésillons et le centre municipal de santé Étienne Gatineau-Sailliant du quartier du Village (cf. carte n°51). Le site du Village est plus vaste, propose davantage de consultations (en médecine générale, mais surtout spécialisée), mais il est aussi le siège du service municipal de santé et de son pôle prévention. D'après l'IGAS, le centre municipal de santé du village « *ressemble à une petite clinique ambulatoire* » (Georges et Wacquet 2013).

Le CMS se veut également un espace d'innovation en matière de prise en charge et de promotion de la santé. Par exemple, en 2010, les deux centres municipaux de santé de la ville se sont engagés dans l'expérimentation nationale de nouveaux modes de rémunération (ENMR) pour les professionnels de santé. Dans le cadre de cette expérimentation, trois axes de travail ont été retenus : la coordination des professionnels de santé, le développement d'action de prévention et le développement de l'éducation thérapeutique du patient. Enfin, depuis 2013, la permanence des soins est assurée par cette structure du lundi au vendredi jusqu'à minuit. À notre connaissance, très peu de centres municipaux de santé ont mis en place un tel dispositif. Par exemple, le CMS de la ville d'Évry (Essonne) met à disposition ses locaux, mais ce sont des médecins libéraux de la ville qui assurent les gardes de nuit.

1.3. La santé à l'échelle communale au regard des discours politiques

Rappelons qu'en France la santé n'est pas une prérogative des municipalités. Le rôle des collectivités territoriales en matière de santé n'est donc pas clairement défini. Cette absence serait à l'origine de la

nécessité, pour leurs élus comme pour les services municipaux, de produire des discours de légitimation des politiques territoriales de santé publique (Clavier 2009). À Gennevilliers comme à Boulogne-Billancourt, ces discours sont véhiculés par des élus, des agents municipaux, mais sont également, nous le montrerons, relayés par la presse locale (ou journaux municipaux). Nous montrerons combien ces discours sur la ville et l'action de la municipalité en matière de santé légitiment des politiques publiques autant qu'ils instruisent le rapport de ces acteurs au territoire, et donc participent à sa construction. Les discours des différents acteurs (ou médias) ne sont donc pas ici appréhendés comme un outil de récolte de données visant à confirmer ou infirmer une hypothèse, mais bien « *comme un matériau à analyser en lui-même, afin de décrire les pratiques et représentations de l'espace, et au-delà comme un facteur de production de l'espace* » (Bulot et Veschambre 2006). Dans ce paragraphe, plusieurs dimensions de cette forme de production du territoire (par les acteurs de la santé) sont successivement analysées.

1.3.1. Légitimation de l'action locale en santé, définition du fait sanitaire et rôle des élus

À Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers, l'action de la municipalité en matière de santé est soutenue par la transposition locale d'une définition large de la notion de santé.

Les acteurs boulonnais et gennevillois rencontrés se réfèrent à une définition de la santé proche de celle proposée par l'OMS dans la charte d'Ottawa, c'est-à-dire un état ne se limitant pas à la présence ou l'absence de maladie. Par exemple, l'ancienne directrice du service santé de Boulogne-Billancourt rappelle qu'« *on ne parle pas de service santé, mais de la direction de l'action sociale et de la santé* ». Cette dénomination témoignerait de la prise en compte de la santé en tant qu'ensemble de facteurs ne se limitant pas à son caractère curatif. Cette volonté se traduit d'après elle par l'adhésion de la commune au Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS. De la même façon, l'ancien élu santé de Gennevilliers estime qu'« *alors si je prends la définition de l'OMS c'est être bien dans son corps, dans sa tête et dans son environnement. C'est-à-dire que ce n'est pas seulement la question de l'état de son corps. C'est la question de son environnement, de son logement, de la pollution, des transports, euh de la culture* ». Communs aux discours d'acteurs boulonnais autant que gennevillois, la mobilisation de cette définition s'ancre dans un contexte de prise en compte croissante de la santé à l'échelle locale et de diffusion des principes et terminologies de la santé publique dans les collectivités territoriales (Clavier 2009).

Cependant, la tension entre une prise en compte avant tout médicale et libérale de la santé des populations (attention particulière portée à l'offre de soins) et une intervention sur les conditions de production de la santé distingue quelque peu nos deux contextes d'étude. Les profils des élus de

Gennevilliers et de Boulogne-Billancourt, leurs modes de légitimation ainsi que celui de l'action de la municipalité illustrent cette différence de positionnement.

À Boulogne-Billancourt, le service santé est placé sous la responsabilité d'un conseiller municipal. Cet élu[13] est médecin généraliste et exerce en cabinet libéral dans le centre de la commune depuis plusieurs décennies. Il est responsable du secteur de la santé ainsi que de celui de la jeunesse.

À Gennevilliers, une élue[14] est spécifiquement chargée des questions de santé. La nomination de cette élue, non-professionnelle de santé, doit permettre à la municipalité d'affirmer la mission intersectorielle de ce champ des politiques publiques. Cependant, lors de nos terrains[15], les différentes missions de cette élue (prospective, direction, représentation) sont occupées par le directeur des services de santé, également directeur du CMS du Village et médecin généraliste au sein de cette structure. Aucun rapport conflictuel ne caractérise les relations entre l'élue et la direction des services de santé. Toutefois, l'expérience[16], la connaissance de la ville et de ses différents services municipaux comme de la population gennevilloise, mais aussi, certainement, le charisme de son directeur (1.3.4 de ce chapitre) explique cette situation.

L'élu à la santé de Boulogne-Billancourt justifie sa capacité à apprécier les enjeux d'une politique municipale de santé par sa profession, sa maitrise de la sphère médicale, son insertion dans les réseaux professionnels spécialisés comme sa connaissance de la population boulonnaise. Or, à Gennevilliers, ni l'élue responsable des questions de santé au moment des terrains ni son prédécesseur[17] n'exercent, ou n'ont exercé, une profession médicale. Leur « *connaissance fine du terrain* »[18], le soutien d'un directeur des services très actif (et médecin) ou bien l'habitude de l'exercice représentatif dans le cas de l'ancien élu (président d'association, engagé dans des collectifs de malades experts et syndicaliste) sont alors

[13] L'équipe municipale a été renouvelée au cours du travail de terrain (sans que la couleur politique ne change, car la liste du maire sortant, Monsieur Baguet, a été réélue) ; or la santé a été attribuée à la même personne.

[14] Comme à Boulogne-Billancourt, l'équipe municipale a été renouvelée à la fin de notre recherche (sans que la couleur politique ne change, car la liste de Patrick Leclerc, nouvellement élu, s'inscrit dans la continuité de son prédécesseur). En 2014, le poste d'élue à la santé a de nouveau été attribué à une femme, non professionnelle du champ sanitaire.

[15] Contactée et relancée à plusieurs reprises, cette élue n'a jamais pu être rencontrée. Alors qu'à l'image de l'extrait d'entretien suivant par exemple « *cela ne sert à rien que je cherche à rencontrer l'élue à la santé ici* », différents acteurs de terrain nous ont régulièrement orienté vers le directeur des services de santé.

[16] Il est médecin au CMS depuis le début des années 1980, et occupe le poste de directeur des services de santé et du CMS du Village depuis 1985.

[17] Contrairement à l'élue à la santé en poste au moment de nos terrains, nous avons pu rencontrer l'ancien élu gennevillois, nous le verrons, aujourd'hui président de l'association des usagers des services de santé de la ville.

[18] Extrait d'entretien de l'ancien élu à la santé s'exprimant sur son ancienne position, la comparant à celle occupée par sa successeure.

invoqués. Dans la continuité des travaux de Carole Clavier, se distinguent ainsi les élus professionnels de santé, légitimant leur présence à leur poste en insistant sur leurs connaissances des sujets et enjeux sanitaires d'une part, des élus non-médecins mettant davantage en avant leurs compétences politiques à prendre des décisions (Clavier 2009). Si, dans le premier cas, la santé est présentée comme un enjeu technique réservé aux spécialistes, elle devient dans le second, un enjeu normalisé de l'activité politique sur lequel les élus peuvent démontrer leur capacité à satisfaire les attentes de la population.

Les modes de légitimation de la fonction d'élu à la santé distinguent donc les deux communes, et renvoient, nous semble-t-il, à des conceptions de la santé, et du rôle de l'implication de la municipalité, quelque peu différentes.

Les élus et les services boulonnais valorisent l'abondance et la variété de l'offre de soins dont dispose leur commune, les bonnes relations de la municipalité avec un hôpital, le caractère innovant de l'installation de défibrillateur dans l'espace public (« *Boulogne-Billancourt est la première ville de France à avoir installé des défibrillateurs sur la voie publique* » rappelle l'élu à la santé, comme le site internet de la municipalité) ou bien le soutien de centres médicalisés pour personnes âgées.

À Gennevilliers, le soutien de la municipalité au centre municipal de santé est systématiquement rappelé. Celui-ci s'ancre davantage dans une politique globale de lutte contre les inégalités de santé que dans une prise en compte « naturelle » du volet curatif de la santé. L'ancien élu à la santé de Gennevilliers estime ainsi que « *le premier responsable de la santé dans une ville c'est le maire. Oui parce qu'il recouvre tout. Après il y a un élu à la santé qui lui recouvre je dirais le sanitaire, les soins, mais c'est qu'une partie de la santé. Car c'est tout un ensemble* ». La santé des individus ne se limiterait pas, uniquement, à la sphère sanitaire et curative, mais exigerait une action multisectorielle. Sa municipalité disposerait ainsi des compétences nécessaires dans des domaines en lien avec la santé (logement, espaces verts, éducation, etc.) lui permettant d'engager des actions sur les déterminants sociaux de la santé et donc de mener des actions de prévention.

D'après l'élu à la santé de Boulogne-Billancourt, la santé est une préoccupation majeure de la commune, car « *de plus en plus les populations sont en demande, donc les maires se saisissent de ce sujet* ». L'engagement de sa municipalité dans le champ de la santé constituerait donc une réponse aux attentes et à la demande de la population. Les acteurs gennevillois rencontrés estiment quant à eux que l'engagement de la municipalité en matière de santé est ancré dans une histoire locale qu'il s'agit de perpétuer. Ces deux modes de légitimation diffèrent donc. D'une part, la demande de la population serait à l'origine de la

mise à l'agenda politique de la santé à l'échelle locale. D'autre part, l'engagement de la ville de Gennevilliers s'inscrirait dans une continuité, presque logique, de l'action engagée par les équipes municipales précédentes.

Enfin, seuls les acteurs gennevillois articulent la capacité d'action multisectorielle de leur collectivité avec leur « *proximité au terrain* ». Par exemple, d'après le directeur des services de santé de la ville de Gennevilliers « *la mise en place d'actions spécifiques adaptées à la population, dépend de la volonté des hommes politiques locaux. Il faut mettre l'accès sur l'échelle territoriale* », sous-entendue l'échelle locale, ou municipale. La proximité, premier outil de légitimation de l'action locale en santé (Fassin 1998), permettrait l'identification des problèmes et l'adaptation rapide des interventions.

1.3.2. Presse municipale, discours politique et santé

Les discours recueillis en entretiens auprès d'élus ou de responsables de services de santé ne sont pas les uniques témoins du discours politique sur la santé. Les sujets traités dans les journaux locaux témoignent également des choix, orientations et stratégies des municipalités en matière de santé. En effet, les articles sont rédigés par des journalistes employés par la municipalité, dans le but de faire connaître et promouvoir les actions réalisées sur le territoire communal. Ces discours peuvent donc être considérés « *comme des dispositifs de construction sociale de la réalité qui contribuent à la maintenir, à la renforcer, voire à la subvertir* » (Lévy et Lussault 2003, p.264-265). Ce type de discours est ainsi « *configurant pour l'espace* » en ce qu'il contribue à « *la construction des espaces perçus, vécus, conçus par les acteurs sociaux* » (Lévy et Lussault 2003, p.264-265).

Le *GenMag* est le journal municipal de la ville de Gennevilliers, et le *BBi* celui de la commune de Boulogne-Billancourt. Comme nous avons pu constater lors de nos entretiens, les personnes appartenant à la tranche d'âge ciblé par le dépistage du cancer colorectal lisent massivement ces médias, et ce, à Gennevilliers comme à Boulogne-Billancourt. Ce sont tous deux des médias mensuels disponibles en version papier et électronique. Le *GenMag* possède environ cinquante pages et le *BBi* environ soixante pages. Ces médias sont distribués gratuitement dans les boites aux lettres des habitants et habitantes de chacune des villes, mais sont également disponibles dans différents lieux publics (mairies, centres de santé, antennes de quartiers, centres sociaux, gymnases, etc.).

La comparaison des articles « santé » publiés entre 2009 et 2014[19] témoigne de la place particulière occupée par les questions de santé dans le discours politique gennevillois et boulonnais. On recense durant cette période, trente-six articles sur la santé dans le *GenMag* (dont vingt doubles pages) et trente dans le *BBi* (dont trois doubles pages). La santé figure en couverture de sept numéros du GenMag, ce qui, durant cette période, n'a jamais été le cas du BBi (tableau n°20).

Tableau n°20 : Taille et type des articles « santé » du GenMag et du BBi de 2009 à 2014

	BBi	GenMag
Demie ou quart de page	12	13
Une page	15	3
Double page	3	20
Présence en couverture	0	7

Sources : BBi et du GenMag. Réalisation : E. Faure.

Cette différence quantitative se double d'une distinction en termes de types de sujets traités.

Dans le *BBi*, les articles correspondent avant tout aux dimensions biomédicales et individuelles de la santé. D'une part, la performance du travail de certaines équipes de soins (centre gérontologique, service de chirurgie gastroentérologique de l'hôpital, permanence des soins par des médecins généralistes libéraux au sein du centre médical de garde) est très souvent mise en avant. D'autre part, beaucoup d'articles valorisent l'engagement d'individus dans le champ de la santé, dont deux types peuvent être distingués : des personnes « extra-ordinaires » engagées dans le champ de la santé (présentation d'une Boulonnaise, présidente d'une association engagée dans la promotion de défibrillateurs dans les espaces publics, nommée « *chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre du ministère de la Santé et des Sports* » ; venue d'Adriana Karembeu pour le soutien d'une association caritative par exemple) ; et des individus « ordinaires », souvent bénévoles d'associations (remerciement aux bénévoles boulonnais à l'issue de campagne de dons de sang ; reportage sur la participation de joggeuses de la commune à la course « La Parisienne » au bénéfice de la lutte contre le cancer du sein ; présentation des bénévoles de la Croix-Rouge ; article intitulé « Un grand merci aux organisateurs du Téléthon » ; compte-rendu d'une après-midi bridge organisé au profit de la recherche sur la trisomie 21).

[19] Cette analyse de contenu concerne la période comprise entre la généralisation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle nationale (2009) jusqu'à l'année de fin de nos terrains (fin 2014). Les archives de ces deux médias sont disponibles en ligne à partir des sites internet des communes.

De nombreux articles du *BBi* mettent en valeur des prix ou des nominations obtenues par la ville, des habitants, le centre gérontologique ou l'hôpital de la ville (9 sur 30 : labélisation d'un centre gérontologique en tant que « *plateforme de répit pour les aidants* » par l'ARS ; désignation de l'hôpital Ambroise-Paré comme « *site pilote pour l'accompagnement de la sortie des patients* » ; classement de la commune au palmarès des villes engagées en santé ; nomination des bénévoles de la Croix-Rouge de Boulogne-Billancourt dans le cadre d'un stage de secourisme par exemple).

<u>Document n°5 :</u> Extraits d'article du BBi de 2009 à 2014



Sources : Archives du BBi en ligne. Réalisation : E. Faure.

Sept des trente articles recensés dans le *BBi* concernent l'hôpital Ambroise-Paré. Seuls trois articles traitent directement d'une thématique santé (préventive) et non uniquement du soin ou du système de soins. Ils sont consacrés au mois d'octobre 2013 au dépistage du cancer du sein, en 2014 à la journée nationale de la vaccination, et en mars 2014 à la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal. Enfin, un article se démarque du reste des autres articles de ce journal, mais surtout de ceux recensés dans le journal gennevillois. Il concerne la tenue du congrès « *Santé au cœur de la cité* » d'octobre 2010. Cet article relate la tenue d'un congrès organisé par une entreprise privée, à destination des pharmaciens, médecins et entreprises. D'après l'article, celui-ci visait à créer un espace d'échanges pour « *jeter les bases d'une économie de la santé dans le cadre citadin* ».

Durant la même période, une part importante des articles publiés dans le *GenMag* concerne le CMS (15 sur 36). L'actualité locale particulière (projet de reconstruction du CMS du village) ainsi que la volonté municipale de mettre en avant l'action de son équipe dans le champ de la santé sont certainement des facteurs de la prédominance d'articles concernant cette structure. Cette volonté est également perceptible dans un second type d'articles abordant la question de la santé dans la commune au travers de la thématique des services publics (4 sur 36). La santé est alors présentée comme un service rendu à la population, au même titre que la culture, le sport ou bien l'aménagement de la ville.

<u>Document n°6 :</u> Extraits d'articles du GenMag de 2009 à 2014



Sources : Archives du GenMag en ligne. Réalisation : E. Faure.

De plus, le journal de Gennevilliers possède une rubrique historique dans laquelle ont été publiés à plusieurs reprises des articles rappelant l'ancrage temporel de l'action de la municipalité en matière de santé (portrait du docteur Étienne Gatineau-Sailliant ; présentation de l'engagement de la mairie sur les questions de santé au travers du temps). Quelques articles traitent de l'hôpital Saint-Jean, mais aucun ne couvre les initiatives des médecins libéraux, pour certain pourtant très engagés sur leur territoire (cf. chapitre 6). Les actions menées par des associations nationales, comme la Ligue contre le cancer par exemple, ne sont pas non plus médiatisées dans le journal local. Enfin, alors que cela n'est quasiment pas le cas dans le *BBi*, de nombreux (12 sur 36) articles du *GenMag* sont directement consacrés à la santé, préventive principalement (vaccination, mesures préventives en cas de fortes chaleurs, protection contre le soleil, IVG, lutte contre le SIDA, alimentation ou grippe AH1N1).

La comparaison des articles publiés dans les deux journaux municipaux témoigne donc de la place particulière occupée par les questions de santé dans le discours politique gennevillois et boulonnais et finalement d'une vision différente des liens ente la santé et la ville, entre la santé et la politique municipale.

1.3.3. Les discours « populaires », ou l'engagement de la municipalité d'après ses administrés

Les deux municipalités cherchent à promouvoir leur engagement en matière de santé auprès de la population, au travers des journaux municipaux notamment. Cette politique est-elle identifiée par les Boulonnais et Boulonnaises, par les Gennevillois et Gennevilloises ?

Boulogne-Billancourt, l'invisibilité d'un service et d'une politique ?

La quasi-totalité des personnes rencontrées à Boulogne-Billancourt déclare ignorer que la ville possède un service santé et aucune n'évoque l'existence d'un élu spécifique.

Dans cette commune, l'offre libérale est systématiquement citée (la densité de l'offre ou la variété des spécialités médicales sont évoquées et valorisées), mais jamais l'action de la municipalité n'est abordée spontanément. Cependant, la majorité des personnes rencontrées connaît les services d'aide aux personnes âgées (téléassistance, portage des repas à domicile, aides ménagères, etc.), les clubs séniors ou bien le bus permettant de se rendre gratuitement dans le centre-ville (SUBB). L'action de la ville est donc avant tout identifiée au travers des services d'aides (et d'animations) à destination des personnes âgées, mais très peu pour son investissement dans le champ de la promotion de la santé.

Seules deux habitantes du quartier du Pont-de-Sèvres ont déclaré connaître le service santé de la ville. Le première, employée au service sénior de la ville, déclare lors de l'entretien qu'« *il y a, pour ce qui est des choses un peu spécifiques l'espace santé jeune, pour. Enfin dans la ville…je sais qu'on est très bien équipé en toute sorte de médecins et spécialistes et du coup si j'ai besoin d'un rendez-vous, mais ce n'est pas vraiment de l'information, je n'ai qu'à décrocher mon téléphone et voilà. Y compris en discutant avec mes collègues. Elle m'a dit je suis allé à tel endroit et c'était très bien, voilà* » (femme, 59 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). La seconde personne évoquant le soutien potentiel de la mairie dans son rapport à la santé estime qu'« *ils vous renseignent à la mairie, moi je travaille à la mairie, oui je travaille pour la ville. Je sais qu'ils vous renseignent* » (femme, 51 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Ces deux femmes travaillent au sein d'un service municipal. Nous pouvons donc supposer que leur accès à l'information est lié à leur statut professionnel. Ce sont également des femmes, et des femmes relativement jeunes par

rapport à notre panel. Enfin, ces deux personnes résident au Pont-de-Sèvres, quartier dans lequel le partenariat entre le service de santé de la ville et le centre social se développe depuis quelques années. D'après une médecin travaillant au centre PMI du quartier depuis plusieurs décennies par exemple, si le quartier a longtemps été isolé des actions municipales de promotion de la santé, il fait aujourd'hui l'objet d'une attention accrue. Par exemple, depuis quelques années seulement, un stand santé est installé lors de la fête de quartier ou bien des ateliers santé sont organisés au sein du centre social.

À Gennevilliers « on est gâtés »

À Gennevilliers, l'action de la municipalité en matière de santé est davantage (re)connue par les personnes enquêtées, et ce autant par les personnes résidant dans le quartier des Agnettes que par celles habitant le Luth ou bien d'autres quartiers de la ville. Le quartier de résidence n'est donc pas, au travers de nos entretiens, le reflet d'un accès différencié à l'information concernant l'action de la commune en matière de santé d'une part, et sa reconnaissance d'autre part.

Une femme rencontrée lors d'un atelier d'activité manuelle dans le quartier du Luth estime par exemple qu'« *à Gennevilliers on a de la chance question santé* [pause] *les politiques ici ils font beaucoup de choses pour la santé, on a de la chance et pourtant c'est pas moi qui va être d'accord avec le parti de la mairie, mais là quand même il faut le reconnaitre* » (femme, 62 ans, Luth, Gennevilliers). L'ancrage temporel de l'investissement de la ville en matière de santé est également souvent rappelé par nos interlocuteurs ou interlocutrices. Une Gennevilloise ayant grandi dans la ville raconte ainsi « *Je ne suis pas allé très longtemps à l'école, mais j'avais 14 ans quand j'ai fait ma dernière année ici à Gennevilliers, et déjà il y avait un camion, un camion qui soignait les dents des élèves à cette époque-là. Le dentiste venait, il y avait un petit pavillon, en brique rouge dans un angle, et il venait. Ah oui, vous vous rendez compte en 48. Ah oui question de ça c'était bien. L'autre jour justement j'ai parlais avec Monsieur L à la salle* [local associatif en bas de son immeuble]. *On parlait de Gennevilliers, et je lui disais et bien écoutez Gennevilliers ça a été vraiment précurseur pour ça quand même. Parce que bon il y avait déjà le dispensaire qui existait* [Enquêtrice : au village] *oui, enfin non, c'était même pas là encore. C'était à la limite du cimetière là-bas tout au bout. Vous voyez le nouveau ?* [Enquêtrice : oui] *et bien c'était juste en face. Dans un genre de petit pavillon, c'était là le dispensaire. Voilà. Donc oui pour ça Gennevilliers ils ont fait beaucoup de et puis ça ne date pas d'hier alors automatiquement* » (femme, 80 ans, Agnettes, Gennevilliers).

Comme l'illustrent les extraits d'entretiens suivants, la reconnaissance de l'engagement de la mairie en termes de santé fait majoritairement référence au CMS : « *Je ne vous cache pas qu'on est assez gâté nous à*

Gennevilliers, parce que rien qu'avec le nouveau CMS qu'ils ont ouvert, en plus il y en a deux quand même. Il y en a un au marché là-bas, et un autre aux Grésillons, en face du lycée là. Donc non on n'est pas malheureux [rire] » (homme, 75 ans, Sévines, Gennevilliers) et « *Moi je dirais qu'à Gennevilliers on est hyper gâté. Parce qu'il y a deux grandes structures de santé, les CMS. Il y a tout au CMS, ce n'est pas la peine de se déplacer* » (femme, 70 ans, Luth, Gennevilliers) enfin « *Ici à Gennevilliers on est quand même gâtés, le CMS par exemple* » (femme, 65 ans, Village, Gennevilliers). La reconstruction du CMS du village, retardée par des conflits entre la municipalité et le Conseil Général, a fait l'objet d'une importante mobilisation à l'échelle locale (manifestations, pétitions, conseil municipal exceptionnel sur le parvis de la mairie, départ de délégation d'habitants au Conseil Général). Comme l'illustrent les deux extraits d'entretiens suivants, cet évènement et ses répercussions sur le débat public à l'échelle locale jouent certainement un rôle dans la récurrence des propos associant la ville, l'action de la municipalité en matière de santé et le CMS. Par exemple, un habitant du quartier des Agnettes déclare qu'*« on a l'avantage d'avoir ce truc-là* [le CMS] *avec la ville. Ils ont eu assez de mal à le faire, non parce qu'ils n'arrivaient pas avoir les subventions, vous savez.* […] *il a fallu qu'on signe des pétitions »* (homme, 50 ans, Agnettes, Gennevilliers). Enfin, une habitante du quartier du village rappelle qu'*« il y a eu une vraie lutte, oui la population s'est mobilisée oui, heureusement sinon il n'y aurait pas eu. Enfin, il y avait bien sûr la municipalité, mais bien aidé par les manifestations, les déplacements. Cela a duré au moins 4 ans ou 5 ans. Oui 4 ans de lutte pour obtenir l'accord et les subventions du Conseil Général. Il y a eu des manifestations. Les associations, les habitants, tout le monde a participé à partir du moment où la municipalité nous a informés de la situation. Il y a même eu un déplacement au Conseil Général, pas une délégation un déplacement »* (femme, 74 ans, Village, Gennevilliers).

Le terme de « *lutte* », relevant d'un discours militant, n'est pas utilisé par tous les individus. Or, le débat public et les moyens de pression visant à défendre le projet de construction du nouveau CMS ont été évoqués par un très grand nombre d'enquêtés. Le Conseil Général est ainsi désigné comme un acteur opposé aux politiques municipales, un frein au dynamisme local. En effet, l'attachement des Gennevillois et Gennevilloises au CMS, ainsi qu'à leur ville, voire leur municipalité, s'inscrit également dans une opposition au département : « *Pour la construction du nouveau CMS, les subventions de la municipalité devraient être complétées, mais ce qui manquait c'est la subvention du Conseil Général. Il n'en voulait pas, ils étaient contre, enfin cela allait à l'encontre de la politique du Conseil Général des Hauts-de-Seine ce truc-là, donc il en voulait pas donc ils ont trainé, ils ont trainé, ils ont trainé, mais finalement* » (homme, 76 ans, Village, Gennevilliers). Dans les discours de ces Gennevillois et Gennevilloises, le

département des Hauts-de-Seine est unité administrative et politique antagonique à leur commune. Enfin, parmi les articles du *GenMag* sur le CMS, entre 2009 et 2014, un tiers est consacré aux difficultés d'obtention des subventions nécessaire à la construction de la nouvelle structure ainsi qu'aux actions de la municipalité et des habitants mobilisés. D'après un article publié dans le journal municipal en novembre 2010 (document n°7), les subventions nécessaires à la construction du nouveau bâtiment du CMS ont été « *attribuées suite à la mobilisation tenace des élus, des Gennevillois signataires d'une pétition, du personnel médical, et à la tenue d'un Conseil municipal extraordinaire, le 22 octobre 2010, sur le parvis de la mairie* » (Dagouat 2012).

<u>Document n°7</u> : Conflit d'acteurs, conflits d'échelles, entre appropriation et communication



Des subventions pour le CMS

Le Conseil général donne enfin son accord

Plusieurs centaines de Gennevillois ont investi le parvis de la mairie, le 22 octobre dernier, autour du conseil municipal qui siégeait en session extraordinaire, afin d'exiger du Conseil général et de l'Etat des subventions pour la reconstruction de son centre municipal de santé, rue de la Paix.

Deux motions à l'Etat et au Conseil général

Un conseil municipal extraordinaire devant le ministère de la Santé ?

Se battre jusqu'au bout !

Danièle Salque

14/Gennevilliers magazine - novembre 2010

Gennevilliers magazine - novembre 2010 /15

Sources : GenMag, novembre 2010, pp.14.

Cet évènement constitue donc à la fois un argument politique mobilisé par la municipalité pour témoigner de sa volonté de préserver son engagement dans le champ de la santé et un marqueur de processus d'attachement des habitants et habitantes à leur ville et de reconnaissance de l'action municipale. Nous avons posé l'hypothèse, en fin de chapitre précédent, que le conflit lié à la reconstruction du CMS du quartier du village est un facteur de l'attachement des individus à cette structure. Nous pouvons également supposer que cet évènement, ainsi que sa forte médiatisation, contribuent à la récurrence de l'évocation du CMS dans les discours « populaires » recueillis, et donc dans la définition de l'action municipale de santé des Gennevillois et Gennevilloises.

1.3.4. Des acteurs locaux de la santé aux « personnalités » connues et reconnues

Un dernier élément se révèle emblématique des contextes locaux de santé étudiés : la place de certaines personnalités.

À Gennevilliers, le directeur des services de santé, médecin et directeur du CMS[20], semble occuper une place prépondérante dans l'organisation et l'évolution des politiques locales de santé. Plus d'un quart des enquêtés gennevillois ont évoqué spontanément l'existence de ce professionnel, son engagement au CMS et son rôle dans la promotion de la santé au sein de la ville. À l'image de cette habitante, le médecin est en effet apprécié pour son implication à l'échelle locale : « *bon le CMS ils sont bien ce n'est pas la question je veux dire, mais ils sont juste je travaille au CMS point, par contre il y a que le directeur qui s'implique beaucoup dans la ville. Il fait des conférences des trucs, des animations sur la santé* » (femme, 69 ans, Cité Jardin, Gennevilliers). Il anime en effet de conférences santé très appréciées : « *j'avoue je suis fan du Dr T, je pourrais l'entendre parler pendant des heures* » (femme, 68 ans, Luth, Gennevilliers). Un des enquêtés, passionné d'histoire locale, raconte ainsi que le docteur est « *a été embauché pour ouvrir une consultation de médecine du sport au CMS. Mais tout de suite Gatineau* [le directeur de l'époque] *l'a remarqué. Son souci de faire auprès du public, des plus pauvres, etc. C'est ça qui l'a incité à lui demander de prendre la direction. Parce qu'il y avait des médecins au CMS avant, mais c'était plutôt des médecins libéraux qui faisant des piges. Bon. Mais ils n'étaient pas forcément des militants de la médecine sociale. Parce qu'il doit y avoir une médecine sociale qui doit exister, et c'est ce que croyait le Dr T. Si le service des vaccinations de la mairie si c'est toujours fait c'est grâce à lui, c'est de la santé sociale* » (homme, 76 ans, Village, Gennevilliers).

Ce médecin intervient personnellement dans les foyers de travailleurs migrants de la ville depuis de nombreuses années. Il y anime, accompagné d'internes du CMS, des ateliers de sensibilisation à la santé. D'après la coordinatrice de l'ASV par exemple, le « *succès* » (affluence, écoute, interactions, etc.) de ces interventions tient à la renommée du médecin, à son charisme et son expérience de terrain. Elle estime qu'« *il en leur parle pas comme un médecin, mais un peu comme s'il était de leur famille* ».

Nous posons l'hypothèse que la taille de la commune (plus réduite que Boulogne-Billancourt) ainsi que la personnalité du directeur du CMS jouent un rôle dans cette particularité. Or, ces facteurs, démographiques et individuels, ne sauraient être isolés de leur contexte territorial, historique et politique

[20] La direction du service santé de la ville est située au troisième étage du centre municipal de santé du quartier du Village, et non en mairie.

(1.1). De plus, il apparaît que la valorisation de l'action municipale en matière de santé se matérialise également dans le média de communication de la ville par la promotion de certaines personnalités locales (document n°8). Par exemple, un article entier est consacré, en octobre 2012, au docteur Étienne Gatineau-Sailliant, qui dirigea le centre municipal de santé de 1957 à 1985. Il décidera notamment de l'agrandissement du centre et du lancement du premier camion dentaire municipal en 1965. D'après le chapeau de cet article, le médecin est considéré comme un « *personnage, qui a* […] *a marqué l'histoire de la ville, un* […] « *honnête homme* » *du XXe siècle* ». Le CMS situé dans le quartier des Grésillons porte le nom de ce professionnel.

<u>Document n°8 :</u> Une famille de médecins boulonnais *versus* un médecin gennevillois charismatique



Portrait du docteur Albert Bezançon, archives municipales.

Portrait du professeur Fernand Bezançon, musée des Années 30.

Une famille de médecins : les Bezançon

Jules Bezançon et ses deux fils, Fernand et Albert, vont tous les trois se consacrer à la médecine et plus particulièrement à la lutte contre la tuberculose, si meurtrière dans la population ouvrière à cette époque.

Jules (1836-1909)
Il est installé comme médecin à Boulogne de 1862 à 1908 au 56, avenue Jean-Baptiste-Clément.

Fernand (1868-1948)
Professeur en médecine, président de l'Académie de médecine.

Albert (1879-1983)
Il succède à son père comme médecin généraliste en 1908 et exercera ses fonctions jusqu'à l'âge de 92 ans.
En 1919, tout en continuant à exercer comme généraliste, il est nommé médecin-chef du dispensaire, rue Rieux, puis, en 1920, directeur du bureau d'hygiène.
Il met en place toute une surveillance sanitaire des enfants dans les écoles et au préventorium des Peupliers et devient, durant la seconde Guerre Mondiale, le médecin-chef de la défense passive.
Enfin, il contribue activement à la création puis au fonctionnement de la Société historique de Boulogne-Billancourt ainsi que du musée dont il devient le conservateur en 1954.

Histoire

Un médecin très social

Le nouveau centre municipal de santé portera le nom du Dr Étienne Gatineau-Sailliant. Ce personnage, qui a dirigé le CMS pendant près de trente ans, a marqué l'histoire de la ville. Portrait d'un « honnête homme » du XXe siècle.

Le Docteur Étienne Gatineau-Sailliant (1922-2008)

Lorsqu'il arrive à Gennevilliers, en 1957, pour occuper les fonctions de médecin-chef du centre médico-social municipal, le Dr Étienne Gatineau-Sailliant (1922-2008) n'est pas au début de sa carrière. L'ancien externe des Hôpitaux de Paris a exercé comme médecin du travail à Rouen à partir de 1948. Le médecin n'était pas venu dans notre ville « par hasard » : sachant que le poste de médecin-chef était vacant à Gennevilliers, le Dr Goulene, qui dirigeait le centre de santé d'Argenteuil, l'a présenté à Louise Cadoret, adjointe au maire de ce secteur. Son engagement, à partir de 1953, au sein du PCF, n'est sans doute pas non plus étranger à sa venue ici : il trouve à Gennevilliers les valeurs politiques qu'il défend alors. C'est ce que semble d'une ankylose totale d'une hanche. Toute sa vie, la position debout lui sera pénible. D'où l'utilisation d'une canne-siège dont certains Gennevillois se souviennent encore.

DES RENCONTRES DÉTERMINANTES

Les problèmes de santé du père et du fils pourraient ne pas être étrangers à la vocation médicale d'Étienne Gatineau-Sailliant. Mais il est difficile de connaître les desseins du docteur car, comme le confiait son fils Gilles Gatineau-Sailliant qui a rassemblé ses souvenirs à l'occasion de ce portrait : « *Mon père partait très peu de lui, ne se livrait pas beaucoup.* »
Il suit ses études secondaires et de médecine à Rouen,

> « Il convient de gagner du terrain chaque jour sur l'injustice sociale ; en jouant la fraternité contre l'égoïsme… »

et syndicale intense, et constamment soutenu et secondé par son épouse Nadine, le Dr Étienne Gatineau-Sailliant œuvre à la modernisation et au développement du Centre municipal de santé. « *Il était très attaché à procurer aux Gennevillois, quelle que soit leur condition sociale, raconte son fils Gilles, des soins de qualité, dispensés par un personnel qualifié, disposant de locaux adaptés, et des équipements nécessaires à une médecine moderne.* »
L'agrandissement du centre et le lancement du premier camion dentaire municipal, en 1965, furent sans doute parmi ses plus grands motifs de satisfaction.

Sources : Mémoire Vive, Janvier 2008, pp.4 ; GenMag, octobre 2012, pp. 43.

Si ce constat est ancré dans le contexte gennevillois, la valorisation de l'investissement de certaines personnalités locales dans le champ de la santé existe aussi à Boulogne-Billancourt. Un article de presse locale boulonnaise présente différents membres de la famille Bezançon ayant occupé des postes à responsabilités et œuvré au développement de la politique de santé de leur commune. Ainsi, en 1919, tout en continuant à exercer comme généraliste, Albert Bezançon est nommé médecin-chef du dispensaire, puis, en 1920, directeur du bureau d'hygiène. Il met également en place la politique locale de santé en direction des enfants (infirmières scolaires, consultations dentaires, préventorium, etc.) (document n°8).

Cependant, la forme et le mode de diffusion de ces deux portraits diffèrent. En effet, la famille Bezançon (trois générations d'hommes médecins dans la ville) est louée dans un article de *Mémoire Vive*, gazette de la société d'histoire de Boulogne-Billancourt, et non dans le journal de la ville, le *BBi*, possédant un

lectorat bien plus important. Inversement, l'article portant sur le docteur Gatineau-Sailliant est intégré au journal de la ville, le *GenMag.* De plus, alors que la famille Bezançon occupe un encadré d'une demie-page au sein d'un numéro consacré aux professions médicales (libérales), le portrait du docteur Gatineau-Sailliant, d'une page, constitue la rubrique « histoire » du *GenMag* d'octobre 2012, mois d'inauguration du nouveau CMS dans le quartier du Village. Enfin, le contenu des articles est également différent. Alors que *Mémoire Vive* présente des faits historiques (fonctions, réalisations), le *GenMag* développe également des éléments biographiques et politiques de la vie du médecin (fonctions et réalisations, mais aussi appartenance au parti communiste, passions, vie de famille, etc.).

L'ensemble de ces éléments illustre à notre sens une vision différente des liens ente le corps médical et la ville, entre les médecins et la municipalité, et entre la santé et la politique.

1.4. Promotion de la santé : quand le genre s'en mêle

Les dispositifs de promotion de la santé s'inscrivent dans des dynamiques territoriales et historiques complexes. Elles peuvent, dans certains contextes, être articulées à des politiques de luttes contre d'autres types d'inégalités que celles de santé : les inégalités de genre. Nous analyserons les implications spécifiques de ces articulations en matière de promotion du programme de dépistage du cancer colorectal dans la partie suivante (2.). Nous proposons dès à présent de présenter la place de ce champ de l'action publique dans les politiques municipales de santé à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers[21].

1.4.1. Boulogne-Billancourt : aux prémices d'un questionnement

Intégré à la maison du droit, le centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles des Hauts-de-Seine[22] (CNIDFF) est situé à Boulogne-Billancourt. Fondé en 1972 à l'initiative de l'État, le centre est un relais de l'action des pouvoirs publics en matière d'accès aux droits pour les femmes, de lutte contre les discriminations sexistes et de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes. Cette structure d'échelle départementale collabore avec la municipalité sur la question des violences faites aux femmes, mais ne constitue pas un partenaire du service de santé de la ville.

[21] Précisons qu'il ne s'agit en aucun cas de restituer de manière exhaustive des politiques de luttes contre les discriminations, les inégalités de genre et violences faites aux femmes de ces municipalités ; mais bien d'analyser la part de ces dispositifs dans leurs articulations avec le champ de la santé.

[22] Trois autres structures sont implantées dans les Hauts-de-Seine : à Clamart, Nanterre et Neuilly-sur-Seine.

La question des violences et discriminations envers les femmes, et la lutte contre les inégalités de genre sont de plus en plus prises en compte dans les politiques publiques boulonnaises. Majoritairement nationales et départementales, ces politiques possèdent néanmoins des déclinaisons locales : comme dans le champ de la santé, la question de la lutte contre les inégalités de genre n'est pas une prérogative des municipalités, mais les villes sont de plus en plus nombreuses à s'en saisir.

Saisi par le maire de la commune, le Conseil Economique et Social Local (C.E.S.L) a présenté un rapport sur les violences faites aux femmes lors du conseil municipal de Boulogne-Billancourt du 7 février 2012. Ce document fait état de la prise en charge des femmes victimes de violences dans la ville et propose de nouvelles recommandations. La première concerne la création d'une délégation aux droits des femmes au sein du Conseil municipal et la nomination d'un élu spécifiquement en charge de cette mission. Les propositions suivantes portent sur la formation des employés communaux, l'information du grand public sur les questions de violences faites aux femmes, la sensibilisation des enfants scolarisés à la lutte contre les préjugés sexistes ou bien le renforcement de l'offre de logement pour protéger les victimes en situation d'urgence. Le maire, réélu lors des élections municipales de 2014, a nommé une élue pour développer ces dispositifs. Le conseil municipal de Boulogne-Billancourt comprend ainsi, une élue (n'appartenant pas à la majorité municipale) chargée de la mission « parité et droit des femmes » et d'un quartier de la ville. Des actions vers les professionnels sont mises en œuvre. Toutefois, aucune collaboration entre cette élue et le service municipal de santé (des agents ou son élu) n'est pas à ce jour développée ni même envisagée.

Si certaines anciennes associations du quartier du Pont-de-Sèvres possédaient une connotation féministe (les *Nanas Beurs* (association aujourd'hui disparue) et l'Association Femmes Immigrées[23] (AFI) par exemple), ce n'est plus le cas aujourd'hui. À notre connaissance, seule l'Association des femmes africaines (également implantée dans le quartier du Pont-de-Sèvres) se définit comme une structure d'animation, d'accueil et d'écoute des femmes (sans toutefois s'inscrire dans une démarche de défense des droits des femmes). Or, cette association n'entretient que très peu de relations avec les services municipaux, et n'a jamais collaboré directement avec le service prévention santé de la ville.

[23] Créée en 1986, l'AFI œuvre toujours sur le quartier. L'association proposait initialement à des femmes immigrées et isolées, des cours de coutures, des cours d'alphabétisation, puis de l'accompagnement scolaire pour les enfants. Le public de cette association s'est modifié au cours du temps. Aujourd'hui, près de 30 % des bénéficiaires des cours sont des hommes. Cependant, d'après l'une des employées de cette structure la particularité de cette association c'est de proposer des séances d'éveil pour les enfants pendant que leurs mères sont en cours d'alphabétisation.

À Boulogne-Billancourt, comme dans un nombre croissant de communes, la question de l'égalité hommes/femmes est donc intégrée à l'organigramme municipal. Cependant, cette thématique ne semble pas, à ce jour, articulée aux services ou acteurs locaux de santé. Inversement, aucune référence à cette thématique n'a été faite par nos interlocuteurs travaillant sur des questions de santé.

1.4.2. Genre et politiques locales gennevilloises : un contexte sanitaire spécifique ?

À Gennevilliers, la lutte contre les inégalités entre les sexes est portée par le tissu associatif ainsi que par la municipalité et participe de façon originale aux dynamiques locales de santé.

En efffet, Gennevilliers est caractérisée par un vaste et dense réseau associatif engagé, depuis plusieurs décennies, dans la lutte contre les violences faites aux femmes et les inégalités de genre (Femme-relais, l'Escale[24], Elles ouvrent la porte[25], Femmes-solidaire). De plus, la lutte contre les inégalités de genre, et plus particulièrement les questions de sexisme et de violences faites aux femmes, font ces dernières années l'objet d'un nombre croissant de dispositifs et d'actions publiques : manifestation de condamnation des violences faites aux femmes après l'assassinat de deux habitantes par leur conjoint, campagne d'affichage contre les violences faites aux femmes, notamment en relation avec le service municipal de la jeunesse, exposition de photographies de Gennevilloises « Femmes de parole » par le photographe Sylla Grinberg, participation au financement et à la construction de l'École Femmes sans Frontières[26], création d'une mission spécifique aux droits des femmes, manifestations et exposition autour de la célébration du 8 mars. Accompagnées par le travail d'une sociologue, des marches exploratoires de femmes[27] sont associées à la réflexion du réaménagement actuel du quartier des Agnettes

[24] Association crée en 1993 à l'initiative, entres autres, des militantes d'Elles ouvrent le porte, proposant accueil, écoute, soutien psychologique, accompagnement dans les démarches, hébergement. L'association adhère à la Fédération nationale Solidarité Femmes (FNSF), réseau engagé pour l'égalité femmes/hommes et dans la lutte contre les violences faites aux femmes.

[25] L'association « Elles Ouvrent la Porte » issue du MLAC et créée en 1981 s'occupe de l'insertion des femmes, dispense des stages de français et de langues étrangères. Elle propose des cours d'alphabétisation et des activités culturelles et de loisirs.

[26] Cette structure propose des cours d'alphabétisation, de « culture générale » ou d'accès aux technologies numériques de l'information à des femmes en situation de précarité (économique, sociale, administrative, etc.).

[27] Initiées au Canada et au Québec dans les années 1990, en France les premières marches exploratoires sont organisées au début des années 2000 notamment dans les villes de Paris, Arcueil et Lille. Les « marcheuses » sont invitées à identifier les éléments d'aménagement du territoire urbain à l'origine d'un sentiment d'insécurité, à contextualiser leurs stratégies d'évitement, enfin à élaborer des propositions d'amélioration. Cependant, certaines associations et chercheuses mettent aujourd'hui en valeur les éventuels effets pervers de ce type de dispositif qui, plus ou moins implicitement, associent l'insécurité et les violences faites aux femmes à certains types de quartier (en politiques de la ville) entretenant à la fois un urbanisme sécuritaire de plus en plus prégnant et des discours classistes, souvent islamophobes, sur les « hommes de banlieue ».

et du futur centre-ville. Ces marches sont mises en place par diverses communes françaises (Masurel 2012 ; Blache 2014). Or, comme l'illustre l'important soutien — politique et financier — au projet de recherche-action « La ville côté femmes »[28], ces marches s'intègrent à Gennevilliers dans une réflexion plus large portant sur la place des femmes dans la ville.

Une mission égalité hommes/femmes est portée depuis plusieurs mandats par des conseillers municipaux gennevillois en plus d'autres missions. Mais, depuis 2014, une élue est spécifiquement chargée de cette politique. Enfin, symbolique, le nom de l'élue chargée des questions d'égalité hommes/femmes est révélateur d'une volonté politique particulière : elle est « conseillère municipale déléguée au Féminisme, lutte contre les discriminations et l'éducation à l'égalité [29] ».

L'un des objectifs de cette élue est de développer le volet santé des femmes dans une optique partenariale et intersectorielle. Par exemple, le contenu du récent CLS est une des traductions concrètes de l'articulation entre la lutte contre les inégalités de santé et de genre. En effet, le second axe de ce contrat concerne la « Périnatalité et santé des femmes »[30]. La promotion du suivi gynécologique, de l'activité physique auprès des femmes ou bien l'intégration de la lutte contre les violences faites aux femmes dans les parcours de santé ont été priorisées. Cette politique doit également se traduire par la réalisation d'un diagnostic local de la santé des femmes s'appuyant sur des constats d'ores et déjà identifiés : un taux de mortalité féminine important (au regard des hommes de la commune, comme des femmes résidant dans le département et la région), une offre de soins déficitaire en matière de gynécologie, une part importante de femmes parmi les usagers du centre médico-psychologique adulte de Gennevilliers (60 %), etc. L'usage d'indicateurs sexo-spécifiques dans le CLS comme dans un nombre croissant de rapports municipaux ou bien la volonté de l'élue de développer un partenariat avec l'association gennevilloise de promotion de la pratique du vélo s'inscrit pleinement dans une politique intersectorielle et originale. Cette dernière action viserait à encourager à la fois l'activité sportive, et donc la promotion de la santé, et la lutte contre les inégalités de genre par la réappropriation de l'espace public par les femmes.

---

[28] Cette recherche-action analyse depuis 2013 la place des femmes dans la ville au travers de différentes thématiques : espace public, démocratie participative, jardin partagé et bien-être, etc. En plus des financements universitaires et institutionnels « classiques », ce projet bénéficie d'un soutien conséquent de la municipalité de Gennevilliers.

[29] Il n'existe aucune élue dans les Hauts-de-Seine, et, à notre connaissance aucun-e élu-e en France, dont le titre contient explicitement le terme « féminisme ».

[30] Deux des six autres CLS à ce jour (juin 2016) signé entre l'ARS Île-de-France et des communes des Hauts-de-Seine comportent un axe « santé des femmes », celui de Gennevilliers restant le plus développé (et le seul à y inclure la question des violences faites aux femmes ou la pratique d'activité physique).

L'engagement du secteur associatif gennevillois en matière de lutte contre les violences faites aux femmes et les inégalités de genre s'accompagne donc aujourd'hui d'un volontarisme municipal développant une approche de plus en plus intersectorielle de cette politique, en lien, notamment, avec les questions de santé.

Synthèse

La commune de Gennevilliers s'est engagée dans une démarche de promotion de la santé publique dès le début du XX^{e} siècle : dispensaires, consultations des nourrissons, service dentaire municipal, lutte contre l'habitat insalubre, etc. La municipalité de Boulogne-Billancourt soutient quant à elle une politique de santé volontariste jusqu'à la Seconde Guerre mondiale : dispensaire, préventorium, consultations médicales en milieu scolaire. Les histoires boulonnaise et gennevilloise de l'intervention de la municipalité dans la gestion de l'hygiène publique, puis de la santé de leurs administrés sont initialement relativement similaires. Pourtant, les deux villes se distinguent dorénavant de par leurs modes d'implication dans le champ sanitaire, constituant ainsi **deux contextes locaux de promotion de la santé distincts**. Les différents éléments constitutifs de ces contextes sont résumés dans le tableau suivant.

Le profil des élus à la santé, les modes de légitimation du statut et du rôle de ces élus comme de ceux de la municipalité en matière de santé, les orientations et les publics priorisés, enfin, la prise en compte des inégalités de santé et leurs articulations avec d'autres dimensions (en ce qui nous concerne, les questions de genre) participent à la différenciation des contextes locaux de promotion de la santé gennevillois et boulonnais. Finalement, à Gennevilliers la santé apparaît comme un fait social et politique. À Boulogne-Billancourt, elle est davantage considérée comme un capital biomédical et individuel.

Tableau n°21 : Synthèse de la comparaison des contextes locaux de promotion de la santé

	Boulogne-Billancourt	Gennevilliers
Ancrage temporel des politiques municipales de santé	Absence de référence aux actions passées de la municipalité en matière de santé publique	Engagement ancien de la municipalité souvent mobilisé par les acteurs contemporains
Statut de l'élu-e	Médecin généraliste	Profession non-médicale
Mode de légitimation de l'élu-e	Connaissances spécifiques	Capacité à prendre des décision, connaissance du terrain
Mode de légitimation de l'action de la municipalité	Demande de la population	Ancrage historique, vision politique
Composition et organisation du service santé	Service restreint en développement, volet curatif mis en valeur (offre de soins, défibrillateurs, etc.) et dispositifs de promotion de la prévention en développement	Service important, prise en compte des volets curatifs (CMS) et préventif de la santé
Publics privilégiés en matière de prévention	Santé des enfants, jeunes et personnes âgées	Santé des enfants, jeunes et populations précaires
Place des inégalités de santé dans les dispositifs	Non mentionnée	Mentionnée et mobilisée comme facteurs des politiques engagées
Articulation lutte contre les inégalités de santé et de genre	Inexistante	En développement
Synthèse : la santé comme…	**… un capital biomédical et individuel**	**… un fait social et politique**

Cette première étape incite à poser une double interrogation : dans quelle mesure ces contextes locaux sont-ils le support de modes d'appropriation et de promotion (différenciées) du programme national de dépistage du cancer colorectal ? La place occupée par les questions de genre dans les politiques publiques de santé est-elle, dans le cadre de la promotion de ce programme auprès des hommes et des femmes, le support d'une différenciation des territoires ?

Nous posons, au regard des éléments exposés dans cette première partie, les hypothèses suivantes :

- La ville de Gennevilliers, engagée dans la promotion de la santé sur son territoire, disposant d'un vaste réseau d'acteurs, peut constituer un contexte favorable à la promotion du dépistage du cancer colorectal, et ce, en prenant en compte l'ensemble de la population cible de ce programme.
- La ville de Boulogne-Billancourt, dont le service santé est plus restreint, bien que de plus en plus actif, peine certainement à engager une politique de promotion de ce dépistage.

2. Un dépistage du cancer colorectal « délicat » et invisible. De la difficulté des acteurs de terrain à (se) mobiliser

Les systèmes locaux d'action (publique) correspondent aux interactions entre l'influence de l'histoire des territoires, la gravité[31] des situations locales, les rôles des différents types d'acteurs et leurs fonctionnements en réseaux (Loncle 2011). Dans la continuité de ces travaux, nous nous intéressons ici aux systèmes locaux de promotion de la santé et du dépistage organisé du cancer colorectal. Ainsi, nous posons l'hypothèse que les modalités de promotion de ce programme de santé publique dépendent notamment des acteurs impliqués et de leur mode d'organisation.

Après avoir présenté les acteurs de la promotion du dépistage impliqués dans chacune des deux villes, nous montrerons dans quelle mesure ce programme pose problème aux différents professionnels. Nous étudierons ensuite comment, malgré des difficultés partagées, les acteurs boulonnais et gennevillois se saisissent et promeuvent ce dispositif. Notre objectif est de montrer que les contextes locaux précédemment présentés sont à la fois supports et produits des systèmes locaux de promotion de la santé et du dépistage du cancer colorectal.

2.1. Présentation des acteurs impliqués

Dans les Hauts-de-Seine, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal est coordonné par l'ADK92. Dans cette structure, une employée est chargée de la communication et donc des partenariats avec les professionnels de santé (les médecins généralistes dans le cadre du dépistage du cancer colorectal), les services municipaux de santé ou le cas échant les ASV, les services municipaux de la communication, les centres sociaux et les associations locales. Des partenaires départementaux (réseaux de santé, comité départemental de la Ligue contre le cancer, etc.) ou nationaux (bailleurs sociaux, Ligue nationale contre le cancer, etc.) interviennent également auprès des municipalités et d'autres acteurs locaux, ou bien de façon indépendante.

[31] Patricia Loncle propose de prendre en compte la gravité de la situation sanitaire locale, c'est dire l'ampleur des problèmes de santé de la population, mais aussi des inégalités sociales ou territoriales de santé connues par les acteurs de terrains (Loncle 2011). Il s'agit ainsi d'analyser la connaissance des acteurs vis-à-vis d'une thématique (ici la participation au dépistage du cancer colorectal) ainsi que sa prise en compte dans la mise en place des actions.

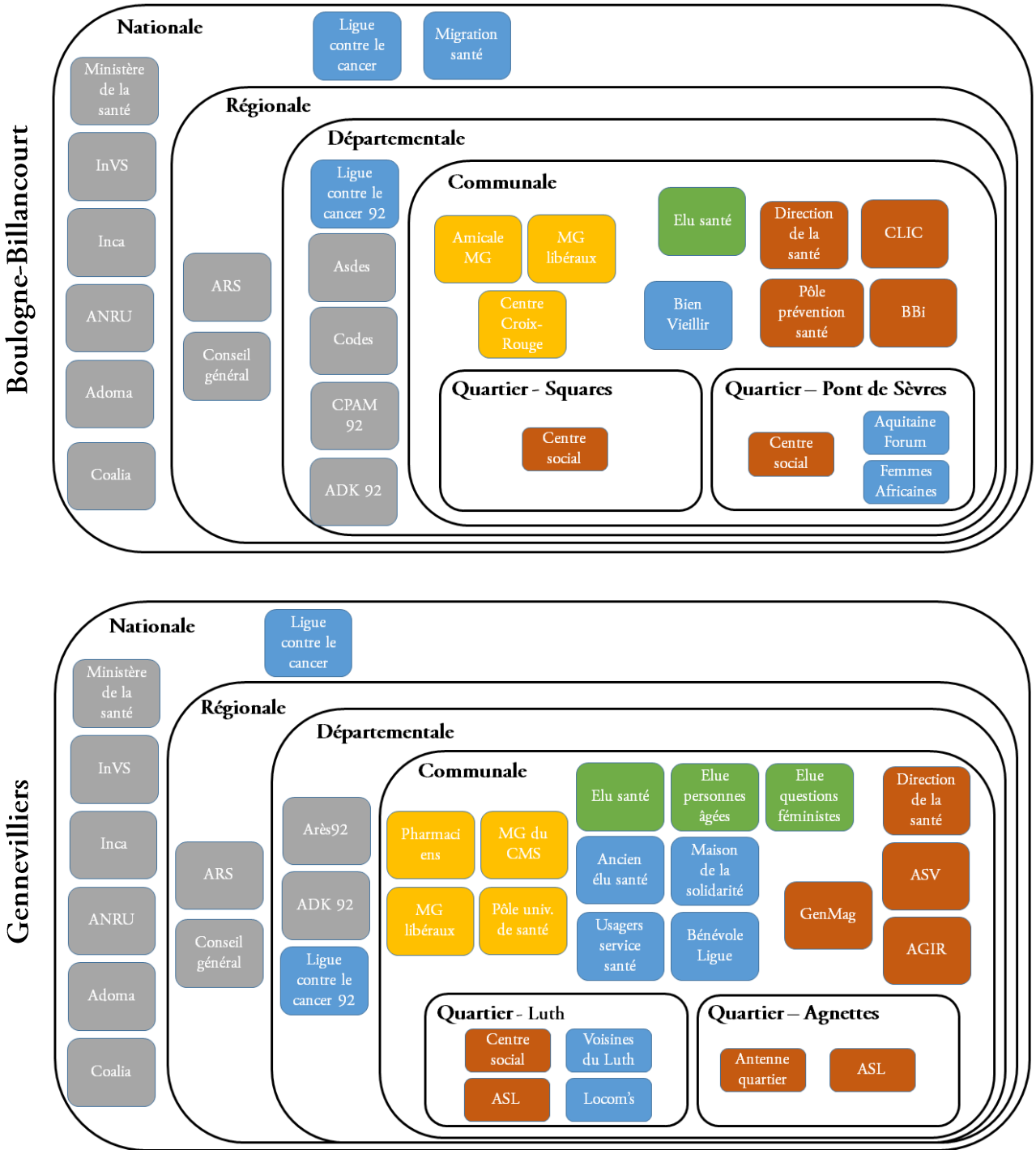
Le schéma suivant permet d'apprécier les principaux acteurs nationaux, régionaux et départementaux de la mise en œuvre et la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal (schéma n°5). Ces acteurs ont été identifiés grâce aux entretiens menés à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt, ainsi qu'à la consultation de divers documents (archives, rapports d'activités, etc.).

Les acteurs d'échelle nationale et régionale sont les commanditaires, gestionnaires, financeurs et évaluateurs du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Le ministère de la Santé et l'Inca au niveau national ou l'ARS à l'échelle régionale coordonnent l'application des plans cancer et des directives nationales en matière de prévention. L'InVS était chargé[32] d'évaluer les résultats des campagnes de dépistage. L'Inca participe à la mise en place des politiques de luttes contre les cancers (recommandations, soutiens à la recherche, communication, etc.) et leur évaluation. L'agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) est considérée comme un acteur du programme, car l'agence finance des politiques locales (ASV par exemple) supports d'actions de promotion du dépistage organisé du cancer colorectal. La Ligue nationale contre le cancer est également un financeur (recherche fondamentale et appliquée). Enfin, Adoma et Coalia sont les deux bailleurs des foyers des travailleurs migrants implantés à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers avec lesquels, nous le montrerons, certains professionnels départementaux et communaux travaillent à la promotion de la santé et du dépistage organisé du cancer colorectal. À l'exception de l'association *Migration santé*, qui n'intervient qu'à Boulogne-Billancourt, l'ensemble de ces acteurs sont communs aux deux communes.

L'ADK92 est l'acteur départemental clé de la mise en œuvre et la gestion du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Les réseaux départementaux de santé (Arès92 et Asdes) sont également impliqués dans la promotion de ce programme. Le comité départemental de la Ligue contre le cancer est un financeur (recherche), mais ses bénévoles interviennent également sur le terrain lors d'actions de promotion des dépistages des cancers. Si ces trois acteurs sont communs à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers, cela n'est pas le cas du Codes et de la CPAM92. En effet, le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) participe à des actions de promotion du dépistage, mais seul le service de santé de la ville de Boulogne-Billancourt possède un partenariat avec cet organisme. Enfin, si des agents de la CPAM92 sont présents lors d'action de promotion du dépistage sur le terrain boulonnais cela n'est pas le cas à Gennevilliers.

[32] Nous utilisons ici le passé, car depuis le 1er mai 2016, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) sont devenus Santé publique France.

Schéma n°5 : Acteurs de la promotion du dépistage de la santé et du cancer colorectal à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt



Sources : enquête de terrain. Réalisation E. Faure.

Comme nous le verrons en détail dans la suite de ce chapitre, les acteurs départementaux de la gestion et la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal sont davantage associés aux initiatives locales à Boulogne-Billancourt qu'à Gennevilliers. Enfin, le nombre et le type (associations, services municipaux ou professionnels de santé[33]) des acteurs locaux impliqués à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt ne sont pas tout à fait similaires (schéma n°5).

À Gennevilliers, le programme mobilise un grand nombre d'acteurs et de services municipaux, ce qui est beaucoup moins le cas à Boulogne-Billancourt. De nombreux élus gennevillois sont impliqués dans les politiques de promotion de la santé (élu à la santé, mais aussi élue chargée des personnes âgées, élue responsable des questions d'égalités et des droits des femmes), ce qui n'est pas le cas de Boulogne-Billancourt. Dans cette commune, bien que le centre local d'information et de coordination pour les personnes âgées (CLIC) mène quelques actions auprès de son public, la santé est avant tout réservée à son service spécialisé ainsi qu'à son élu. Différents services déconcentrés de la municipalité gennevilloise travaillent à la promotion de la santé (l'antenne de quartier, le centre social et culturel ou bien l'office communale aux personnes âgées (AGIR)). Le secteur associatif est également davantage présent à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt. À notre connaissance seule l'association boulonnaise *Bien Vieillir* intervient dans la promotion de la santé et du programme de dépistage organisé du cancer colorectal auprès de la population. Au contraire, différents acteurs (individuels ou collectifs) sont actifs sur la ville de Gennevilliers. Nous avons inclus, parmi ces acteurs de la promotion de la santé et du dépistage, les deux journaux municipaux (*BBi* et *GenMag*) en ce qu'ils constituent des médias de diffusion de messages de prévention.

À l'échelle des quartiers boulonnais, l'acteur clé est le centre social. Au Pont-de-Sèvres comme aux Squares, il est l'interlocuteur privilégié des acteurs communaux et départementaux. La structure est aussi à l'origine d'actions de promotion de la santé permettant d'impliquer différents acteurs associatifs présents sur le territoire. À Gennevilliers, le centre social et culturel du Luth (espace Aimé Césaire) et l'antenne de quartier des Agnettes occupent une place quelque peu similaire au centre social à Boulogne-Billancourt. Ces structures sont des relais importants pour les acteurs communaux et municipaux. Les ateliers sociolinguistiques (ASL) coordonnés par la municipalité gennevilloise sont des supports d'actions de promotion de la santé à l'échelle des quartiers. Le nombre et la nature des acteurs

[33] Les médecins généralistes apparaissent sur ces schémas, mais leurs rôles dans la promotion de ce programme comme leur ancrage local sont analysés dans le chapitre suivant (chapitre 6).

intervenant à l'échelle des quartiers posent également les bases d'une analyse micro-locale de ces systèmes d'actions détaillée dans la troisième partie de ce chapitre.

Nous proposons dorénavant d'analyser les discours des différents acteurs rencontrés, leurs pratiques ainsi que leurs modes organisations en réseaux.

2.2. Un programme difficilement approprié

Ni le contrat local de santé (CLS) gennevillois, ni les rapports d'activités de différentes structures (publiques ou associatives), ni les acteurs communaux de promotion de la santé ne témoignent de la priorisation du programme de dépistage du cancer colorectal. Cependant, nos entretiens et échanges illustrent non pas un désintérêt pour la thématique, mais plutôt un manque de connaissance, une impression de difficulté et un réel malaise face à ce programme. Nos résultats témoignent en effet des difficultés multiples dans la promotion de ce dépistage, et ce, pour des acteurs intervenant à l'échelle communale comme départementale.

2.2.1. Le dépistage du cancer colorectal : un fait de santé « délicat »

Alors que les municipalités de Boulogne-Billancourt et de Gennevilliers investissent toutes deux, bien que différemment, le champ de la santé publique, un invariant émerge : l'embarras des acteurs locaux vis-à-vis de la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal.

La coordinatrice AVS de Gennevilliers considère par exemple que cette thématique de santé, et donc sa promotion *« n'est pas forcément facile* [pause] *oui c'est délicat »*. De la même façon, la chargée de mission prévention santé de la ville de Boulogne-Billancourt estime que ce programme « *n'est pas évident du tout* ». Le programme de dépistage du cancer colorectal est considéré comme « *délicat* », car il implique des discussions sur les intestins, le colon et surtout, les selles.

> *« Comment allez-vous ? » La question est parfaitement banale, souvent posée sans inviter à d'autre réponse que : « Bien, et toi ? » Pourtant, derrière cette interrogation anodine se cache une étymologie qui l'est nettement moins. A l'origine, l'expression signifie en effet : « Comment allez-vous à la selle ? », autrement dit : « Avez-vous bien déféqué aujourd'hui ? » Oserions-nous aborder quelqu'un pour savoir s'il est bien allé aux toilettes, s'il est constipé ou si, au contraire, c'est la cascade. Cela serait très mal vu »* (Mudrecki 2015, p.1).

Ce rappel étymologique montre combien les rapports qu'entretiennent les individus avec les selles, la défécation, la manipulation des excréments, et donc leurs potentielles analyses, sont ancrés dans des normes sociales et culturelles. Si les tabous qui en découlent imprègnent les comportements de la population cible du dépistage (Ritvo et al. 2013), pourquoi ne seraient-ils pas, aussi, facteurs des choix et des stratégies des professionnels de la promotion de ce programme ? Bien que professionnels de la promotion de la santé, ces acteurs restent donc ancrés dans une société et une culture dans lesquelles les excréments, et d'autant plus leurs manipulations, sont tabous, considérés comme salles ou honteux.

Ce programme est également considéré comme « *délicat* », car difficile à promouvoir à l'aide des outils de communication dont disposent les différentes structures. La coordinatrice ASV de la ville de Gennevilliers rappelle que les actions de promotion de la santé (nutrition, vaccination, diabète, etc.) habituellement menées par ses services consistent soit à s'adresser directement aux individus dans l'espace public (stand sur un marché ou bien lors d'un forum des associations par exemple), soit à organiser des ateliers en partenariat avec différents services municipaux ou associations. Or, le dépistage du cancer colorectal ne se prêterait pas à ce type d'actions, et peu de nouveaux outils ont été expérimentés : *« Je me vois mal aller sur un marché pour parler du dépistage du cancer colorectal, d'ailleurs les internes du CMS ne sont pas non plus super partantes »* (coordinatrice ASV). Seul le « colon-géant » (structure gonflable dans laquelle les personnes peuvent entrer) est spécifiquement dédié à la promotion de ce programme. Cette structure a été installée à Gennevilliers lors d'un forum Giga Sénior il y a quelques années et devant l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne-Billancourt en 2010. Toutefois, aucune des personnes enquêtées n'a évoqué cet évènement.

Enfin, la promotion de ce programme est considérée comme « délicate », car dépendante des reports successifs de la diffusion du nouveau test de dépistage. La coordinatrice ASV de Gennevilliers comme la chargée de mission du service santé de Boulogne-Billancourt regrettent en effet de ne pas disposer d'une meilleure lisibilité sur le calendrier de mise en place du nouveau test. À l'image de cet extrait d'entretien dans lequel la coordinatrice ASV de Gennevilliers déclare *« attendre le nouveau test* [pour développer des actions] *alors là peut être »*, le champ lexical de l'attente est récurrent dans les propos recueillis auprès des acteurs locaux de la promotion de la santé.

Si la promotion du dépistage du cancer colorectal pose question, voire pose problème aux acteurs locaux, les professionnels intervenant à l'échelle départementale, rencontrent également des difficultés à s'approprier ce programme, et donc à le promouvoir. La chargée de communication de l'ADK92, les intervenantes des réseaux de santé du département (Arès92 pour le nord du département et l'Asdes pour

le sud), la responsable des bénévoles du comité 92 de la Ligue contre le cancer, ou bien une bénévole de cette association témoignent en effet de leurs difficultés vis-à-vis du cancer colorectal.

La vocation première du comité 92 de la Ligue contre le cancer n'est pas de promouvoir les dépistages, mais de collecter des fonds pour soutenir la recherche. Cependant, les bénévoles de cet organisme participent à des actions de promotion des dépistages des cancers. En effet, ces femmes (48 des 52 bénévoles sont des femmes en 2014) se joignent régulièrement à l'ADK92, à des ASV, des services municipaux de santé ou bien à d'autres associations afin de promouvoir le dépistage du cancer du sein dans les communes du département. Or, d'après la responsable des bénévoles de cette association *« on a essayé sur le colorectal avec nos bénévoles et elles ont eu quelques difficultés.* […] *c'est que cela touche à l'intime vous voyez, je pense qu'elles l'ont pas bien perçu, déjà elles-mêmes parce que bon c'est vrai elles osent peut-être moins, aller dans les marchés, ou aller dans les* [pause] *donc on a laissé tomber ce dépistage-là ».* La gêne des bénévoles serait donc à l'origine des difficultés rencontrées par l'association pour mener à bien ces actions dans l'espace public. Cependant, ce n'est pas l'unique facteur évoqué par notre interlocutrice. Les doutes sur la fiabilité du test ou bien les reports successifs de la sortie du nouveau test sont également invoqués : *« alors le colorectal je vous dis c'est plus difficile* […] *le test on sait qu'il est plus ou moins fiable donc les gens c'est… et puis pour les gens faire ce test c'est un peu compliqué quand même, il y en a qui veulent bien, mais il y en a qui ne veulent pas, qui ne peuvent pas le faire. Voilà. Alors tant qu'il n'y aura pas une évolution dans le test, du test lui-même, je crois que cela aura peut-être du mal à décoller quand même, et nous aussi on aura du mal ».*

De la même façon, la chargée de communication de l'ADK92 estime ne pas disposer de suffisamment d'outils de communication adaptés à ce programme. Le manque de visibilité sur l'arrivée du nouveau test pose également problème à l'organisme départemental de gestion des dépistages : *« comme il y avait le prochain test qui arrive à chaque fois. Enfin autant avoir les outils avec le nouveau, rien que l'image du test, parce que dans tous les outils que l'on utilise c'est bien d'avoir l'image du test Hémoccult, pour savoir comment cela marche, et ça tant que c'est Hémoccult on peut les utiliser, mais pour après on ne peut pas en construire de nouveaux pour l'instant ».* Enfin, d'après le représentant de la CPAM92 présent lors d'un conseil d'administration de l'ADK92 en juin 2013 *« le cancer du sein on peut communiquer plus facilement sur le sujet* [pause] *pour l'Hémoccult c'est différent. C'est quand même sacrement compliqué, non ?* [Plusieurs personnes acquissent] ».

Finalement, ce fait de santé est considéré comme « *délicat* » à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers, mais également au sein d'instances départementales directement responsables de ce

programme. Les résultats d'une récente étude menée par l'ORS de Nord-Pas-de-Calais sur les inégalités territoriales face aux cancers témoignent également d'une difficulté généralisée à se saisir du programme de dépistage du cancer colorectal (Raimbault et al. 2016). Quel que soit le statut, la mission, le territoire ou l'échelle d'intervention des acteurs rencontrés par les auteurs de cette étude, un même constat émerge : ce dépistage est considéré comme compliqué à mettre en œuvre. Les auteurs concluent ainsi que *« le recours au dépistage organisé du cancer du côlon est décrit comme plus difficile dans la totalité des territoires. »* (Raimbault et al. 2016, p.53) et ce alors que certaines dans quatre communes étudiées sont caractérisées par une forte, et ancienne, mobilisation autour des questions des cancers (du poumon et du sein notamment) et de la prévention.

2.2.2. « *Délicat* » pour les professionnels, car « *délicat* » pour les publics

Des professionnels à l'écoute

À Boulogne-Billancourt, et d'autant plus à Gennevilliers, les acteurs de terrains mobilisent des outils permettant d'identifier les thématiques de santé préoccupant leurs publics.

Par exemple, le centre social de Boulogne-Billancourt a mis en place, en 2013, une consultation des usagers et usagères de ses deux antennes (dans le quartier du Pont-de-Sèvres et dans celui des Squares) dans le but d'identifier les thématiques de santé à prioriser l'année suivante. D'après les animatrices de cette structure, il s'agissait de prévoir des actions potentiellement plus proches des aspirations des individus. Cinquante-sept personnes ont finalement répondu à l'enquête, dont cinquante-deux femmes et cinq hommes[34]. Onze de ces personnes résidant dans le quartier des Squares et quarante-six dans le quartier du Pont-de-Sèvres. Ce questionnaire est à l'origine du projet d'atelier d'information sur la santé menée au cours de l'année 2014. Les thématiques retenues sont le dépistage du cancer du sein (second sujet le plus souvent cité), l'alimentation et diabète, l'hygiène de vie, le sommeil et l'impact des écrans, le sommeil des enfants et l'équilibre alimentaire. Le dépistage du cancer du sein fait ainsi l'objet d'une attention particulière de la part des professionnelles de cette structure. Au contraire, le dépistage du cancer colorectal ne figure pas explicitement dans le programme retenu.

De la même façon, il y a quelques années, associée à l'Institut Renaudot, l'antenne du quartier gennevillois des Agnettes a mis en place un projet visant à impliquer les habitants et habitantes dans

[34] L'analyse du ratio femmes/hommes dans le panel de cette enquête, ainsi que des dynamiques locales qu'il illustre seront détaillées dans la troisième partie de ce chapitre (3.).

l'identification de leurs besoins et attentes en matière de santé. Le groupe le plus actif, composé de personnes âgées, a retenu certains des sujets concrets : l'accessibilité physique au CMS, le manque d'espace de repos dans le quartier ou bien la nécessité d'une meilleure communication autour de l'offre de soins et de services disponibles sur la commune. Le dépistage du cancer colorectal n'a pas été identifié, pas plus qu'un autre programme de prévention, ou qu'une pathologie en particulier. Les questions de l'offre de soins et de son accès sont au cœur des priorités de ces personnes (âgées) enquêtées résidant dans le quartier des Agnettes. Ces résultats ont été inclus dans le projet de rénovation du quartier en cours, mais n'ont pas abouti au développement d'action de promotion de la santé de façon ciblée. Le responsable de l'antenne de quartier, ainsi qu'un des animateurs de la structure témoignent de l'intérêt de la municipalité pour ce type de processus de consultation citoyenne, en matière de santé notamment. Ils montrent aussi la difficulté à prendre en charge les questions de santé. Ils évoquent la multiplicité des missions (avant tout sociales et culturelles) d'une antenne de quartier, la présence d'un ASV sur la commune ou l'actuel projet de rénovation urbaine du quartier, pour lequel la structure est fortement mobilisée.

D'après les acteurs rencontrés (à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers), ces dispositifs de consultation (questionnaires, consultation orale informelle, projet de santé communautaire) témoigneraient donc de l'absence d'intérêt de leurs publics pour le dépistage du cancer colorectal.

Les acteurs départementaux de la promotion du programme font également référence à ce qui est perçu comme un décalage entre leur mission et la demande de la population. Par exemple, la chargée de communication de l'ADK92 estime que « *les gens sont beaucoup plus en demande et intéressés par le dépistage du cancer du sein que le dépistage du cancer du côlon.* […] *le public, mais du coup les acteurs, du coup les associations. C'est général* ». De la même façon, la directrice du réseau de santé Arès92, déclare à propos du dépistage du cancer colorectal : « *on en parle, mais c'est vrai qu'il n'y a pas de séance ciblée sur cette thématique* […] *parce qu'il y a très peu de demandes de la part des populations touchées par le réseau* ». Elle précise que des personnes réclament parfois des explications à propos des lettres d'invitation (explications, traduction), mais cela reste rare.

Des tabous multiples et persistants

Les entretiens menés auprès de la population cible du dépistage confirment l'existence de multiples freins à la réalisation du test directement liés à la gêne et aux tabous, entrainant, notamment, une absence de demande d'information.

La réalisation du test apparaît en effet par bien des aspects comme « *compliquée* » et « *délicate* » au regard d'un grand nombre de personnes rencontrées. La manipulation des selles est l'un des éléments les plus souvent évoqués par nos interlocuteurs et interlocutrices. Par exemple, une habitante de Boulogne-Billancourt déclare à propos du test : « *oui j'en ai déjà fait un une fois, oui j'ai envoyé les petites saloperies là ouah. Mais c'est quelque chose qui me* [pause] *bon c'est pas très agréable* [pause] *c'est vrai il faut avouer que c'est pas génial les petits trucs là des bâtons d'esquimaux là c'est* » (Femme, 68 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Les pauses, le niveau de langue ainsi que les explications données par cette femme illustrent de sa gêne et de son dégout vis-à-vis de cet acte exigeant une manipulation de matière fécale. Lors des entretiens, il a très rarement été possible d'aborder de façon directe le sujet du dépistage du cancer colorectal sans rire, sans une relative gêne de la part des personnes enquêtées (comme, initialement, de l'enquêtrice[35]). Cet extrait d'entretien en est un exemple : « *ah le test là, c'est pas agréable, c'est pas pratique* [pause] *c'est pas très* [rire, pause et changement de sujet de la part de notre interlocutrice] » (Femme, 75 ans, Le Luth, Gennevilliers). Les propos d'une médecin exerçant au CMS de Gennevilliers témoignent également de la gêne de ces patients à parler de ce sujet, et ce, même avec leur médecin traitant précise-t-elle : « *je leur dis bien qu'il ne faut pas en mettre trop. Il faut en rire dédramatiser la chose* », car d'après elle « *c'est un véritable tabou les selles, même avec le médecin* ». Le transport de matière fécale par voie postale est également évoqué par certaines des personnes rencontrées. Au-delà de la peur de l'odeur, c'est le symbole qui gêne ces personnes, envoyer des excréments par la poste parait inapproprié, gênant, voire honteux.

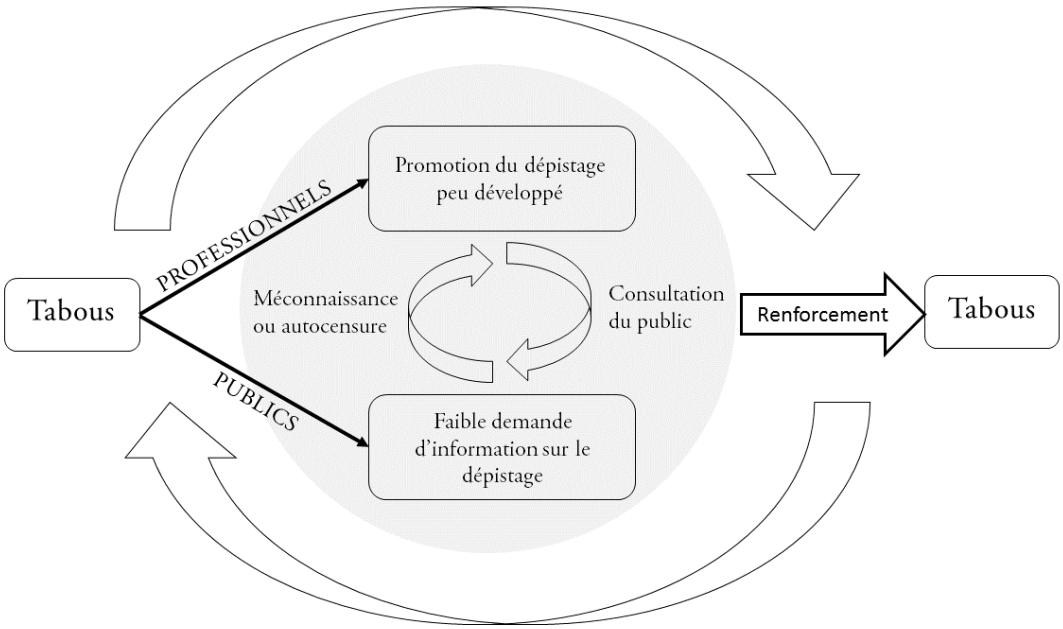
Enfin, à Boulogne-Billancourt, comme à Gennevilliers, et dans les quatre quartiers d'étude, le cancer est une maladie qui fait peur (les champs lexicaux de la peur et de la mort sont très présents dans nos transcriptions d'entretiens). Le mot « *cancer* » fait peur, de même que les examens et les traitements associés : « *moi ce qui me fait peur aussi c'est toute la machine qui se met en route, les médicaments, le chimio tout ça* » (femmes, 62 ans, Luth, Gennevilliers). Toutefois, si le cancer (de façon générale) fait peur, il ne constitue pas un sujet tabou. C'est une maladie présente dans le quotidien (du fait, notamment, de la récurrence déclarée des cas dans l'entourage des personnes rencontrées). Le cancer (ou les cancers) est une maladie connue et s'avère être le sujet de nombreux échanges entre les personnes enquêtées et l'enquêtrice. Comme nous avons pu le constater lors de nos observations dans le centre social du Pont-de-Sèvres, le local de l'Association des femmes Africaines ou bien au club AGIR de Gennevilliers, c'est

[35] Le dernier paragraphe du chapitre méthodologique présente de façon plus détaillée la posture de la chercheuse face aux enquêtés et à son sujet (3. chapitre 2).

aussi un sujet de discussion entre pairs. Toutefois, le cancer colorectal est quant à lui très peu abordé par nos interlocuteurs (hommes comme femmes), ou bien par une terminologie évasive. En effet, les mots et expressions suivantes dominent : « *de ce côté-là* » ; « *en bas* » ; « *organe intime* » ; « *intestins* ». C'est donc, pour la population cible du dépistage, comme pour les acteurs du champ sanitaire ou social (2.2.1), cette partie du corps, ce cancer en particulier qui est considéré comme délicat, gênant.

En conclusion des éléments présentés dans ce paragraphe, la quasi-absence de demande apparaît comme un facteur, voire un outil de légitimation de la faible mobilisation des acteurs autour de ce programme. En effet, les répercussions de la gêne vis-à-vis des selles et, donc, du cancer colorectal et de son dépistage ne sont pas uniquement multiscalaires, elles sont aussi dynamiques (schéma n°6).

<u>Schéma n°6</u> : De la gêne à l'inaction, le cercle vicieux des tabous



Sources : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

D'une part, les tabous liés aux selles et au dépistage du cancer colorectal participent aux difficultés rencontrées par les professionnels de terrain à s'investir dans la promotion de ce dépistage. D'autre part, ces mêmes tabous peuvent contribuer à la faible demande d'information de la part du public. Or, la faiblesse de la demande comme de celle de l'offre d'information peuvent aussi se renforcer mutuellement, d'une part via les dispositifs de consultation, et d'autre part, au travers d'un filtre que nous pourrions attribuer à la fois à la méconnaissance du programme et à l'autocensure (des personnes estimant ainsi que cette thématique est réservée au cercle privé du foyer ou du cabinet médical).

Finalement, nous posons l'hypothèse que ces processus peuvent participer, à leur tour, au renforcement de la gêne et des tabous associés à ce programme de dépistage.

L'ensemble de ces éléments met en valeur les difficultés ressenties par la population cible, ainsi que les décalages entre les préconisations et discours des autorités sanitaires et les représentations de la population générale, comme des professionnels du champ sanitaire et social. Toutefois, ces représentations sont partagées autant par les hommes que pas les femmes de notre panel, à Gennevilliers comme à Boulogne-Billancourt, et par des acteurs locaux autant que départementaux. Elles s'ancrent donc dans des normes sociales et culturelles, et non de construction locale de santé. Sauf pour les personnes travaillant dans la sphère hospitalière, ou des parents de jeunes enfants, le contact avec les excréments est en effet absent, et surtout tabou dans notre société (Blacking 1977 ; Douglas 1981 ; Van der Geest 2007 ; Vigarello 2014).

2.2.3. Dépistage du cancer colorectal, faible participation et disparités socio-spatiales : entre méconnaissance et sentiment d'impuissance

La gravité d'une situation (sociale ou sanitaire) constituerait un facteur de l'engagement des acteurs locaux dans une politique ou un dispositif, mais aussi un outil de légitimation de leur action ou leur rôle (Loncle 2011 ; Raimbault et al. 2016). Les acteurs de la promotion de la santé intervenant à l'échelle communale possèdent une connaissance très limitée des résultats du programme de dépistage organisé du cancer colorectal sur leur territoire d'intervention. De plus, la faible participation nationale, voire, pour certains, départementale ou communale est évoquée par plusieurs de nos interlocuteurs. Toutefois, elle ne semble ni connue de tous, ni constituer un levier d'action.

Ni la chargée de mission du service de santé de Boulogne-Billancourt ni son homologue gennevilloise ne possèdent une appréciation (claire et/ou chiffrée) de la participation de leur commune au dépistage du cancer colorectal. Cette méconnaissance s'inscrit dans un contexte où le dépistage du cancer colorectal n'est pas considéré comme une priorité de santé publique. Elle fait également écho au manque de communication des données. Par exemple, l'ADK92 adresse chaque année une lettre d'information aux médecins généralistes, radiologues, gastroentérologues et gynécologues du département. Elle comprend les résultats de la participation aux dépistages du cancer du sein et du côlon à l'échelle communale. Or, ni les acteurs municipaux ni les acteurs associatifs de la promotion de la santé ne sont destinataires d'un tel document. De plus, si les taux de participation d'échelle régionale et départementale sont accessibles sur le site de l'InVS ou de l'ARS Île-de-France, aucune donnée à échelle

plus fine n'est à ce jour disponible. Ce manque de lisibilité sur les déclinaisons locales de la participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal est en partie comblé par ce travail de thèse (chapitre 3). Nous pouvons donc supposer que la question des inégalités (sociale, territoriale ou sexuée) de recours au dépistage n'est pas mobilisée, car peu, voire pas, renseignée.

La faible participation n'est toutefois pas envisagée de la même façon dans les deux contextes. Alors que ces taux sont considérés comme inquiétants à Boulogne-Billancourt, ils ne sont « pas étonnants » pour différents acteurs gennevillois. La chargée de mission du service santé de la ville de Boulogne-Billancourt regrette de ne pas disposer de données à l'échelle fine. Elle estime qu'il lui serait certainement plus aisé de développer des actions adaptées en possession de telles données, comme c'est le cas pour le dépistage du cancer du sein grâce à un travail réalisé par des étudiantes de l'université de Nanterre. Inversement, comme l'illustrent les propos du directeur des services de santé de la ville de Gennevilliers : *« il n'y a pas de bons résultats et bien cela ne m'étonne pas »*. Nous le verrons dans le paragraphe suivant, le contexte gennevillois est en effet caractérisé par une vision critique de ce programme, comme d'autres campagnes nationales de santé publique.

Aucun des professionnels rencontrés, ni à Boulogne-Billancourt ni à Gennevilliers, n'a spontanément évoqué la différence de participation entre hommes et femmes. Or, une fois introduit, le sujet ne fait pas débat. Les différents acteurs rencontrés estiment que ce résultat n'est pas surprenant, tant les femmes sont considérées comme « *plus engagées sur les questions de santé* ». Une forme de fatalisme apparaît : cette disparité entre hommes et femmes est toujours considérée comme « *logique* » ou « *pas étonnante* ». Comme nous le verrons de façon détaillée dans la troisième partie de ce chapitre, ce constat ne semble pas engendrer d'adaptation des messages ou des actions de promotion de ce programme. Au contraire il s'ancre dans des pratiques différenciées.

Finalement, le dépistage du cancer colorectal pose problème à la majorité des acteurs rencontrés à l'échelle départementale et communale, et ce à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers. Malgré ces difficultés, des acteurs locaux du secteur sanitaire et social mettent en place certaines stratégies et actions de promotion du dépistage. L'analyse de ces dispositifs proposée dans le paragraphe suivant permet de mieux comprendre les modes d'organisation des différents acteurs impliqués dans sa promotion, et ce de l'échelle départementale à l'échelle des quartiers.

2.3. Un programme différemment approprié

Les nombreuses difficultés reportées par les acteurs de la promotion du dépistage du cancer colorectal ne sont pas des particularités gennevilloises ou boulonnaises. Certaines dimensions du caractère « *délicat* » de ce dépistage et de sa promotion s'inscrivent cependant dans des logiques territoriales singulières. Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, Gennevilliers, ville fortement engagée dans la promotion de la santé et la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, promeut peu cette campagne. Inversement, le service de santé de la ville de Boulogne-Billancourt se saisit davantage de ce programme national.

L'analyse des modalités locales de mise en place de cette campagne ne vise pas à définir le territoire dans lequel elle est plus ou moins relayée. Il s'agit plutôt d'appréhender ces deux territoires au travers des jeux d'acteurs et des réseaux multiscalaires impliqués dans la promotion du programme.

2.3.1. Boulogne-Billancourt : déclinaison locale d'une campagne nationale

Un réseau partenarial multiscalaire

Le service de prévention santé de Boulogne-Billancourt a récemment développé son partenariat avec le centre social des quartiers sud de la ville (Pont-de-Sèvres et Squares), ainsi qu'auprès de quelques associations implantées dans ces quartiers. Un renouveau des liens entre le service santé et les structures sociales intervenants au niveau des quartiers est reporté par plusieurs acteurs de terrain interviewés. D'après la coordinatrice du service de santé, la création en octobre 2013 d'un poste, spécifiquement dédié au pôle santé des jeunes, permet de développer de nouveaux projets, d'inclure davantage de thématiques (la mobilité, le sommeil, etc.), d'initier ou renforcer des partenariats et de mener davantage d'actions vers la population boulonnaise. Cependant, seul le centre social est en contact direct avec le service. Ni le service aux personnes âgées, ni le CLIC ou les acteurs de la politique de la ville ne sont associés de façon systématique ou pérenne aux initiatives de promotion de la santé du service.

Les relations entre le service et les médecins généralistes libéraux sont ténues. Le centre de santé implanté dans le sud de la ville, administrée et financée par la Croix-Rouge, serait d'après son directeur isolé de son territoire et des acteurs locaux[36] : « *le centre vit en autarcie* ». En effet, il n'existe à ce jour aucun

[36] Son directeur souhaite aujourd'hui tisser des liens avec les acteurs locaux, estimant que la structure a un rôle à jouer dans les décisions locales en matière de santé. Il me sollicite à l'issue de notre entretien : sur le terrain depuis quelques mois, je possédais sans doute des adresses utiles à sa volonté de développer des partenariats avec des professionnels intervenant dans le quartier du Pont-de-Sèvres (qu'il ignorait être classé en ZUS, ou caractérisé par des indicateurs

partenariat entre le centre et le service santé de la ville. Les médecins libéraux ou le centre social du quartier du Pont-de-Sèvres situé à quelques centaines de mètres[37] du centre de santé ne sont pas non plus associés aux actions de la structure.

Le service promotion de la santé de Boulogne-Billancourt s'ancre toutefois dans un important réseau d'acteurs associatifs et institutionnels d'échelle départementale ou nationale. La chargée de mission travaille depuis de nombreuses années avec l'association nationale de la Croix-Rouge, l'association Oppelia[38], l'établissement français du sang (EFS), l'Institut national de promotion et d'éducation à la santé (Inpes), la CPAM92, le Codes, etc. Dans le cadre des dépistages des cancers, l'ADK92 et la Ligue contre le cancer sont des partenaires privilégiés, et ce depuis de nombreuses années. D'après la chargée de communication de l'ADK92, Boulogne-Billancourt est en effet l'une des communes du département avec laquelle les liens sont les plus aisés et développés : « *à Boulogne il y a un service prévention, donc là pour le coup à chaque fois on est en lien avec eux* […] *ils font vraiment beaucoup de choses, on est en contact* […] *on est aussi en contact avec le service sénior, et de plus en plus avec le centre social, oui grâce au service santé, enfin comme tu as vu, on fait des choses avec eux dans le centre social* ». De nombreuses campagnes nationales de promotion de la santé sont ainsi régulièrement relayées (dépistage du cancer du sein, journée nationale de la vaccination, journée nationale de la santé du pied, plan canicule, etc.) à Boulogne-Billancourt.

Campagne boulonnaise de promotion du dépistage du cancer colorectal

Chaque année, le service de prévention santé de Boulogne-Billancourt, met en place, en partenariat avec l'ADK92, un ensemble d'actions visant à promouvoir le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Ils relaient ainsi la campagne dite Mars Bleu. D'après les rapports d'activité de l'ADK92, entre 2008 et 2013, au moins deux actions de promotion de ce dépistage par an ont été menées sur cette commune. Ce qui n'est pas du tout le cas de la majorité des communes du département.

socio-économiques si défavorisés). J'ai donc transmis certains contacts et certaines de mes perceptions quant aux acteurs impliqués dans le quartier.

[37] Cette localisation est temporaire pour cause de travaux. Le centre devrait prochainement réintégrer son adresse initiale, rue Jean-Jaurès, proche de la station de métro Marcel Sembat.

[38] Association créée en 2007 par la fusion de plusieurs associations intervenant en toxicomanie et addictologie en région parisienne, puis au niveau national. Son objectif est d'apporter une aide aux personnes et leur entourage rencontrant des difficultés psychologiques, sociales et sanitaires liées notamment à l'usage de drogues et aux addictions. L'association est en partenariat avec le service santé de Boulogne-Billancourt dans la mise en place de son « Point relais en information et promotion de la santé » (centre de ressources du service).

Différents médias de communication sont mobilisés. En mars 2008, année de lancement de la première campagne dans le département, l'ADK 92 a participé, avec l'INCA et le service municipal de promotion de la santé, à la première sortie du Bus exposition sur le dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt (photographie n°10). La page d'accueil du site internet de la municipalité réserve depuis quelques années un encart à cette campagne durant le mois de mars et des panneaux lumineux de la ville relaient des messages à propos de ce dépistage. Des stands d'information ont été installés sur les marchés de la commune en mars 2009, 2010 et 2013 ainsi que dans le hall de l'hôpital Ambroise Paré en 2010. Le dépistage du cancer colorectal a également fait l'objet d'un article dans le journal municipal (le BBi) d'une demi-page en mars 2014.

La municipalité entretient également des rapports privilégiés avec l'hôpital Ambroise Paré se traduisant par exemple par l'installation du « colon géant »[39] devant l'entrée de l'hôpital Ambroise Paré le 29 mars 2013. Le personnel d'ADK 92 a tenu un stand d'information à l'entrée de l'hôpital ainsi que du réfectoire de l'établissement et proposait la visite du Colon Géant (photographie n°10).

L'ADK92 est intervenu au centre social des quartiers du Pont-de-Sèvres et des Squares dans le cadre des *T'café*[40] santé afin de présenter le programme de dépistage du cancer colorectal (et du sein) en 2013 et en 2014 (photographie n°10).

Le dépistage du cancer colorectal constitue également, avec le dépistage du cancer du sein, un axe de travail du plan de développement des politiques de santé municipale de la charte ville-santé OMS de Boulogne-Billancourt.

Enfin, certains acteurs associatifs boulonnais sont à l'initiative d'action de promotion de ce dépistage. C'est le cas de l'association *Bien vieillir*, qui organise régulièrement, en partenariat avec la CPMA92 ou bien la CRAMIF des séances d'information sur la santé auprès de personnes. En 2013 et 2014, certains de ces ateliers ont concerné le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer colorectal.

---

[39] Le « colon géant » est une structure gonflable de douze mètres de long représentant l'intérieur du côlon dans laquelle les individus peuvent circuler. Le cheminement proposé ainsi que les informations délivrées doivent permettre aux individus de comprendre l'évolution des différentes lésions, l'intérêt du dépistage du cancer colorectal ainsi que de la coloscopie.

[40] L'action appelée *T'Café*, est menée depuis quelques années par le centre social de Boulogne-Billancourt dans le quartier du Pont-de-Sèvres, et plus récemment dans celui des Squares. Les habitants du quartier sont invités une matinée par semaine à partager un café, un thé, des jus de fruits et des gâteaux dans le local du centre. Ces moments d'échange informel (discussions entre voisins, nouvelles du quartier, de la famille, etc.) sont de temps en temps mobilisés par les animatrices pour l'organisation d'atelier thématique sur la santé.

<u>Photographie n°10</u> : Du national au local, actions de promotion de la santé à Boulogne-Billancourt



Sources : E. Faure (2013), Rapports d'activité de l'ADK92 (2009 et 2013).

Finalement, la ville de Boulogne-Billancourt est le support d'actions déclinant localement une campagne nationale à l'aide d'outils de communication proposés par la structure de gestion départementale (stand sur les marchés, colon géant, réunion d'information) et le soutien d'acteurs locaux, mais aussi, et surtout, départementaux.

2.3.2. Gennevilliers : de la critique au rejet ?

<u>Un réseau d'échelle locale, voire municipale</u>

À Gennevilliers, le service prévention santé et son ASV possèdent des partenaires avec des acteurs socio-sanitaires intervenant à l'échelle départementale ou nationale (réseau de santé Arès, le bailleur social Adoma par exemple). Cependant, la majorité des actions de promotion de la santé menées sur le territoire gennevillois résulte de l'engagement volontariste d'une municipalité relativement isolée des autres acteurs locaux.

Coordonnées par le service municipal de santé, ces initiatives mobilisent en effet le plus souvent les professionnels des centres municipaux de santé, dont les nombreuses internes en stage dans cette

structure. Ces professionnels travaillent de façon privilégiée avec les autres services de la mairie (service jeunesse, service des droits des femmes, service aux personnes âgées, restauration municipale, etc.), des services déconcentrés de la municipalité (antennes de quartier, centres sociaux et culturels, clubs séniors, PMI municipales, etc.). Des acteurs publics et associatifs locaux (les Femmes-Relais, l'association Agatha (lutte contre l'alcoolisme), les Voisines du Luth (association de femmes du quartier du Luth), des associations sportives de différents quartiers de la ville, etc.) sont cependant mobilisés de façon ponctuelle.

Des actions sont également réalisées avec des professionnels libéraux de la ville. À Gennevilliers, certains médecins sont particulièrement investis dans la promotion de la santé, notamment auprès de populations précaires (cf. chapitre 6). Par exemple, depuis de nombreuses années, le pôle universitaire de santé (regroupant des professionnels libéraux de Gennevilliers et de Villeneuve-la-Garenne[41]) et la maison de la solidarité travaillent conjointement à la promotion de la santé auprès de personnes sans domicile fixe, très isolées, usagers de drogues, résidents de foyers de travailleurs migrants, etc. Des permanences d'accès aux droits et aux soins, des matinées dédiées à la promotion de la santé (vaccination, dépistages, recours aux soins médicaux et dentaires, etc.) sont régulièrement organisées dans cette structure. Toutefois, ces actions sont menées en partenariat avec le réseau de santé Arès92, les bénévoles de l'association des restos du cœur de la commune ou bien la maison de la solidarité[42], et non avec le service de santé de la ville.

De façon générale, les liens entre le service de santé de la commune et les médecins libéraux de la ville apparaissent ténus, et parfois conflictuels (encadré n°11).

[41] L'encadré n°16 présenté dans le chapitre suivant apporte davantage de détails sur l'histoire et la composition de ce regroupement de professionnels libéraux.

[42] La maison de la solidarité est une structure associative assurant d'après sa brochure un accueil « *individualisé, non discriminant, non ségrégatif, à toute personne en situation de grande précarité, dans le respect de la dignité, de la confidentialité et de l'anonymat s'il est souhaité* ». Des permanences sont assurées en médecine générale, podologie, psychologie, soins infirmiers. L'équipe mobile « santé mentale précarité » et une déléguée sociale de la Sécurité Sociale interviennent également dans la structure. Chaque jour d'ouverture, des collations sont offertes midi et soir. Les personnes ont la possibilité de prendre une douche le matin, ou bien faire une lessive et prendre un petit-déjeuner. Une bagagerie et une consigne administrative sont également mises à disposition. Les personnes accueillies peuvent également participer à des projets artistiques (peinture, sculpture, etc.).

Encadré n°11 : santé municipale ou libérale, deux visions *a priori* opposées supports de conflits à l'échelle locale

Le paragraphe suivant est un extrait d'un carnet de terrain rapportant le déroulé et l'issue d'une réunion entre des professionnels de santé gennevillois (médecins généralistes libéraux et salariés du CMS, mais aussi un pharmacien et des infirmières) en décembre 2013 dans les locaux du CMS.

L'un des médecins libéraux présent provoque une jeune médecin du CMS en lui demandant (d'un ton sarcastique) si il y a internet au CMS. Un peu plus tard dans la soirée, il réitérera en insistant sur les dysfonctionnements du standard téléphonique du CMS (qui en effet a connu quelques soucis lors de l'ouverture des nouveaux locaux du CMS du Village). À la sortie de cette réunion, je rejoins le métro avec plusieurs des jeunes médecins généralistes présentes à la réunion. L'une d'entre elles travaille dans un cabinet libéral de la ville, deux autres sont salariées au CMS. Elles m'expliquent les « *tensions* » qui existent entre ce médecin installé depuis plusieurs décennies dans la ville et le directeur des services de santé de la municipalité : « *ce sont deux mentors au niveau local. Ce sont les deux personnages clés de la santé publique à l'échelle locale c'est sûr, mais il y a quelques tensions entre eux* ». Elles jugent la situation délicate. Elles estiment que leurs conceptions de la santé et de leur profession sont fortement influencées par ces deux personnes. Toutefois, elles aimeraient être en dehors de leurs histoires, ce qui semble très difficile. L'une d'entre elles estime que *« nous on appartient à la jeune génération ici, on aimerait passer outre ce type de conflit et travailler ensemble, mais ce n'est pas simple* ».

Le service prévention gennevillois n'entretient également que très peu de liens avec l'ADK92. La coordinatrice ASV et la chargée de communication de l'ADK92 témoignent en effet de l'absence d'un partenariat stable entre leurs deux structures. D'après la seconde, « *à Gennevilliers il y a une ASV, qui est aussi directrice de la santé, alors je ne sais pas exactement quelles sont ses missions précises, mais je pense qu'elle n'a pas forcément le temps de s'occuper des dépistages parce qu'à chaque fois c'est, c'est tout de suite* [pause] *compliqué.* […] *Typiquement elle* [son interlocutrice au service prévention santé] *me disait de la rappeler plus tard, toujours plus tard. Je pense que soit il n'y avait pas un intérêt pour le dépistage, soit pas le temps, soit ce n'est pas dans ses missions tout simplement, et on ne va pas la forcer à faire des choses. Mais du coup c'était quand même embêtant parce que Gennevilliers c'est une grosse ville où il y a des besoins, et en fait*

finalement on ne fait pas grand-chose, sauf avec l'association des femmes relais de Gennevilliers qui nous ont contactés, donc j'ai pu leur remettre des outils pour qu'elles puissent elles développer, et surtout elles ont été formées, justement dans la formation. Donc là pour le coup cela peut être un frein parce que comme il y a une ASV moi je me dis que c'est l'acteur principal sur la ville, et du coup j'ai un peu insisté longtemps je pensais que cela allait se débloquer pour ensuite me dire, enfin bon ce n'est pas possible. Donc cela a mis du temps, et il n'y a pas eu d'action concrète grand public ». D'après la coordinatrice ASV, aux formations et actions proposées par cet organisme considérées comme peu adaptées à la situation locale, seraient préférées des initiatives locales issues du partenariat privilégié avec le CMS. Par exemple, le dépistage du cancer colorectal peut être intégré à des actions portant sur d'autres thématiques (nutrition, accès aux soins, dépistages des cancers, etc.). Cette communication, plus diffuse et transversale, permettrait de mobiliser davantage d'individus.

Enfin, une bénévole du comité départemental de la Ligue contre le cancer organise à Gennevilliers plusieurs initiatives par an (journée « nager contre le cancer », campagne Octobre Rose dans les pharmacies de la ville notamment). Celles-ci visent à récolter des fonds pour soutenir la recherche, mais sont également une occasion de communiquer sur les dépistages. Cependant, son action est isolée des réseaux locaux de promotion de la santé : « *Il y a beaucoup de choses sur la ville apparemment. Enfin pour la Ligue c'est ce que je vous disais c'est un peu, c'est assez compliqué de rentrer dans leurs euh. Ils ont des intervenants, les gens du CMS. Ils ont énormément de choses c'est vrai, mais bon alors quand on y va on ne se sent pas trop désiré. C'est particulier. Bon c'est peut-être comme ça dans toutes les mairies je n'en sais rien, mais. Cela doit être un peu partout pareil, mais eux en plus ils font déjà beaucoup de choses, ils ont l'impression que… enfin moi je me dis c'est dommage* ». Le manque de temps et l'isolement dont témoigne cette bénévole dans le reste de notre entretien sont certainement en cause dans sa difficulté à intervenir de façon pérenne sur le territoire. Le fonctionnement des services gennevillois s'avère également un frein à son engagement dans la promotion des dépistages des cancers dans la commune.

Si d'après un ancien élu à la santé de Gennevilliers « *il n'y a pas de guerre des tranchées, il y a de la place pour tout le monde* », il apparaît tout de même que les sphères privée et publique, municipale ou non, collaborent relativement peu. L'importance de la masse salariale du service de santé gennevillois, l'ancrage temporel de l'action municipale en santé ou bien le statut particulier du CMS et de son directeur sont le support d'un mode d'organisation essentiellement local, voire municipal, de la promotion de la santé.

L'incompréhension multiscalaire, le dépistage du cancer colorectal cristaliseur de tensions

Le terme d'*incompréhension multiscalaire* vise à rendre compte d'un continuum à la fois professionnel et spatial : la promotion du dépistage du cancer colorectal fait l'objet d'incompréhensions, voire dans certaines situations, d'un ressentiment de la part d'acteurs de diverses natures (associatif, municipaux, professionnels de santé) intervenant à différents échelons territoriaux.

À Gennevilliers, le dépistage du cancer colorectal est jugé d'autant plus « *délicat* » qu'il ne serait pas adapté aux réalités locales. Les discours des acteurs rencontrés sont en effet caractérisés par une vision critique, voire un rejet, des modes de déclinaisons locales des politiques nationales de santé publique, dont ceux du programme de dépistage du cancer colorectal (et du sein). Par exemple, certains acteurs gennevillois estiment que le programme, et sa campagne de promotion se révèlent peu adaptés « *à la banlieue* ». Ainsi, d'après le directeur des services de santé de la ville « *c'est la même chose dans toutes les banlieues des grandes villes de France, il n'y pas de bons résultats et bien cela ne m'étonne pas* ». Si nos interlocuteurs boulonnais n'emploient jamais le terme de « banlieue » pour désigner leur commune, leurs homologues gennevillois se positionnement clairement comme des acteurs d'une « *ville de banlieue* ». Le caractère « *populaire* » de la population gennevilloise ainsi que l'histoire industrielle et sociale de la ville, marquée par de nombreux conflits sociaux (grèves, résistance à certaines politiques publiques, etc.) sont alors rappelés. Singularisée, la commune de Gennevilliers apparaît comme un territoire d'opposition et de contestation, notamment des programmes nationaux de promotion de la santé. Enfin, d'après le directeur des services de santé de la ville, les faibles taux de participation enregistrés dans les villes caractérisées par des indicateurs socio-économiques défavorisés seraient imputables au manque de concertation entre acteurs nationaux (régionaux ou départementaux) et locaux : « *le problème de la prévention en France c'est que les médecins, les professionnels de terrain ne sont jamais consultés pour la mise en œuvre des différents programmes, ni par la suite dans leurs éventuelles évaluations ou modifications* ».

À Gennevilliers, les modes de communication vers le public sont également décriés. Le plus souvent calqués sur les modes de communication employés pour la promotion du dépistage du cancer du sein, ceux-ci apparaissent le plus souvent inadaptés au dépistage du cancer colorectal. Le directeur des services de santé de la ville évoque par exemple les initiatives mises en place par différentes communes, dont la sienne, pour faire augmenter les taux de participation (actions sur les marchés, colon géant, etc.) estimant que « *c'est une catastrophe, les personnes vraiment à risque on ne les touche jamais* ». Il préconise

d'adapter les discours et les méthodologies d'intervention, de former les médecins _ qui manqueraient de « *sens de la communication* » _ et laisser agir « *les professionnels de terrains* ».

Ces discours ainsi que notre analyse de la situation gennevilloise posent la question des échelles de l'action publique, et de l'adéquation entre politiques nationales et spécificités locales. Est-il (toujours) pertinent ou préférable d'être « au plus près », au sens géographique du terme, pour être en capacité de proposer les meilleures actions possibles ? La proximité physique serait-elle gage de politiques (de santé, mais pas uniquement) plus efficaces, c'est-à-dire adaptées et n'impliquant pas le développement de nouvelles inégalités ? Finalement, la question des effets inattendus (pervers) d'une politique de santé publique est inhérente aux questions soulevées par nos interlocuteurs gennevillois : le creusement des inégalités entre les individus les plus précaires et le reste de la population par exemple (Phelan et Link 2005 ; Frohlich et Potvin 2008), ou bien entre différents territoires.

L'ADK92, comme les autres structures de gestion des dépistages organisés en France, prévoit de rémunérer les médecins généralistes dont un certain nombre de patients ont réalisé le test Hémoccult[43]. Ce recours à l'incitation financière des médecins est décrié par différents acteurs gennevillois. Par exemple, le directeur des services de santé de la ville s'insurge contre cette méthode, ne correspondant pas à « *sa vision de la médecine* », c'est-à-dire une médecine « *sociale, engagée et donc pas dictée par l'appât du gain, et quel gain* ». De la même façon, plusieurs médecins libéraux de la commune évoquent l'inefficacité de ce type d'incitation financière au regard de leurs conditions de travail ou bien le caractère « *symbolique* » des sommes proposées. Cette vision critique à l'encontre des directives nationales en matière de politiques de santé publique semble constituer un marqueur original des représentations et pratiques professionnelles gennevilloises.

À Gennevilliers, le programme de dépistage de masse et les outils de communication traditionnels de la santé publique font donc l'objet d'une méfiance, voire d'un rejet. Leur analyse permet de mieux comprendre la politique municipale de santé et la quasi-absence de promotion de dépistage du cancer colorectal sur le territoire gennevillois ainsi que la faiblesse des liens entre le service santé et l'ADK92.

Certaines actions sont malgré tout menées. Le « colon géant » a été installé lors d'un forum consacré aux personnes âgées (Giga Sénior) le 25 mars 2011, de même que des stands sur les marchés en 2009

[43] Les Caisses d'Assurance maladie se sont engagées à financer les médecins généralistes pour leur participation active à la campagne de dépistage du cancer colorectal. Cette indemnisation est fonction du nombre de tests lus par le centre de lecture après remise du test par le médecin. Elle est également forfaitaire et évolutive suivant le nombre de tests lus : de 10 à 20 tests : 60 € ; de 21 à 50 tests : 180 € ; de 51 à 100 tests : 430 € et de 101 à 200 tests : 1030 €.

puis en 2013. Enfin, l'ADK92 est intervenu dans trois ateliers sociolinguistiques (ASL) de la ville en 2012 (dans les quartiers des Agnettes, des Grésillons et du Luth).

Encadré n°12 : Dépistage du cancer sein et vision critique de la santé publique

« *On fait Octobre Rose sans être vraiment Octobre Rose* »

Ces propos de la coordinatrice de l'ASV de Gennevilliers témoignent de la volonté de son service d'adapter les outils proposés par les différents organismes nationaux. Par exemple, des affiches ou des « *quizz* » ont été créés par le personnel du CMS, car « l*es flyers de la ligue ou de l'ADK92 sont bien, mais il y a trop de texte sur la com d'Octobre Rose* ». Cette appropriation locale des outils de communication s'ancre, comme pour le cancer colorectal, dans une remise en cause plus radicale du programme de dépistage de masse et de ces modalités de mise en œuvre. En octobre 2013 par exemple, les stands sur les marchés de la ville n'ont pas eu vocation à promouvoir le dépistage du cancer du sein, mais celui du col de l'utérus. Cette réorientation du contenu de la campagne résulte notamment des doutes, voire des critiques de certains internes en médecine du CMS à l'encontre du dépistage de masse du cancer du sein. S'inscrivant dans un débat animant la sphère médicale internationale (Collectif pour une formation médicale indépendante (Formindep), revue *Prescrire 2014 ; 34 (373) et* 2015 ; 35 (376)), ces positionnements reflètent également un contexte politique et professionnel original (cf. chapitre 6).

L'ancrage historique, politique et social de la mobilisation d'acteurs locaux en matière de santé, un mode d'organisation basé sur l'interconnaissance, le rôle central d'une municipalité ainsi que l'existence d'une vision critique de certains programmes de santé publique participent au développement d'une politique municipale volontariste, mais peuvent aussi agir à contre-courant des recommandations nationales.

2.3.3. La promotion de la santé et du dépistage du cancer colorectal dans les foyers de travailleurs migrants à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers

Plusieurs foyers de travailleurs migrants sont implantés à Boulogne-Billancourt et à Gennevilliers (cinq dans chacune des deux communes). Les hommes vivant dans ces lieux sont considérés par la majorité des acteurs rencontrés comme peu engagés dans les programmes de santé publique et dans la prévention de leur santé. Les conditions de vie (logement exigu, espaces communs détériorés, salles de bains et toilettes communes et inadaptées à des personnes âgées, etc.), la précarité économique, l'isolement

familial ou social ou bien le manque de suivi médical sont invoqués. Si aucune donnée chiffrée ne permettait avant cette thèse d'objectiver la faiblesse des taux de participation des résidents de ces foyers au dépistage du cancer colorectal[44], les médecins généralistes, les travailleurs sociaux ou personnels médicaux intervenant dans ces lieux sont les témoins directs de la difficulté à réaliser le test Hémoccult dans de telles conditions.

Des actions de promotion du dépistage organisé du cancer colorectal et de la santé de façon plus générale sont mises en place par différents acteurs. Leur analyse témoigne de la spécificité des systèmes locaux d'action gennevillois et boulonnais.

À la demande du bailleur Adoma, le réseau de santé Asdes intervient depuis 2013 dans deux foyers de travailleurs migrants de Boulogne-Billancourt. Le réseau considère la ville comme prioritaire, car peu d'actions ont jusqu'alors été menées dans ses foyers (ni par le réseau ni par d'autres acteurs associatifs ou publics). Le réseau y propose des actions individuelles ou collectives régulières. Elles sont le plus souvent libres. Les personnes peuvent s'adresser aux professionnels de santé sans rendez-vous ni sujet prédéfinis. Toutefois, certaines séances sont dédiées à des thématiques de santé spécifiques (diabète, tension, ALD et accès aux soins, vaccination, dépistages, etc.) en fonction des professionnels disponibles et du calendrier des campagnes nationales. Ces interventions sont alors coordonnées par le réseau de santé Asdes en partenariat avec d'autres acteurs de terrain (l'association des Petits frères des pauvres ou la CPAM par exemple).

Le second principal bailleur français de foyers de travailleurs migrants, Coalia, gère plusieurs foyers à Boulogne-Billancourt, dont le plus important[45] de la ville : le foyer Nationale. Une intervenante sociale et médiatrice santé assure deux fois par semaine des permanences dans ce foyer. Employée par le bailleur, elle est chargée d'accompagner les résidents dans leur accès aux droits et à la santé (montage de dossier APL, ASPA, CMU, AME, aide à la complémentaire santé, etc.). Elle organise également des actions ponctuelles de promotion de la santé en partenariat avec différentes associations et institutions (Aides, Reni, CRAMIF, CPAM, Adk92, etc.). Personnellement très intéressée par les questions de dépistage

[44] Notre analyse des taux de recours au dépistage du cancer colorectal à l'échelle des carroyages l'a montré : à Gennevilliers comme à Boulogne-Billancourt, la participation des résidents des foyers de travailleurs migrants est en effet très faible (cf. chapitre 3), et toujours largement inférieure aux taux de participation des hommes résidant dans les mêmes villes ou quartiers.

[45] Ce foyer compte, officiellement 300 résidents. Cependant, les surnuméraires (c'est à dire des résidents supplémentaires non déclarés) seraient très nombreux. D'après l'intervenante action sociale et médiatrice santé le foyer abriterait en 2014 environ 1000 personnes.

des cancers, cette professionnelle prévoit de développer un partenariat avec la Ligue contre le cancer et de maintenir celui déjà existant avec l'ADK92. La structure de gestion départementale des dépistages a ainsi tenu un stand lors du « forum santé » organisé en 2013 dans la salle commune du foyer. Il s'agissait pour l'ADK92 de faire connaître la structure, informer les résidents sur l'existence du test et ses modalités de réalisation. Quand cela était possible, la lettre d'invitation leur était remise en main propre. L'association Migration Santé, Aides et la CPAM92 étaient également présents lors de cet après-midi d'information.

Des actions sont donc mises en place dans certains foyers implantés à Boulogne-Billancourt, mais, à notre connaissance, aucune n'est coordonnée ou n'implique le service municipal de santé.

À Gennevilliers, différents acteurs sont également engagés dans la mise en place d'actions de promotion de la santé dans ces lieux de vie. Cependant, leur nombre ainsi que leur nature distinguent la situation gennevilloise du cas boulonnais.

D'une part, la municipalité, par l'intermédiaire du CMS, mène des actions de promotion de la santé dans différents foyers de la ville. Le directeur des services de santé et du CMS intervient depuis près de huit ans dans différents foyers en organisant et présentant des « *Conférences santé* ». Il est alors accompagné d'internes en médecine générale. Une diététicienne et une infirmière du CMS animent également des ateliers santé une fois par mois dans chacun des foyers de la ville (sauf pour celui ne disposant pas d'une salle commune adéquate).

D'autre part, la Ligue de l'enseignement est active dans les foyers de travailleurs migrants de la ville. Des permanences sont assurées par des travailleuses sociales plusieurs fois par semaine dans les deux plus importants foyers de la commune (Brenu et Grésillons). Leurs missions consistent principalement à accompagner les résidents dans leurs démarches administratives. Nos observations de ces permanences, entretiens auprès de ces professionnelles, ainsi qu'avec des résidents du foyer Brenu montrent que la santé est au cœur de nombreuses démarches et préoccupations (ouvertures de droits à la CMU ou CMU-C, demande d'indemnités pour un accident du travail, aide au suivi de maladies chroniques, prise de rendez-vous médicaux et hospitaliers, etc.).

Contrairement à Boulogne-Billancourt, la municipalité gennevilloise est engagée depuis de nombreuses années dans la promotion de la santé dans les foyers. Or, aucun lien entre les professionnels (associatifs) intervenants à l'échelle individuelle et les employés du CMS menant des actions collectives n'est effectif.

À l'image de ce que nous avons pu montrer pour la promotion de la santé et du dépistage du cancer colorectal de façon générale, les modes d'organisation des acteurs intervenant dans ces foyers distinguent Boulogne-Billancourt de Gennevilliers. En effet, le système d'action gennevillois apparaît dominé par un engagement municipal volontariste et ancien, mais relativement isolé, alors que des acteurs départementaux et nationaux interviennent dans les foyers de Boulogne-Billancourt ce que n'est pas le cas de leurs homologues municipaux.

Synthèse

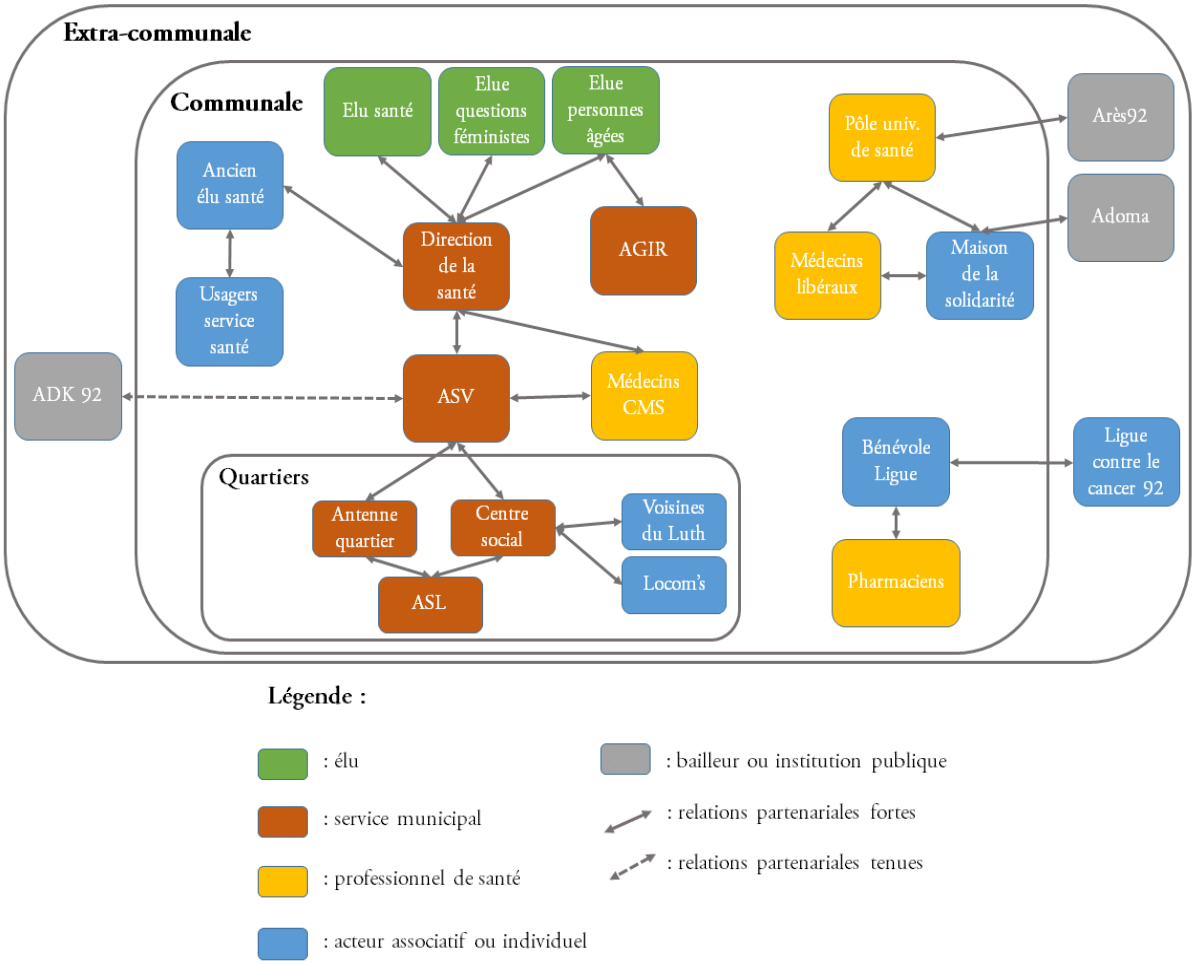
La première partie de ce chapitre révèle que Gennevilliers et Boulogne-Billancourt constituent des contextes locaux de promotion de la santé distincts (histoire, politiques publiques actuelles de santé, etc.). Nous avons complété cette analyse en montrant combien le programme de dépistage du cancer colorectal est spécifique, en ce que son objet (le cancer colorectal) est considéré comme difficile à promouvoir. Il est en effet perçu comme « *délicat* » par la majorité de nos interlocuteurs, et ce à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers. Cependant, nos résultats montrent que ces territoires sont le support et le produit de jeux d'acteurs multiscalaires également originaux.

Gennevilliers apparaît ainsi caractérisée par un **réseau d'acteurs important, multipolaire et majoritairement mono-scalaire** (schéma n°7).

À Gennevilliers, la promotion du dépistage du cancer colorectal est peu prise en compte. Elle s'inscrit pourtant dans une vaste politique de promotion de la santé menée par le service de prévention de la municipalité et le CMS d'une part ; et certains professionnels de santé ou associations (Ligue contre le cancer) d'autre part. Dans cette commune, peu de partenariats associent le secteur public au secteur libéral, ou bien des acteurs locaux (ou municipaux) à des professionnels intervenants à l'échelle départementale ou régionale. En effet les partenariats d'échelle communale, ou plutôt municipale, sont nombreux, mais peu articulés avec les actions mises en place par les acteurs départementaux clés de la promotion de ce programme (ADK92, Ligue contre le cancer, etc.). Des professionnels de santé libéraux (pour certains réunis au sein d'un pôle de santé) travaillent en partenariat avec des structures locales (maison de la solidarité notamment) mais aussi avec des associations et réseaux de santé départementaux. Toutefois, ces initiatives sont elles aussi indépendantes de celles menées par les professionnels et services municipaux. Notre analyse des modalités gennevilloises de promotion du dépistage du cancer colorectal

permet d'identifier un **système local d'action multipolaire et majoritairement mono-scalaire** : *multipolaire* en ce que différentes initiatives (municipales ou associatives et professionnelles) sont concomitantes, mais souvent indépendantes ; et *mono-scalaire* car l'échelle communale est dominante.

<u>Schéma n°7 :</u> **Gennevilliers, un système local d'action multipolaire et majoritairement mono-scalaire**

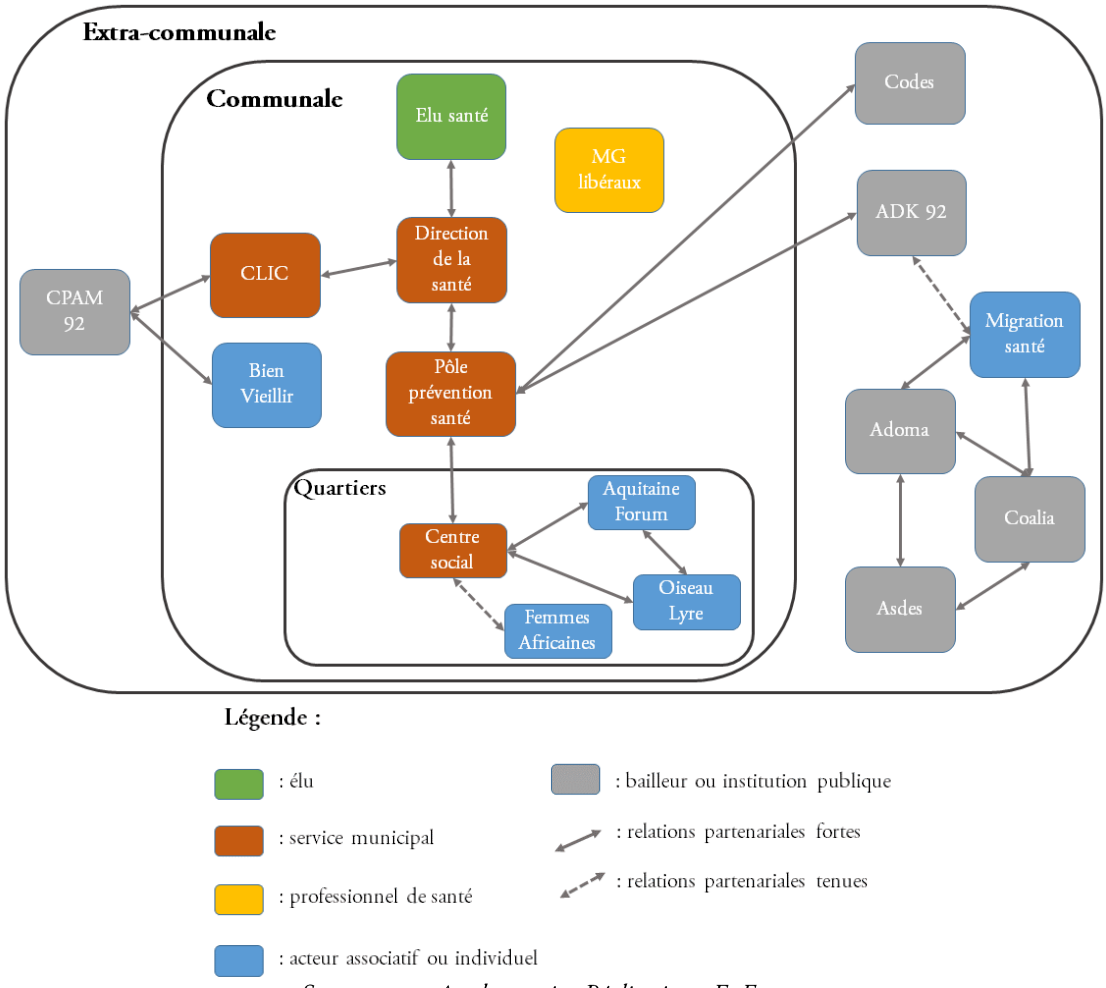


Sources : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

La situation boulonnaise est quant à elle caractérisée par un **réseau d'acteurs plus restreint, mais multiscalaire** et porté dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, par un partenariat actif et pérenne entre le service prévention santé de la ville et l'ADK92 (schéma n°8). Cette coopération entre le service municipal de santé et l'organisme de gestion des dépistages se traduit par la mise en place d'action de sensibilisation du public (matinée d'information, stand sur les marchés ou devant l'hôpital de la ville) et donc, par une déclinaison locale d'une politique nationale. En partenariat avec l'association Migration santé et les bailleurs, l'ADK92 est également impliqué dans la promotion du dépistage du cancer colorectal en direction des résidents des FTM boulonnais. Toutefois, la municipalité ne participe

pas à ces actions. Finalement, l'analyse des modalités de promotion du dépistage du cancer colorectal permet d'identifier un **système local d'action** que nous qualifions de **centralisé et multiscalaire.** Les actions de promotion de la santé (et du dépistage du cancer colorectal) sont en effet coordonnées par le service municipal de santé qui s'appuie sur un réseau d'acteurs locaux (le centre social du Pont-de-Sèvres et des squares notamment), mais aussi départementaux (ADK92, Codes, CPAM92).

Schéma n°8 : Boulogne-Billancourt, un système local d'action centralisé et multiscalaire



Sources : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

Comme cela a été montré dans d'autres travaux, menés dans le Nord-Pas-de-Calais notamment (Raimbault et al. 2016), le nombre et les types de partenariats entre acteurs impliqués dans la lutte contre les cancers varient en fonction des territoires. Ces différenciations sont en partie le fruit de l'histoire du territoire en matière de cancer et de santé (Raimbault et al. 2016). Nos résultats montrent que les modes d'organisation des services municipaux, les types de partenariats entre ces derniers, les structures associatives et les professionnels de santé impliqués, ou bien le rôle de certains acteurs clés

doivent également être pris en compte. L'étude des rapports (partenariaux ou conflictuels) entre ces acteurs révèle des dynamiques locales de santé originales, territorialisées.

De la comparaison de Gennevilliers et Boulogne-Billancourt apparaît ainsi **deux formes de constructions territoriales et d'engagement collectif en matière de santé publique**, correspondant finalement à **des visions politiques antagonistes**. La première, gennevilloise, correspond à un engagement (ancien et important) de la municipalité en matière de politiques publiques. Cet engagement s'ancre dans une histoire sociale et militante riche et valorisée (souvent rappelée et revendiquée par différents acteurs de terrains). À la dimension éminemment collective de ce mode d'organisation sont associés l'importance de certaines figures tutélaires (anciens maires ou élus, directeur des services de santé) et le rejet de mesures considérées comme inappropriées (car) émanant d'institutions ou structures extra-communales, voire extra-municipales. La seconde, boulonnaise, est caractérisée par un engagement moindre des pouvoirs publics en matière de santé, mais par une déclinaison locale des directives nationales. Cette forme d'organisation laisse davantage de place, voire de responsabilité aux initiatives individuelles (associatives, mais aussi professionnelles[46]) comme à l'offre de soins libérale. Les jeux et réseaux d'acteurs donnent ainsi à voir les territoires (Gumuchian et al. 2003).

Nous avions, à l'issue de la première partie de ce chapitre, posé les hypothèses suivantes :

- La ville de Gennevilliers, engagée dans la promotion de la santé sur son territoire, disposant d'un vaste réseau d'acteurs, peut constituer un contexte favorable à la promotion du dépistage du cancer colorectal, et ce, en prenant en compte l'ensemble de la population cible de ce programme.
- La commune de Boulogne-Billancourt, dont le service santé est plus restreint, bien que de plus en plus actif, peine certainement à engager une politique de promotion de ce dépistage.

Les résultats présentés dans cette seconde partie invalident en partie ces deux hypothèses. La santé (et la lutte contre les inégalités) est davantage portée par la municipalité gennevilloise que boulonnaise. En effet, à Gennevilliers la santé est considérée comme un volet important des politiques publiques locales. Toutefois, si la campagne nationale de promotion du dépistage organisé du cancer colorectal est relayée à Boulogne-Billancourt, que les acteurs locaux s'attachent à décliner localement les messages et outils

[46] Rappelons l'engagement de la chargée de projet du service prévention santé de la commune, jugée par ses partenaires comme facteur du dynamisme et d'un renouveau du service et des actions.

proposés par des instances supra-communales, la situation gennevilloise témoigne d'une remise en cause, voire d'une opposition à certaines directives nationales.

Enfin, quels que soient le nombre d'actions, les réseaux d'acteurs mobilisés ou bien la place d'une réflexion sur les inégalités, nos résultats montrent que les lieux et modalités de promotion de la santé, ou bien les sujets privilégiés par ces acteurs, placent les femmes au cœur de nombreuses actions locales de santé. C'est ce que nous analysons dans la dernière partie de ce chapitre. Nous pourrons ainsi compléter notre réponse à ces hypothèses, c'est-à-dire appréhender les publics visés et effectifs de ces politiques et actions locales de promotion de la santé, et donc la place des hommes et des femmes.

3. Genre et promotion du dépistage à l'échelle micro-locale

L'un des enjeux majeurs de la réduction des inégalités face à des programmes de santé publique est l'accès à l'information des personnes concernées. Si les médecins généralistes sont considérés comme les professionnels clés du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (Bungener et al. 2011), que l'action des politiques municipales de santé doit être prise en compte (Rican et al. 2013), d'autres acteurs peuvent être d'importants relais d'information. Nous l'avons montré, les professionnels de la promotion de ce programme intervenant à l'échelle départementale et communale s'inscrivent dans des réseaux d'acteurs publics et associatifs complexes et multiscalaires, et se différencient selon les territoires (gennevillois et boulonnais). À l'échelle locale, les associations de quartiers et les centres sociaux occupent une position particulière.

Nous proposons donc d'analyser le rôle de ces instances de socialisation dans l'accès des hommes et des femmes aux messages de promotion de la santé et du dépistage organisé du cancer colorectal dans les quartiers du Luth, des Agnettes, des Squares et du Pont-de-Sèvres. Les déclinaisons locales du programme de dépistage organisé du cancer colorectal dépendent d'un ensemble de facteurs que nous proposons d'analyser au regard des réseaux d'acteurs impliqués à l'échelle des quartiers, et de la place du genre dans ces derniers.

3.1. Organisation et fréquentation des instances locales de socialisation[47] : témoins de dynamiques territoriales micro-locales

De la comparaison du maillage d'acteurs impliqués dans les quartiers des Agnettes, du Luth, du Pont-de-Sèvres et des Squares apparaissent deux groupes : le Luth et le Pont-de-Sèvres d'une part, et les Agnettes et les Squares d'autre part. Les deux premiers se caractérisent par un réseau associatif et professionnel dense, varié et implanté depuis de nombreuses années sur leurs territoires. Inversement, les quartiers des Agnettes et des Squares possèdent très peu d'associations. Situation déplorée par des habitants et habitantes de ces quartiers, mais aussi par les professionnels y intervenant.

3.1.1. Le Luth et le Pont-de-Sèvres : des quartiers mixtes et dynamiques, aux nombreuses instances de socialisation

Le Pont-de-Sèvres : un réseau d'acteur dense et dynamique, témoignant des fractures socio-spatiales locales

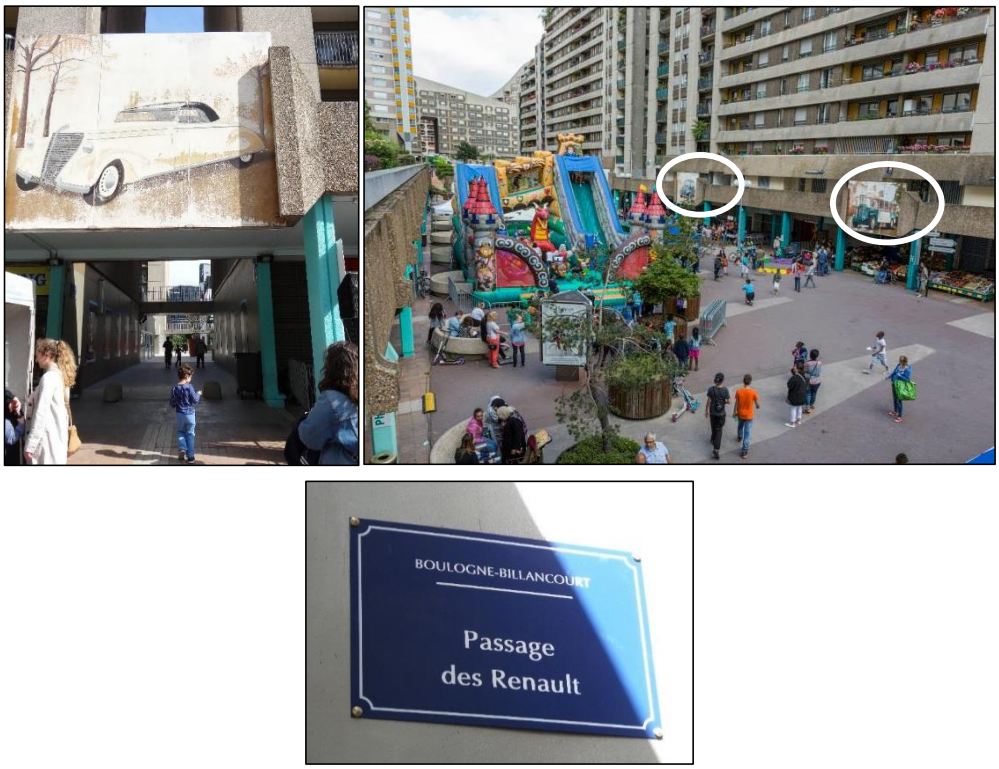
À Boulogne-Billancourt, le quartier du Pont-de-Sèvres est limitrophe des terrains des anciennes usines Renault implantées dans la ville durant plusieurs décennies (chapitre 2). Bien que ces usines soient aujourd'hui fermées et peu à peu remplacées par un vaste éco-quartier, elles restent un symbole. En témoigne par exemple le nom d'une nouvelle rue percée au moment de la rénovation du quartier : « Passage des Renault » (photographie n°12). L'appellation a été proposée par l'amicale des locataires et soumise aux votes des habitants. Enfin, les fresques apposées sur l'un des côtés de la place centrale du quartier (le Forum) représentent différents modèles de voitures Renault (photographie n°11).

D'après le prêtre ouvrier habitant le quartier depuis plus de trente ans « *être de chez Renault* » reste un élément constitutif de liens sociaux au niveau local. Certaines des personnes rencontrées sur le quartier, souvent d'anciens travailleurs de cette usine, font en effet part de l'importance, aujourd'hui symbolique, de l'usine pour le quartier et leur attachement à celui-ci. C'est par exemple le cas de cette femme habitant le quartier depuis de nombreuses années grâce, comme de nombreux enquêtés du Pont-de-Sèvres, au

[47] Nous mobilisons ici le terme d'instance de socialisation (et non pas d'association), car sont pris en compte les associations de quartiers, mais aussi certains services déconcentrés des municipalités (centres sociaux et antennes de quartiers). Il convient également de préciser que nous ne considérons que les lieux destinés, ou appropriés par des personnes potentiellement concernées par le dépistage organisé du cancer colorectal. Nous n'aborderons donc pas le cas des lieux dédiés aux enfants, adolescents ou familles. Cependant, il s'avère que ces observations reflètent en partie l'organisation et l'activité de l'ensemble des structures de ces quartiers. Par exemple, si le quartier des Squares est caractérisé par un très faible nombre d'association à destination des adultes et personnes âgées, il en est de même pour les enfants et adolescents. Inversement, le quartier du Luth possède un réseau d'acteurs dense et dynamique, et ce pour l'ensemble des tranches d'âges.

1 % patronal[48] : [Enquêtrice] : *Donnez-vous un nom à votre quartier ?* [Enquêté] : *Oui, c'est Renault. Celui-là j'y suis depuis 1994. L'histoire Renault pour le quartier c'est très important, en tout cas pour moi, non mais vraiment. D'une part quand j'ai aménagé c'était encore en plein quartier des ouvriers, et depuis on est en pleine restructuration, rénovation tout ça, c'est sûr que ce que l'on appelle le quartier Renault, sous mes fenêtres cela bouge, c'est le cas de le dire. C'est un chantier infernal, cela ne sera plus pareil, mais ça reste le quartier Renault, ça c'est sûr, enfin pour moi »* (femme, 59 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt).

<u>Photographie n°11 :</u> Plaques de rues et fresques murales : les derniers témoignages de Renault



Sources : E. Faure, Alain de Baudus pour la mairie de Boulogne-Billancourt (en haut à droite), juin, 2013.

Enfin, l'association des anciens de Renault est implantée dans le quartier depuis sa création en 1998[49]. Elle a eu un rôle très important suite à la fermeture de l'usine. Bien qu'aujourd'hui moins actifs, ses membres continuent à organiser de nombreuses expositions de mémoire sur l'usine et ses travailleurs et apportent une aide administrative et juridique aux anciens ouvriers.

[48] Le dispositif dit « 1 % patronal » ou « 1 % logement » (rebaptisé « Action Logement ») est une participation des entreprises, appelé aussi Participation des employeurs à l'effort de construction (PEEC), versée avant le 31 décembre de chaque année. Elle concerne les entreprises de 20 salariés et plus, appartenant au secteur privé non agricole. Tous les salariés de ces entreprises peuvent alors bénéficier de prêts spécifiques pour l'acquisition de logements, ou bien d'aides à la location.

[49] La dernière chaine de production de l'île Seguin a fermé en 1992.

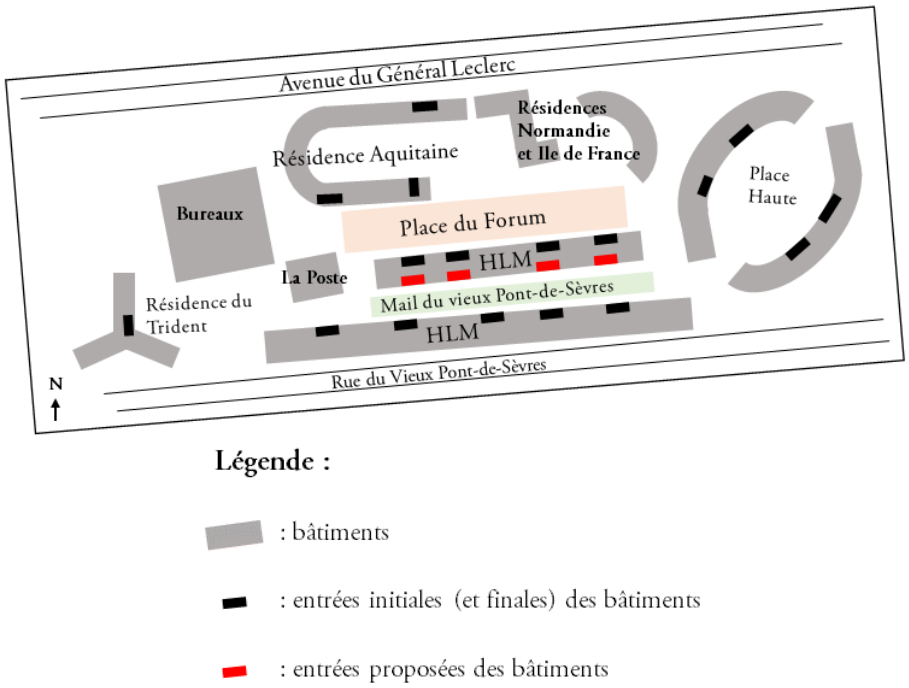
L'ampleur du tissu associatif caractérise aujourd'hui le quartier du Pont-de-Sèvres. Par exemple, *Alliance-Forum* regroupait en 2013, quatorze associations du quartier (tandis que de nombreuses autres ne faisaient pas partie de ce regroupement). Le centre social et la salle de sport qu'elle administre constituent également des lieux de socialisation importants sur le quartier. Toutefois, un nombre élevé d'associations n'est pas nécessairement gage de cohésion sociale, mais peut au contraire être le support de fortes rivalités.

Les rapports entretenus par certaines associations de femmes illustrent également de tensions inhérentes à ce réseau et son territoire. Après avoir discuté de la prédominance des femmes dans la sphère associative du quartier du Pont-de-Sèvres, la présidente d'une association (A) et un bénévole (S) témoignent de la ressemblance des objectifs de nombreuses de ces associations, ainsi que des tensions associées. [S] *: « d'ailleurs elles font toutes la même chose : des voyages, des sorties, des repas »* [A] : *« des sorties au bord de la mer, et à Bruxelles pour acheter des casseroles. Et des repas. Si deux ne s'entendent pas, elles font une nouvelle association. Une seule avait réussi à faire quelque chose d'un peu différent, les châteaux de la Loire par exemple. Mais avec son fichu caractère, cela n'a pas fonctionné. Cela existe encore, mais il n'y a personne, ils en sont à la 10e présidente en quelques années. Toutes ces femmes ont des caractères assez spéciaux ».* En effet, dans le quartier du Pont-de-Sèvres, la ressemblance des activités proposées ou des évènements organisés par un grand nombre d'associations de femmes est significative. Au cours de notre terrain, plusieurs soirées « repas et danse », ou bien « voyage à la mer » et « voyage à Bruxelles » ont été organisés par différentes associations de femmes, à des dates très proches. Cette récurrence des mêmes sorties entraine à la fois une concurrence dans la réservation des salles et des autobus ; mais aussi, une concurrence en matière de participation et d'importantes tensions (d'échelle individuelle et collective). Les plaintes et querelles auxquelles nous avons pu assister dans l'un des locaux associatifs du quartier concernant le « *vol d'adhérentes* » en sont un exemple. Les associations étant nombreuses, certaines femmes, en fonction de leur réseau amical changent d'association, entrainant, pour l'association de départ, une perte de légitimité. Les discussions portant sur le nombre d'adhérentes, sur la participation de certaines femmes aux sorties d'une association et pas d'une autre, ou bien les plaintes interposées au sujet de fêtes mal organisées ou de repas de mauvaise qualité sont en effet récurrentes et jugées très préoccupantes, support de stress et de tensions à l'échelle du quartier.

Cependant, certaines associations du quartier sont aussi le reflet de mobilisation importante de la part des habitants. Par exemple, alors que la municipalité (dans le cadre du vaste projet de rénovation du quartier) souhaitait supprimer les ouvertures des immeubles sur l'allée du forum, les habitants,

notamment via l'amicale des locataires, se sont opposés à ce projet. Selon les revendications publiques de cette initiative le projet aurait entrainé l'isolement de la partie HLM du quartier, et selon un habitant « *tué la vie de quartier sur l'allée du forum* ». L'amicale fit pression sur la mairie, qui a organisé un vote. Les habitants du Pont-de-Sèvres ont rejeté à près de 80 % le projet de retournement des entrées. Un des habitants du quartier, évoquant cet épisode lors de notre entretien, rappelle combien le projet d'inversion des entrées a été vécu comme une accentuation de la différence entre la partie HLM du quartier et la partie résidence privée. L'opposition entre « nous » et « ceux d'en face » apparaît en effet de nouveau : « *On a refusé parce que cela faisait quand même ghetto, on était coupé de tout le reste. Leur idée c'était on ne mélange pas les gens, parce que ce sont des HLM alors on ne mélange pas les gens, c'était flagrant. Oui vous regardez du côté Aquitaine, même à côté-là, je dirais que c'est quand même plus propre, plus agréable. Quand vous circulez dans les couloirs d'en face par exemple vous voyez la différence. Alors c'est ça ils ne voulaient plus que l'on se mélange, là en bas sur le Forum. Mais nous on n'a pas voulu* » (homme, 66 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt).

<u>Schéma n°9</u> : Projet de « retournements » des entrées, vers un isolement des HLM du Pont-de-Sèvres ?



Sources : entretiens et gazette de l'amicale des Locataires du Pont-de-Sèvres. Réalisation : E. Faure.

L'association *Aquitaine-Forum* est également emblématique de ce dynamisme local, mais aussi des fractures socio-économiques du quartier et leurs transcriptions spatiales. En effet, d'après sa fondatrice, une ancienne institutrice et habitante de la résidence Aquitaine, l'objectif de cette association est de « *rapprocher* » les résidents de la partie HLM du quartier de ceux de cette résidence de copropriétaires. Comme nous avons pu le constater lors d'entretiens ou d'observations « *la résidence* » est très souvent opposée à « *ceux des HLM* » ou « *ceux d'en face* ». Rappelons (chapitre 2) que le quartier du Pont-de-Sèvres se caractérise en effet par son hétérogénéité socio-économique et démographique. Une partie du quartier est composé uniquement de logements sociaux (99 % de HLM) situés sur l'Allée du vieux Pont-de-Sèvres, une autre d'ex-ILN implantés autour de la Place Haute, et enfin, de trois résidences privées où logent des classes moyennes supérieures au nord et à l'ouest du quartier (résidences Aquitaine, Normandie et Ile-de-France et le Trident) (schéma n°9).

Enfin, l'actuelle rénovation du quartier et le développement du nouvel éco-quartier adjacent participent aux dynamiques territoriales locales, ainsi qu'à leur redéfinition. L'éco-quartier *Rive de Seine*, comprend des logements hauts de gamme, des entreprises du secteur tertiaire et de nouvelles infrastructures culturelles (médiathèque, équipements sportifs, parc) (photographie n°12).

<u>Photographie n°12 :</u> Des terrains vagues de Renault à l'éco-quartier Rive de Seine



Sources : Commission Seguin –Rives de Seine, mai 2007 ; Communiqué de presse septembre 2013.

Alors que les professionnels de la politique de la ville ou les élus mettent en valeur l'importance « *d'ouvrir le quartier* » (par la construction de passerelles entre le quartier du Pont-de-Sèvres et l'éco-quartier par exemple, ou bien l'ouverture d'un passage commerçant entre les deux espaces), les habitants et responsables associatifs rencontrés font part de leurs craintes, voire de leur déception. Par exemple, d'après une habitante de la résidence Aquitaine *« il y a ce nouveau quartier qui arrive maintenant de l'autre côté. Là ce sont des gens qui ont payé très cher leurs appartements, qui sont très exigeants, c'est encore une autre, un autre style de population, je ne sais pas trop. Enfin, cela ne va pas être facile »* (femme, 77 ans, Pont-de-Sèvres-Aquitaine, Boulogne-Billancourt). Or, ce sont avant tout les enquêtés résidant dans la partie HLM du quartier qui font part de leurs inquiétudes vis-à-vis de ce nouveau quartier, et soulignent combien celui-ci « *n'est pas pour eux* » : « *c'est cher en face, ça c'est sûr c'est pas pour nous* » (homme, 85 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt) ou bien « *dans le nouveau quartier le moindre petit appartement c'est très cher. J'avais regardé pour ma fille, mais non ce n'était pas possible* » (homme, 58 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). L'animateur de la bibliothèque associative du quartier estime quant à lui que *« l'idée de départ de l'ANRU était de créer un centre commercial pour faire venir la population du quartier d'à côté ici. Pour créer une mixité ; mais on a créé des espaces commerciaux, mais on n'a pas créé des espaces de médiation. Tout est fait de façon à ce que l'on cantonne les populations sur leurs territoires. Par exemple nous, on nous soutient, la ville nous soutient, pour le projet d'importation de la culture dans le quartier. Mais là au lieu de nous soutenir on a créé une bibliothèque et une ludothèque flambant neuve dans le nouveau quartier, au Trapèze. Donc on a créé une autre structure, pour cette nouvelle population. Avec beaucoup d'investissement, des sommes très importantes pour les livres par exemple. Mais rien n'est fait pour la médiation. On a créé deux structures répondant chacune à un public bien déterminé. Or, la problématique cela aurait été comment faire en sorte que le public de là-bas vienne dans notre bibliothèque pour qu'il puisse fréquenter la population d'ici. Or on me répond que le public d'à côté ne viendra pas. Mais pourquoi ? Parce que c'est le quartier. Mais en fait je n'avais rien compris au projet initial ».*

Le quartier gennevillois du Luth est, comme celui du Pont-de-Sèvres, animé par un réseau associatif ancien, dense et dynamique. Les habitants de ces deux quartiers témoignent d'un sentiment d'appartenance fort. Toutefois, s'il illustre certaines tensions et disparités socio-économiques micro-locales au Pont-de-Sèvres, il témoigne davantage de l'homogénéité sociale, mais aussi de la stigmatisation du quartier du Luth.

« Quand tu arrives au Luth tu pleures, quand tu pars du Luth tu pleures »

Cet extrait d'entretien (d'après son auteure : « *dicton du quartier* ») illustre à notre sens l'ambivalence du sentiment d'appartenance partagé par une grande partie des personnes rencontrées dans le quartier. En effet, le quartier du Luth serait à la fois victime de représentations négatives et stigmatisantes, et animé par un réseau d'interconnaissance et une offre associative dense et variée supports d'un sentiment d'appartenance particulier. Les propos d'Hervé Vieillard-Baron à propos des « *périphéries françaises* » évoquant « *non seulement un espace fragmenté et inégalement apprécié, mais aussi une généalogie d'images plus ou moins médiatisées constituées de stéréotypes nourris de références littéraires, picturales et cinématographiques variées, construisant au bout du compte un mythe qui alimente l'imaginaire tout en permettant de localiser la peur sociale dans des quartiers prédéfinis* » (Vieillard-Baron 2011, p.38) fait pleinement échos aux discours des habitants et habitants du Luth rencontrés.

Longtemps affecté par un trafic de drogue endémique et stigmatisé autant à l'échelle locale (encadré n°14) qu'à l'échelle nationale[50], le quartier du Luth fait l'objet depuis une dizaine d'années d'un important programme de rénovation urbaine : destruction de tours, ouverture de nouvelles rues, développement de l'offre commerciale, inauguration d'installations sportives et culturelles. S'inscrivant dans une logique globale de politique sécuritaire (Garnier 2012 ; Garnier 2010), ce dispositif a également été à l'origine de la résidentialisation d'une partie du quartier (c'est-à-dire la fermeture des abords des immeubles par des grilles et l'installation de digicodes) supposée garantir davantage de tranquillité ou bien installation de vidéosurveillances. De nombreuses personnes rencontrées dans le quartier en témoignent. Ce dispositif a contribué à la modification des conditions de vie de ses habitants et habitantes, mais aussi de son image.

[50] Le cas du documentaire intitulé *Banlieue* de Gilles De Maistre, diffusé par Canal Plus en 1989 est emblématique. Comme nous le rappellent des travailleurs sociaux intervenant dans le quartier depuis de nombreuses années ce reportage a fortement affecté les habitants du quartier qui lui ont reproché de se focaliser sur les aspects négatifs du quartier, et d'avoir ainsi aggravé la stigmatisation de leur espace de vie. Ce reportage semble en effet avoir marqué une grande partie de la population du quartier puisque datant de 1989, il a été évoqué spontanément par plusieurs de nos interlocuteurs lors des entretiens. Par exemple, une des enquêtée estime que « *le quartier il a surtout eu mauvaise réputation à partir du jour où c'est passé à la télé. Vous savez ce truc-là sur Canal plus. Le film là où ils avaient fait des trucs, je pense qu'ils avaient filmé des choses c'était faux. Oui oui c'était truqué. Ils avaient des seringues, des. Oui cela a fait beaucoup de mal, même si aujourd'hui c'est fini je pense* » (femme, 74 ans, Luth, Gennevilliers).

Encadré n°13 : une (mauvaise) réputation encore présente

L'extrait d'entretien suivant, ainsi qu'un passage de carnet de terrain montrent combien la mauvaise réputation du quartier du Luth existe encore aujourd'hui et affecte toujours ses habitants et habitantes. « *Mais c'est terrible parce que, c'est vrai qu'avant ce quartier il avait très très mauvaise réputation, mais bon aujourd'hui. Enfin un jour je sortais du métro avec une dame que je connaissais qui fait partie d'AGIR, je lui dis-moi je pars par là. Elle me dit ah non moi je prends la grande avenue parce que le quartier du Luth quand même. Et je lui bah quoi le quartier du Luth. Elle me dit non mais c'est mal fréquenté. Je lui dis mais vous plaisantez. Allez, vous venez avec moi et. Et donc on est passées par là, par l'avenue Lénine. Je lui ai dit vous voyez personne ne va vous assassiner. Je lui ai dit il en faut pas dire des choses comme ça. Je lui dis vous vous rendez compte après vous racontez ça que le Luth c'est mal fréquenté et tout. Comment voulez-vous que les gens s'en sortent si vous racontez des choses pareilles, et puis sans même venir* » (femme, 66 ans, Luth, Gennevilliers). Une employée de la mairie de Gennevilliers me demande alors que je lui présente ma recherche : « *et pourquoi avoir choisi le Luth ?* ». Je réponds. Elle ajoute « *et bien en tout cas vous ferrez attention. Vous y allez toute seule ? Non, mais ce n'est pas que je veuille vous faire peur. Il ne faut pas exagérer, mais quand même.* » Je lui indique que j'ai déjà rencontré des acteurs de terrain (des éducateurs, des animateurs de l'antenne de quartier notamment), elle reprend « *ah et bien c'est très bien, non parce qu'il ne faut pas faire de psychose, mais quand même ce quartier* ».

Si la ville de Gennevilliers se caractérise, dans son ensemble, par une faible mobilité résidentielle familiale (cf. chapitre 4), celle-ci transparait particulièrement dans les entretiens réalisés auprès d'habitants et habitantes du Luth. Pour beaucoup de ces individus, deux ou trois générations de la même famille habitent dans le quartier[51]. Par exemple, l'une des deux fondatrices d'une association du quartier (Les Voisines du Luth) explique être née à Gennevilliers, comme ses parents et ses grands-parents, alors que ses propres enfants habitent toujours au Luth. De la même façon, son amie, seconde fondatrice de cette association rappelle que son fils loge dans le quartier et que sa fille avait obtenu un logement social aux Agnettes (grâce à l'office HLM de la ville), or celle-ci n'a pas voulu quitter le quartier

[51] Inversement, très peu d'enquêtés du quartier du Pont-de-Sèvres rapporte la présence de leurs enfants sur le quartier ou la ville. La solidarité locale et la solidarité familiale ne se chevauchent pas. Nous pouvons supposer qu'au-delà des choix individuels et parcours professionnels de chacun, l'augmentation du prix de l'immobilier contribue au départ des enfants des habitants du quartier. La construction du nouvel éco-quartier apparaît dans certains entretiens comme un symbole de cette impossibilité à s'installer sur la ville : ce nouveau quartier proposerait des logements aux prix bien trop élevés.

Luth « *on ne la croyait pas au service logement de la mairie. On lui a dit « vous voulez vraiment un logement au Luth ». Ah ça ils étaient super étonnés. Mais alors du coup elle l'a eu, et donc elle habite au Luth aussi* ». Si les liens familiaux sont le support d'un attachement particulier au quartier pour une partie des personnes rencontrées, les relations amicales et le réseau associatif support de ces rapports sociaux sont également au cœur des discours recueillis : « *Si je devais partir, ah rien que d'y penser ça me stresse. C'est vrai le quartier est très chaleureux, il y a des liens entre les gens. Ici c'est chez nous, c'est une grande famille* […] *je ne sais pas si c'est bien, c'est peut-être un peu trop le cocon, l'autarcie. On regarde toujours les nouveaux avec un certain regard, enfin il faut montrer patte blanche quand même* » (femme, 74 ans, Luth, Gennevilliers).

Le quartier gennevillois du Luth est en effet animé par un grand nombre d'associations ainsi qu'un centre culturel et social. Ce centre (nommé espace Aimé Césaire) inauguré en septembre 2013 dans le cadre de la rénovation du quartier constitue aujourd'hui un lieu de rencontre et de convergence des activités sur le quartier. Enfin, les activités récréatives et sportives proposées par le club AGIR dans le quartier (loto, gymnastique, yoga, etc.) s'avèrent également très suivies.

Finalement, les quartiers du Luth et du Pont-de-Sèvres sont insérés dans contextes communaux différents (1. et 2. de ce chapitre) et caractérisés par certaines organisations spatiales et dynamiques micro-locales originales : hétérogénéité socio-économique entre différents sous-espaces au Pont-de-Sèvres versus relative homogénéité au Luth. Le Luth a également été affecté par un processus de paupérisation (chômage massif, arrivée de nouvelle population en très grande difficulté et départ des classes moyennes, etc.) puis, récemment, par l'arrivée de nouvelles populations lors de la rénovation urbaine. Processus beaucoup moins marqué au Pont-de-Sèvres. Toutefois, certaines modalités d'organisation locale sont communes à ces deux territoires : la densité et le dynamisme du réseau d'instances de socialisation, un sentiment d'appartenance relativement fort perceptible dans les discours d'une part importante des personnes rencontrées, un processus de rénovation urbaine en cours support d'une modification des conditions de vie dans le quartier, mais aussi de nouvelles craintes.

3.1.2. Les Agnettes et les Squares : replis ou incompréhensions mutuelles

Le quartier gennevillois des Agnettes et celui boulonnais des Squares sont caractérisés par des réseaux associatifs bien plus restreints, voire quasiment absents. De plus, les professionnels du champ sanitaire et social y intervenant témoignent de leur grande difficulté à « *mobiliser* » la population considérée comme « *repliée sur elle-même* ». En effet, le petit nombre d'associations implantées sur ces quartiers et

la faible participation des habitants (au conseil de quartier des Agnettes, aux activités et sorties proposées par son antenne de quartier ou bien par le centre social des Squares) sont systématiquement mentionnées par les acteurs rencontrés.

De l'absence ou la disparition des structures…

Le réseau associatif du quartier des Agnettes est très restreint et peu dynamique. Seules deux associations de quartier sont aujourd'hui actives : une association dont l'objectif est de nourrir les chats errants du quartier (Chat Libre), et une seconde regroupant des habitants de la barre Victor Hugo soucieux de préserver un lieu de rencontre à l'échelle de l'immeuble (Unité Gavroche).

Le Club Agir (structure affiliée au service municipal pour les personnes âgées) est quant à lui actif sur le quartier des Agnettes. Par exemple, des après-midis loto ou thés dansants sont régulièrement organisés et rassemblent des personnes âgées du quartier. Or, d'après une des animatrices intervenant souvent sur ce site, la ville de Gennevilliers est « *cloisonnée, les personnes âgées sortent peu de leur quartier. Par exemple, au club des Agnettes ce sont toujours les mêmes personnes, quelques habitants du quartier, c'est tout* ». Nous avons en effet pu constater lors de nos observations qu'un même groupe de personnes est systématiquement présent aux différentes activités. Or, si le manque de structure associative est en effet rapporté par certaines des personnes enquêtées, c'est avant tout l'absence de commerces de proximité qui préoccupent les habitants des Agnettes. En effet, environ deux tiers des enquêtés de ce quartier se plaignent de l'absence, ou plutôt de la disparition, des commerces de proximité de leur quartier. Enfin, une part importante des personnes rencontrées dans ce quartier regrette les liens sociaux qui animaient selon eux le quartier par le passé. L'âge des personnes et l'isolement familial de certaines, la non-fréquentation de lieux pourvoyeurs de liens sociaux (écoles ou associations) doivent être pris en compte dans l'analyse de ces discours. Or, comme l'illustre cet extrait d'entretien, il apparaît que la baisse d'influence du parti communiste à l'échelle locale (comme nationale) constitue aussi un facteur du changement des rapports sociaux locaux : *« Gennevilliers c'était un village. C'était, car aujourd'hui c'est fini. Cela tournait autour du village d'ailleurs. Il y avait des comités de quartier. Il y avait une vie, les choses qui n'allaient pas, et bien ça remontait à la mairie. Oui, il y avait des comités de quartier et des cellules. On ne cache pas que l'on est communiste c'était une grande famille.* […] *ce qui faisait la vie de quartier c'est qu'il y avait des réunions de cellule, et il n'y en a plus* » (femme, 70 ans, Agnettes, Gennevilliers). Ce militantisme se traduisait à Gennevilliers (comme dans l'ensemble de cette banlieue rouge) par du porte-à-porte, des réunions régulières, des points fixes dans l'espace public pour la distribution de journaux,

la tenue de stands sur les marchés, etc. Évènements qui supposaient à la fois une animation sur le quartier et des liens entre ses habitants.

Si les quartiers des Agnettes et des Squares s'inscrivent dans des contextes communaux fort différents, certaines dimensions de ces dynamiques associatives leurs sont communes.

> « *Vous voyez ce qui se passe au Pont-de-Sèvres, il y a des activités, des associations, il y a un club sénior, et ici il n'y a rien, absolument rien* […] *Avant c'était un petit village. Aujourd'hui le vivre ensemble il devient très difficile. Chacun vit pour soi* » (homme, environ 50 ans, habitant du quartier des Squares, président de l'amical des locataires et d'une association du quartier).

Cet extrait d'entretien en résume bien d'autres : les quartiers du Pont-de-Sèvres et des Squares sont considérés très différents l'un de l'autre. Le quartier des Squares est très souvent qualifié d'espace « *délaissé* », « *oublié* » des associations, voire de la municipalité. Le centre social y possède un local, mais ouvre ponctuellement seulement, la bibliothèque de l'Oiseau-Lyre a créé une antenne aux Squares après s'être développé aux Pont-de-Sèvres. Enfin, l'une des seules associations du quartier semble avoir des difficultés à s'adresser autant aux hommes qu'aux femmes (3.1.3).

Bien que ce quartier soit également situé à proximité des anciens terrains Renault, rares sont les allusions à cette partie de l'histoire de la ville dans les entretiens. Ce constat peut s'expliquer par la mobilité résidentielle. Les anciens ouvriers de chez Renault habitant le quartier ont pour beaucoup laissé la place à une population plus jeune, pour beaucoup d'origine étrangère, très précaire, provenant de l'ensemble de la région parisienne. Cohabitent aujourd'hui des personnes âgées installées depuis des décennies dans le quartier (en 2009, 51 % des habitants est installé depuis 10 ans ou plus, contre 74 % au Pont-de-Sèvres) et des foyers plus jeunes, avec enfants et plus fortement concernés par des difficultés économiques. Aux problématiques financières de nombreux ménages, s'ajoute la stigmatisation dont le quartier fait l'objet. De récentes affaires de trafic de drogue et d'expulsions de locataires ont fait la une de journaux et semblent gravées dans la mémoire collective locale. Un habitant, ancien conseiller de quartier, résume ainsi la situation : *« dans le conseil de quartier quand je parlais des Squares, alors que certains conseillers habitent à 100 mètres d'ici, ils ne sont jamais rentrés ici parce que pour eux c'est un coupe-gorge. […] Alors je les ai invités un samedi matin, j'ai fait un café, des croissants pour leur dire aux Squares il n'y a pas de violence ».* Une des médecins travaillant au Pont-de-Sèvres connaît bien les deux quartiers, pour elle *« ce n'est pas pareil. Il y a des gens d'ici* [Pont-de-Sèvres] *qui ne veulent pas y aller, par exemple si on leur offrait quelque chose là-bas* [aux Squares] *ils ne voudraient pas. Je connais des gens des Squares ils ne*

sont pas euh, mais il y a une réputation qu'il est très difficile à changer ». À l'image des travaux de Jacques Brun ou de Loïc Wacquant consacrés au processus de ségrégation urbaine, il convient d'articuler l'analyse des dynamiques territoriales observées et les discours sur ces espaces. Les personnes « de l'extérieur » définissent des frontières marquées et fixes, en y associant une série de clichés stigmatisants ; alors que bien souvent ces territoires sont multiscalaires, connectés et définis par leurs habitants d'une façon différente. Or, aux Squares, le nom donné au quartier par la majorité de ses habitants est un symbole d'une réappropriation de la stigmatisation dont il fait l'objet. En témoignent les extraits d'entretiens suivants : « *Je dis toujours la cité, ce n'est pas beau, il parait que ce n'est pas beau à dire, mais bon cela a toujours été la cité* » (femme, 71 ans, Squares, Boulogne-Billancourt) et « *Je dis que j'habite à la cité. Il y en a qui disent la résidence, mais c'est pas une résidence, dans une résidence on ne paye pas le même prix* » (femme, 76 ans, Squares, Boulogne-Billancourt).

Enfin, si la mauvaise réputation du quartier est souvent évoquée par ses habitants, parfois moquée et réappropriée, elle est aussi associée à un attachement à celui-ci, et plus précisément à sa cour d'habitation. Chaque cour, ou square se distingue par son ambiance, sa propreté ou la visibilité de son couple de gardiens (encadré n°14).

Encadré n°14 : des couples de gardiens pivots et reflets d'un quartier

Loge du 1 Square des Moulineaux : Originaire du Nord de la France, ce gardien est en poste depuis plus de 10 ans. Il déclare aimer son métier. Il connaît bien ses locataires et estime avoir de bonnes relations avec eux. Il rend souvent des services à certaines personnes très âgées résidant dans sa cour : il va leur chercher une baguette, leur monte les courses, etc.

Loge du 37 Square des Moulineaux : C'est « *la plus grande et la plus sale* » confient le couple de gardiens de cette cour, également originaires du Nord. Elle tient l'accueil à la loge, s'occupe de la partie administrative de leur travail alors que son mari « *s'occupe plus de tout ce qui est technique* », c'est-à-dire l'entretien des parties communes, le nettoyage de la cour, etc. Elle et son mari aiment l'ambiance du quartier et leur travail. Ils ont de bonnes relations avec les locataires, et d'autant plus avec certaines personnes. Cette gardienne estime qu'il y a « *beaucoup de choses dans le quartier* », elle me cite la bibliothèque associative, la crèche et le *T'Café* (mais elle n'y va plus de peur que les gens disent qu'elle ne travaille pas, elle a déjà été victime de rumeurs sur le fait qu'elle et son mari profiteraient de la mort de l'héritage de personnes âgées, donc elle se méfie des rumeurs). Or, elle constate que peu de personnes participent, et que seules des femmes se rendent au *T'café*.

Loge du 10 Square de l'Avre : Ce couple de gardiens est en poste depuis deux ans. Si lui apprécie son travail et le quartier, ce n'est pas le cas de sa femme. Elle « *ne se sent pas très bien ici* », mais « *cela n'a rien avoir avec les gens, les habitants sont charmants, respectueux* » précise-t-elle. Elle apprécie avoir pu mettre des décorations de Noël devant la loge sans que ces derniers ne soient « *saccagés ou volés* » ou bien être dehors, et non pas enfermée dans un bureau. Cependant, elle se sent « *enfermée* […] *mal à l'aise entre les bâtiments* ».

Loge du 19 Square de l'Avre : Ce couple de gardiens, également originaire du Nord, est en poste dans le quartier depuis 13 ans. Elle est fille de gardien, lui non. Ils se plaignent beaucoup de leurs conditions de travail. D'après elle « *le travail à beaucoup changé. Il n'y a plus de respect pour les gardiens* ». Lui se plaint davantage du manque de considération des habitants et des rapports conflictuels avec ses supérieurs (on lui ôte des responsabilités et on lui ajoute des travaux peu intéressant et ingrat : « *il y a beaucoup plus de balayage par exemple* »). Lors des conflits liés aux expulsions de familles du quartier, certains de leurs rapports seraient parvenus à « *des jeunes du quartier* ». Or, « *on pensait que les rapports étaient confidentiels. On a payé cher les conséquences* » (on leur a dégradé deux fois leur voiture). Le règlement de la cité ne serait pas respecté, mais « *maintenant je mets des œillères, car je ne veux pas mettre en danger mes biens et ma famille* ».

Ces témoignages nous semblent emblématiques de la diversité des discours recueillis et de nos analyses de l'organisation sociale de ce quartier. Pour certains, espaces de replis et de mal-être, pour d'autres, lieux d'échanges de services et de rapports amicaux entre voisins d'une cour. Si *la cité* se démarque du reste de la ville, comme du quartier du Pont-de-Sèvres, elle semble également être le support de représentations et de vécus divers.

… au manque d'implication des habitants

Alors que les habitantes du quartier des Squares semblent préoccupées par le manque d'activités proposées, mais surtout par la « *dégradation* » de leurs conditions de vie (insécurité, bruit, pannes d'ascenseur récurrentes, etc.), les acteurs associatifs et professionnels intervenants sur le quartier pointent du doigt le « *repli sur soi* » et le « *manque d'engagement* » des habitants de ce quartier. Une des employées du centre social estime ainsi avoir beaucoup de mal à mobiliser les habitants de ce quartier : « *On n'y arrive pas* […] *c'est très communautaire là-bas* ». Une de ses collègues confirme « *les gens là-bas ne sortent pas, c'est pas pareil, ils ne cherchent pas à faire des liens avec les autres, ils arrivent chez eux et ils n'en sortent pas* ».

La forme architecturale du quartier des Squares (immeubles ouverts exclusivement sur l'une des quatre cours et non sur la rue, système de coursives et de porches entre les squares) ainsi que son organisation sociale (non-communication supposée entre les habitants des différentes cours), la concentration de ménages cumulant des difficultés économiques ou bien la quasi-inexistence d'association sont considérés par les acteurs rencontrés comme facteurs de leurs difficultés à mobiliser la population. La chargée de la démocratie locale à la mairie de Boulogne-Billancourt (ancienne directrice du service santé de la ville) estime par exemple que « *le quartier, son environnement, le bâti, tout ça, c'est oppressant* ». Cette professionnelle compare le quartier à celui du Pont-de-Sèvres estimant qu'il faudrait rénover les Squares, « *ouvrir le quartier* ». Lorsqu'elle travaillait en tant que psychologue au service santé de la ville, elle a participé à des actions de sensibilisation à la santé dans l'annexe du centre social du quartier des Squares. Or, d'après elle « *cela n'a pas marché du tout* » estimant que le problème réside dans la localisation de l'antenne du centre social. Il est « *en dehors* » du quartier (en effet les locaux du centre social sont situés sur les quais et non dans les Squares). L'absence de participation des individus serait notamment liée à la localisation de ces locaux. De la même façon, le responsable de la politique de la ville, estime que le « *manque* » de participation des habitants de ce quartier aux activités proposées par le centre social, et le mal-être dont il témoigne doit être analysé au regard des difficultés économiques de la population, mais aussi, de la forme du bâti (qu'il distingue de celui du Pont-de-Sèvres, quartier pourtant caractérisé par des indicateurs socio-économiques similaires) : le quartier est « *coincé entre le cimetière et le Boulevard* » et les bâtiments sont tournés vers les cours intérieures.

Dans le quartier gennevillois des Agnettes, alors que les habitants rencontrés font avant tout part de leur nostalgie d'un quartier perdu (perte des liens sociaux, peur du nouvel éco-quartier, fermeture des commerces de proximité, etc.) et du manque de commerces ou locaux associatifs, les professionnels

rencontrés soulignent le « *manque de participation* » de la population. Ainsi, d'après le directeur de l'antenne de quartier « *c'est difficile pour l'antenne, mais aussi pour les autres services, on ne sait pas par où commencer, c'est une savonnette ce quartier, tout glisse.* […] *tout demande beaucoup d'effort* ». Par exemple, des repas de quartier ou des concerts sont organisés, mais « *personne ne vient* » regrette-t-il. Selon l'agent de développement du quartier, le conseil de quartier, un autre exemple de la moindre participation des habitants du quartier. À Gennevilliers, un conseil de quartier est, théoriquement, composé de six élus, six habitants tirés au sort et six habitants volontaires. Cependant, aux Agnettes ce conseil n'est jamais complet (en 2014, six à huit personnes sont présentes). Enfin, très peu nombreux, les habitants participant au conseil sont aussi déjà impliqués dans d'autres champs de la vie de la commune (dans des associations par exemple).

Ces quatre quartiers ne possèdent donc ni les mêmes histoires ni les mêmes compositions socio-démographiques et dynamiques actuelles. Différentes classes sociales ont toujours cohabité dans le quartier du Pont-de-Sèvres, aujourd'hui affecté par l'arrivée massive de populations aisées dans l'éco-quartier voisin. Les populations des quartiers du Luth et des Squares ont quant à elles beaucoup évolué : suivant un parcours classique de paupérisation, ces quartiers ont peu à peu été délaissés par les cadres, professeurs et artistes qui y logeaient jusqu'aux années 80-90. L'arrivée de nouvelles populations, en grande difficulté économique, a bouleversé les anciens modes de socialisation micro-locaux. Or, si le quartier du Luth, est aujourd'hui caractérisé par une nouvelle dynamique (mixité des logements, réintroduction de commerces de proximité, renouveau du tissu associatif, etc.) cela n'est pas le cas du quartier des Squares. Le quartier du Luth (comme du Pont-de-Sèvres) bénéficie en effet de moyens financiers importants de par son classement en ZUS, dont une partie est allouée au développement de la vie sociale et associative, ce qui n'est pas le cas du quartier des Squares. Enfin, le quartier des Agnettes apparaît fortement marqué par l'absence de structures pérennes de socialisation mixtes et mobilisatrices.

3.1.3. Femmes, (hommes) et instances locales de socialisation

Dans la continuité des travaux de géographes sur l'occupation genrée de l'espace public (Bard, 2004 ; Massey, 1994 ; Raibaud, 2012), nous posons l'hypothèse que les instances locales de socialisation _potentiels relais de messages de prévention_ sont perçues et appropriées différemment par les hommes et les femmes. Nous posons également l'hypothèse que ces processus d'appropriation se déclinent différemment selon les territoires.

Les femmes usagères majoritaires des structures

Dans le quartier du Pont-de-Sèvres, l'Association des femmes africaines, l'Association des femmes méditerranéennes, l'association Femmes du monde, l'association Échalote (cours de cuisine), le Club des brodeuses sont des exemples de la place spécifique des femmes dans la vie associative locale. Ainsi alors qu'un groupe de femmes discutent lors d'une matinée *T'Café* du centre social du quartier, l'une d'entre elles déclare, cherchant le nom d'une nouvelle association du quartier : « *c'est quoi déjà le nom ? Femmes convi, non femmes, ah je ne sais plus. C'est femmes quelque chose en tout cas* ». Une seconde femme présente complète son propos : « *Oui c'est toujours femmes quelque chose les associations ici* [Rire] ». Ces associations s'avèrent en effet des lieux de socialisation essentiellement féminins.

Les activités proposées par le centre social implanté dans le quartier regroupent majoritairement, voire, dans certains cas, uniquement des femmes. Comme nous l'avons constaté lors de notre terrain, si trois hommes sont régulièrement présents lors des petits-déjeuners hebdomadaires intitulés *T'café*, le reste des usagères de ce moment d'échange sont des femmes. En effet, ces femmes, pour la majorité d'entre elles sans emplois (ou bien travaillant à temps partiel et en horaires décalés : le matin très tôt et le soir tard), s'y retrouvent tous les mardis matin. La recherche d'emplois, la famille, la cuisine et la santé sont les thèmes les plus souvent abordés. Il s'agit pour les animatrices du centre social de proposer un espace, d'expression et d'échanges, qui, de fait, est devenu un espace de socialisation entre femmes. Enfin, si toutes les associations du quartier ne visent ou ne mobilisent pas un public exclusivement ou majoritairement féminin, un grand nombre est présidé par des femmes. C'est le cas de l'Amicale des locataires, de la bibliothèque associative du quartier (l'Oiseau Lyre), de l'association Aquitaine-Forum ou bien du regroupement d'associations Alliance-Forum notamment.

Le cours de gymnastique proposé par la salle de sport gérée par le centre social du Pont-de-Sèvres est également un moment d'échange privilégié entre femmes. Les séances du matin sont intitulées « Gym Sénior », mais elles sont fréquentées par autant de femmes âgées que de femmes de 30-40 ans. Après lui avoir fait remarquer ce décalage entre le nom de la séance et son public effectif, le responsable des activités sportives de la structure déclare : « *c'est pareil, ça vise des personnes qui ne sont pas très physiques, elles ont besoin de se bouger, de sortir de chez elles. C'est vrai que c'est plutôt un cours de femmes en fait* ». S'opère donc un glissement de la catégorie « sénior » à celle de « femme ». Le critère de l'âge est omis au profit de la faible habitude à pratiquer une activité physique et d'un besoin supposé des femmes à sortir de leur domicile.

Les activités proposées par le centre social et culturel du Luth (espace Aimé Césaire) sont, comme au Pont-de-Sèvres, majoritairement appropriées par des femmes. Par exemple, les cours d'alphabétisation proposés deux fois par semaine, les séances d'activité manuelles, ou bien les matinées d'échanges (similaires aux *T'Café* boulonnais) sont exclusivement fréquentés par des femmes. Une des intervenantes sociales constate en effet qu'il n'y a pas non plus d'hommes au centre culturel. D'après elle « *ils pensent que le centre culturel c'est pour les femmes, je ne sais pas pourquoi* ». Moins marquée que dans le quartier du Pont-de-Sèvres, la place des femmes dans les associations y est tout de même remarquable. Deux associations de femmes sont particulièrement actives dans le quartier : Les Voisines du Luth et les Locoms'.

Les Locom's est une association créée en 1992. Son nom fait référence à celui de la rue où était initialement situé le local (rue des Lots Communaux). Il s'agit d'un groupe de femmes. Les deux fondatrices de l'association insistent sur ce point, car « *c'est important d'avoir une association de femmes, d'avoir un lieu pour elles, enfin pour nous* ». Des femmes s'y réunissent régulièrement pour faire du bricolage, des activités manuelles, ou simplement discuter. Aucun professeur ou intervenant extérieur n'est sollicité, cette association fonctionne sur le principe de l'échange de compétence et l'entre-aide mutuelle. La majorité des femmes fréquentant cette association est âgée entre 50 et 65 ans, toutes résidant dans le quartier.

Contrairement à la précédente, l'association *Les voisines du Luth* ne recherche pas la non-mixité, or, comme en témoigne l'une de ses fondatrices « *c'est vrai qu'il y a plus de femmes. En général ce sont elles qui sont les plus actives sur le quartier* ». Non souhaitée, la composition du public de cette association est finalement essentiellement féminine. L'association est active depuis plus de dix ans sur le quartier. Initialement plus nombreuses, deux femmes sont aujourd'hui impliquées de façon pérenne dans l'association. Elles participent, en partenariat avec l'antenne de quartier et le conseil de quartier, à la fête des voisins, au carnaval, à des journées d'animation thématique, des soirées musicales, etc. L'association a également monté un restaurant solidaire[52], et, depuis 2013, coordonne le premier jardin partagé du quartier du Luth.

[52] Leur projet est né de l'envie « *de faire de l'échange intergénérationnel* » et « *de faire plaisir aux personnes qui ne peuvent pas aller au restaurant* ». Elles sont aujourd'hui en contact avec la maison de la solidarité, la résidence pour personnes âgées du quartier (la résidence Camille Cartier) ainsi que des familles et des couples du quartier. À chaque repas, entre quinze et vingt personnes bénéficient ainsi d'un menu complet (entrée, plat, dessert, café) pour seulement deux euros. Le service est assuré par des « *jeunes du quartier en difficultés* ».

Enfin, à Gennevilliers, la fréquentation des jardins partagés illustre également la place occupée par les femmes à l'échelle du quartier. Ces espaces s'avèrent en effet majoritairement féminins (inversement, les hommes sont majoritaires dans les jardins familiaux)[53]. Les femmes sont investies dans le jardinage, l'entretien, les récoltes des jardins partagés gennevillois, mais elles sont aussi, et souvent, à l'initiative de ces projets (Dupont and al. 2016). Dans le quartier du Luth, le jardin partagé a été conçu, et est aujourd'hui géré, par l'association *Les voisines du Luth*. Les Gennevilloises rencontrées dans ce jardin portent une attention particulière à cette forme de socialisation, ainsi qu'aux liens qu'elles tissent avec d'autres femmes au sein du jardin. Si cette non-mixité n'est ni un principe fondateur du projet ni une situation recherchée par les participantes, elle est souvent appréciée par les jardinières. À l'image de l'extrait d'entretien suivant, des femmes déclarent en effet apprécier ces temps d'échanges entre femmes : « *C'est bien de se retrouver ici, c'est comme une thérapie. Et il n'y a pas de bonhomme pour nous embêter* » (femme, 70 ans, Agnettes, Gennevilliers). Certaines rappellent qu'elles jardinent avant tout « *entre copines* ». Les mêmes constats apparaissent de l'analyse des modes de gestion et de fonctionnement du jardin partagé du quartier des Agnettes.

Comme dans le quartier du Luth, les cours d'alphabétisation proposés deux fois par semaine par l'antenne de quartier des Agnettes sont exclusivement fréquentés par des femmes, et l'une des animatrices de l'association des personnes âgées de la ville de Gennevilliers (AGIR) constate qu'il y a beaucoup moins d'hommes que de femmes parmi les personnes inscrites aux activités proposées. De plus, les hommes inscrits ne participeraient pas aux mêmes activités que les femmes (ils vont davantage au bowling, jeux de cartes). Enfin, d'après elle, « *les hommes qui viennent le font parce qu'elles* [leurs épouses ou compagnes] *sont à AGIR* […] *il n'y pas quasiment pas d'hommes célibataires* ».

Dans le quartier des Squares, les lieux de rencontre sont rares, mais les structures associatives sont également principalement non mixtes. Par exemple, alors que seules des femmes sont présentes aux petits-déjeuners organisés deux fois par mois par le centre social, les hommes sont les uniques usagers d'une salle mise à disposition par une des seules associations du quartier. Malgré l'ouverture affichée par son président, ce sont finalement des hommes qui jouent aux dominos ou aux cartes. Une des

[53] Les résultats concernant les jardins partagés gennevillois sont issus d'un travail collectif mené avec Corinne Luxembourg et Angélique Dupont, dans le cadre du projet de recherche *La ville côté femmes*. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de membres des associations initiatrices et gestionnaires des différents jardins gennevillois et auprès d'usagers et usagères, d'habitants et habitantes. Les résultats issus de phases d'observations participantes (réunions liées à la gestion des jardins, participation au jardinage, réunions publiques d'information) complètent cette approche qualitative. Enfin, le recensement des jardins gennevillois, l'appréciation de leur développement et de leur histoire est issue de récits de professionnels et documents d'archives.

habitantes du quartier regrette cette séparation, et se plaint du manque d'activité pour les femmes : « *on voulait faire des cours de cuisine, cela aurait été sympa. Ils ont récupéré un appartement, donc l'après-midi ils viennent jouer aux cartes, il y a des femmes qui aimeraient jouer aux cartes* [...] *Et bien non, non, c'est les hommes, que les hommes, les femmes ne peuvent pas* ». Des femmes sont impliquées dans cette association, mais uniquement dans le cadre des cours d'alphabétisation (comme élèves, mais aussi comme professeures bénévoles).

Le centre social de la ville de Boulogne-Billancourt possède un local dans le quartier des Squares, mais celui-ci ouvre ponctuellement seulement et seules des femmes sont présentes aux *T'Café* organisés deux fois par mois (photographie n°13).

Photographie n°13 : Les T'café de l'antenne du centre social aux Squares : espace de convivialité entre femmes



Sources : E. Faure, juin 2014.

Une des animatrices de ce centre social estime que « *ce sont uniquement des femmes, de la même tranche d'âge, de la même communauté, voire du même pays. Le groupe n'évolue pas, dans le sens où il n'y a pas de nouvelles personnes, et les personnes présentes sont peu actives. Elles ne proposent pas grand-chose. C'est un peu frustrant* ». Cet échange a lieu au printemps-été 2013 lors de la première partie du terrain boulonnais. Lors de la seconde partie de celui-ci (en juin 2014), les mêmes intervenantes sociales travaillent dans le quartier. L'une d'elles confiera alors : « *on a toujours autant de mal à mobiliser les habitants des Squares* ». Une nouvelle action a donc été mise en place : des repas partagés de 18h30 à 21h. D'après l'animatrice, *« c'est pour essayer de toucher tout le monde, les maris par exemple* ».

Les « vedettes » des quartiers

Dans le quartier du Pont-de-Sèvres, et dans une moindre mesure au Luth, la prédominance des femmes dans la sphère associative est portée par quelques figures du quartier. En effet, certaines femmes sont de

véritables personnalités. Actrices *multi-casquettes* (Gumuchian et al. 2003), elles cumulent plusieurs statuts : habitantes de longue date, présidente d'une association, ancienne présidente d'une autre association, rédactrice de la gazette du quartier, etc.

> « *Ce quartier est un quartier très riche. Je pense que c'était ça. Vous allez voir B*[54]*., A., A. certainement aussi. Ce sont un peu les vedettes du quartier.* [Rire] *Elles travaillent dans des domaines différents. B. est plutôt du côté des locataires, qui défendent les locataires. A. s'occupe beaucoup plus de l'enfance, de la petite enfance. Il y a aussi l'association des familles insertion (AFI) avec G.* […] *A. c'est une vedette. C'est un pilier. Elle a un don de rassemblement* » (Présidente de l'association Aquitaine-Forum)

Le statut particulier de certaines femmes du quartier du Pont-de-Sèvres (nous en identifions cinq) est à la fois reconnu par les autres membres du réseau d'acteurs associatifs, par les professionnels et des élus ; mais également par un grand nombre des habitants et habitantes rencontrés.

> « *Cela fait 30 ans que je suis là. Je suis bien. Je connais tout le monde ici. Quand vous dite J. tout le monde connaît* » (femme, 51 ans, Pont de sèvres, Boulogne-Billancourt)

> « *Il y a Mme D., vous voyez ? Une personne âgée, une enseignante. Tout le monde la connaît ici. C'est une femme qui observe beaucoup j'ai remarqué ça. Elle vient de temps en temps au T'café. Elle n'arrêtait pas de m'observer. C'est des trucs d'enseignante ça. Elle observe beaucoup le quartier. Mais du coup elle sait beaucoup de choses, elle connaît beaucoup de gens aussi. Elle a son association aussi* » (femme, 63 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt)

Comme au Pont-de-Sèvres, certaines femmes résidant dans le quartier gennevillois du Luth (deux, voire trois femmes) sont impliquées dans différentes associations. Elles ont été à l'initiative de nombreuses structures ou évènements sur le quartier (création d'associations, organisation de permanences d'accès aux droits, soutiens administratifs à des familles du quartier en grande difficulté, création d'un des jardins partagés, etc.). Cependant, la reconnaissance de ces femmes est moins généralisée et partagée à l'échelle du quartier.

N'apparaît aucun équivalent masculin à des « *vedettes du quartier* » caractérisant l'organisation sociale du quartier Pont-de-Sèvres, et dans une moindre mesure celui du Luth.

[54] Les prénoms cités dans cet extrait d'entretien ont été anonymisés, mais il est important de noter que tous sont des prénoms féminins.

Les hommes : entre absence et séparation

L'apparente absence des hommes et la non-mixité des espaces ne sauraient résumer l'ensemble des situations.

Dans le quartier du Pont-de-Sèvres par exemple, les hommes sont très peu invertis dans la sphère associative or certains participent à certaines activités du centre social du quartier. Les jardins familiaux ou bien le salon de thé à côté de la mosquée, le bar du quartier ou bien une partie du club de sport du centre social sont également investis par des hommes. En effet, alors que la séance « Gym Sénior » mobilise essentiellement des femmes (3.1.1.), la salle de musculation gérée par le centre social, également réservée aux personnes âgées en matinée, est quasi exclusivement occupée par des hommes. Or, si la majorité d'entre eux peut en effet correspondre à ce que l'on nomme la population des séniors, certains sont bien plus jeunes. Comme pour les cours de gymnastique, le critère du sexe prime, dans les faits, sur celui de l'âge initialement établi par la structure. Enfin, dans ce quartier, les hommes sont également surreprésentés parmi les personnes engagées dans l'association des anciens travailleurs de chez Renault[55] (ATRIS). Cependant, encore très active il y a quelques années, l'association est aujourd'hui affectée par le manque de disponibilité de certains anciens membres ainsi que la mobilité résidentielle des anciens travailleurs de l'usine Renault-Billancourt.

Nous l'avons montré, dans le quartier des Squares, les hommes sont également les uniques usagers d'une salle de jeux mise à disposition par une des seules associations du quartier. L'amicale des locataires de la cité est quant à elle relativement mixte. De la même façon, la fréquentation le club sénior du quartier des Agnettes ou bien des après-midis d'ouverture du local occupé par l'association Unité Gavroche au rez-de-chaussée de la barre Victor Hugo, sont relativement mixte.

À la fréquentation non mixte des espaces de socialisation des quartiers gennevillois et boulonnais étudiés correspondent donc des moments d'échanges « *entre femmes* » dans certains lieux, et « *entre hommes* » dans d'autres. Erving Goffman analyse la co-présence des sexes comme « *un type de relation sociale bien particulière, entre ségrégation et indifférenciation, où les femmes et les hommes sont ensemble-séparés* » (Goffman 2002, p.36). L'expression « *ensemble-séparés* » est représentative de l'usage de ces instances de socialisation en ce qu'elle permet de penser les rapports sociaux de sexe dans l'espace.

[55] Bien que les hommes aient été majoritaires parmi les travailleurs à la chaine de l'usine Renault Billancourt, les femmes étaient également présentes dans la masse salariale du site comme de l'entreprise de façon générale. Elles représentaient par exemple 32 % des effectifs d'ouvriers du site de production de Billancourt en 1918 (Collectif 2001).

Encadré n°15 : Genre de l'enquêtrice et genre de l'enquête, proposition méthodologique

Il convient d'attirer l'attention sur un élément méthodologique : l'influence du sexe, et du genre de la chercheuse sur le déroulement du terrain, et son accès à l'information. Je considère qu'étant une femme, j'ai majoritairement et plus facilement eu accès à des lieux de socialisation féminine. Si dans le cas des associations ce facteur est moins « discriminant », il l'a certainement été dans l'accès aux groupes de pairs informels. Je ne peux donc pas affirmer que la santé n'est pas un sujet animant les conversations entre hommes. Certains entretiens ou quelques observations le prouvent, les hommes parlent de santé à la salle de sport, au club de rugby ou bien au jardin. Mes résultats mettent cependant en valeur la séparation des espaces de dialogue, l'importance de la santé dans le fonctionnement des lieux de socialisation comme de leur utilisation par les femmes. Cette limite est récemment instruite par la littérature (Monjaret, Pugeault 2014 ; Prieur 2015). Or, ne serait-il pas aussi possible d'envisager des méthodologies originales permettant d'interroger plus finement les effets du sexe et du genre du chercheur ou de la chercheuse sur les données obtenues et les résultats produits ? Par exemple, pourquoi ne pas envisager de mener une même recherche, un même terrain (et tout l'enjeu réside dans notre capacité, et la possibilité de cette similarité) en binôme homme/femme ? Des lieux seraient peut-être ainsi accessibles, des données relevées ou des résultats retenus par l'un et non par l'une, et inversement.

Nous avions posé deux hypothèses selon lesquelles ces instances locales de socialisation sont perçues et appropriées différemment par les hommes et les femmes, et ces processus d'appropriation se déclinent différemment selon les territoires (3.1.3 de ce chapitre). Nos résultats montrent que les instances locales de socialisation (potentiels relais de message de santé publique, et témoins de l'organisation territoriale de ces quartiers) sont en effet perçues et appropriées différemment par les hommes (quasi-absent ou occupant des espaces spécifiques (sportifs ou ludiques) majoritairement en non-mixité) et les femmes (très présentes, et parfois initiatrices et présidentes de structures). Les femmes occupent, dans les quatre quartiers ciblés, une place prédominante, bien que différente, dans la vie associative locale.

Nos résultats s'inscrivent ainsi dans la continuité de travaux analysant les pratiques féminines et masculines de l'espace, dont ceux plus spécifiquement consacrés aux personnes âgées (Pennec 2004 ; Peixoto 1994). En effet, si les pratiques urbaines des populations les plus âgées se distinguent selon les

générations, elles apparaissent également fortement marquées par la séparation de territoires masculins d'une part et féminins d'autre part (Peixoto 1994). Par exemple, certaines activités collectives réservées aux retraités (voyages, activités physiques ou manuelles) se caractériseraient par divers processus de ségrégation, mais s'avèrent fortement investies par les femmes (Peixoto 1994). Toutefois, la comparaison des quartiers du Pont-de-Sèvres, des Squares, du Luth et des Agnettes indique également que ces processus se déclinent différemment selon les territoires et s'inscrivent dans des dynamiques locales originales (tableau n°22).

Tableau n°22 : Place des femmes dans les instances locales de socialisation gennevilloises et boulonnaises

	Boulogne-Billancourt		Gennevilliers	
	Luth	Agnettes	Pont-de-Sèvres	Squares
Femmes usagères de ces espaces de socialisation	**xxx**	**x**	**xxx**	**xx**
Femmes présidentes de structures associatives	**xx**	_	**xxx**	_
"Vedettes" du quartier	**x**	_	**xxx**	_

Sources : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

Dans les quartiers du Luth et du Pont-de-Sèvres, caractérisés par une relative mixité sociale (d'autant plus au Pont-de-Sèvres qu'au Luth (1.4.2. du chapitre 2)), par un réseau associatif ancien, dense et dynamique et un fort sentiment d'appartenance, les femmes sont les principales usagères des structures, et souvent présidentes d'associations. Inversement, les quartiers des Agnettes et des Squares, dans lesquels les habitants comme les acteurs sociaux témoignent du manque de structures locales de socialisation, d'un sentiment d'abandon et de dégradation de leur espace de vie, sont également avant tout caractérisés par la faiblesse du dynamisme de ces structures. Or, le quartier des Squares est le support d'une nette et problématique (pour les habitantes rencontrées et les professionnels y intervenant) séparation de ces espaces en fonction des sexes. Ce phénomène est moins marqué dans le quartier des Agnettes, où, si certaines structures s'avèrent avant tout appropriées par des femmes, les instances les plus « actives » sont mixtes (club AGIR et association Unité Gavroche). Enfin, les figures féminines locales que nous avons appelées, dans la continuité des propos recueillis sur le terrain, les « *vedettes* » des quartiers, n'apparaissent pas dans l'ensemble de ces territoires. Elles sont avant tout caractéristiques de l'organisation territoriale du Pont-de-Sèvres et, dans une moindre mesure, du Luth.

Alors qu'en France les dispositifs de « femmes relais » ont été mis en place depuis plusieurs décennies[56], principalement dans le but de promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein, nos résultats posent les questions suivantes : ces femmes, dites « vedettes » des quartiers, pourraient peut-être être des personnes relais sur lesquelles s'appuyer dans le cadre de la promotion du dépistage du cancer colorectal. Leur engagement ancien auprès de la population de ces quartiers, leur connaissance « du terrain », leur réseau et leur capacité à rassembler une diversité d'acteur locaux (habitants, habitantes et professionnels ou associatifs) le permettrait certainement. D'après la littérature, la proximité entre l'âge de la personne relais et la population ciblée est également un facteur de réussite (Buthion et al. 2015). C'est le cas de ces personnes. En effet, toutes ces femmes sont âgées de plus de 50 ans. Cependant, les modes de socialisation de la population cible du dépistage résidant dans ces quatre quartiers sont principalement non-mixtes. Cela pose la question de l'identification et la mobilisation des homologues masculins à ces figures féminines locales, potentiels relais d'information en matière de santé. Car si l'adaptation aux contextes locaux est considérée comme gage de réussite d'un programme de santé publique, c'est-à-dire d'une plus ample diffusion de l'information, et ce sans accroitre les inégalités, alors la présence d'hommes devra être envisagée, interrogée.

À notre connaissance, en France un seul projet a exploité un tel dispositif dans le cadre de la promotion du dépistage du cancer colorectal : le programme de recherche interventionnelle COLONAV. Financé par l'INCA et la Ligue Nationale contre le Cancer, il vise à évaluer le déploiement de personnes relais (hommes comme femmes) dans différents quartiers populaires dans le but de promouvoir le dépistage du cancer colorectal. Toutefois, ces personnes relais (des « *navigators* », inspirés de méthodologies anglo-saxonnes) ne sont pas des habitants du quartier (chaque personne est en charge de plusieurs quartiers d'un même département). Sur les cinq personnes recrutées, trois sont des hommes (Buthion et al. 2015). Or, nous ne disposons, dans les différents documents publiés, d'aucun élément nous permettant d'évaluer l'éventuel impact de cette mixité des personnes relais.

Nous proposons à présent d'analyser ces contextes (boulonnais et gennevillois) en tant que supports d'actions visant explicitement à promouvoir la santé et le dépistage organisé du cancer colorectal.

[56] Les « femmes-relais », ou « adulte-relais » existent dans certaines communes françaises dès les années 1980, mais c'est en 1999 que cette « fonction » (certains parlent de profession, nous ne prenons pas part ici à ce débat) est institutionnalisée dans le cadre de la seconde étape de la politique de la ville (Plantet 2000).

3.2. Les femmes au cœur des discours et des pratiques locales de promotion de la santé

Les marchés, locaux associatifs ou antennes de quartiers sont autant d'espaces de diffusion de messages de prévention santé mobilisés par les acteurs gennevillois et boulonnais. Or, à l'exception des foyers de travailleurs migrants (2.3.3), ces lieux s'avèrent être majoritairement fréquentés par des femmes.

3.2.1. Genre et santé à l'échelle locale

Si dans ces quatre quartiers, aucune des associations n'est spécifiquement dédiée à la promotion de la santé, certaines structures locales sont le support d'actions formelles (ateliers ponctuels, interventions de professionnels de santé, etc.) comme d'échanges plus informels sur cette question.

Femmes et instances de socialisation : la santé au cœur des pratiques

Les instances locales de socialisation s'avèrent propices à la circulation de message de santé publique comme de savoirs profanes sur la santé. Cette circulation s'opère le plus souvent entre femmes. Les après-midis et soirées passées dans le local de l'Association des femmes africaines du quartier du Pont-de-Sèvres, des *T'Café* du centre social (au Pont-de-Sèvres comme aux Squares), des après-midis de bricolage dans le local des Locoms' ou bien de jardinage avec les adhérentes des Voisines du Luth en témoignent. Des adresses de professionnels de santé, des remèdes *faits maison*, des produits rapportés de l'étranger ou bien des conseils diététiques sont ainsi échangés entre femmes.

Ces espaces de socialisation sont également des lieux d'expression d'un certain mal-être. Le chômage, les difficultés à trouver un emploi, l'ennui, la solitude ou bien la prise de poids sont des sujets récurrents des temps et lieux d'échanges entre femmes. D'après l'une des animatrices du *T'Café* du centre social du Pont-de-Sèvres « *il y a beaucoup de mal-être, des dépressifs et des gens paumés sur le quartier* ». Cette travailleuse sociale estime le percevoir au travers des discours recueillis lors de rendez-vous personnalisés (ouverture de droit, aides juridiques, etc.), mais également, et c'est ce qu'il l'a surpris, au cours d'ateliers consacrés à des activités manuelles. En effet, c'est lorsqu'elle animait les premiers « labos créatifs » qu'elle a mesuré l'ampleur du mal-être partagé par un grand nombre du public du centre social. Les participants, participantes en grande majorité, auraient eu beaucoup de mal à s'approprier le format de cet atelier (où chacune devait échanger ses savoir-faire avec les autres personnes présentes). Les premières séances ont finalement été « *utilisées* » par les personnes présentes pour échanger à propos de leurs sentiments d'échec, de solitude et de manque de savoir-faire. Cet atelier a très rapidement été transformé en atelier de travaux manuels plus classique, c'est-à-dire animé par une professionnelle. Si des savoir-

faire personnels se transmettent malgré tout, placer la personne au centre du processus s'est avéré trop compliqué, car finalement révélateur d'états jugés inopportunément dévoilés dans ce contexte.

La réorganisation des séances de « Gym Sénior » proposée par la salle de sport du centre social du Pont-de-Sèvres est également révélatrice d'un stress exacerbé. Le professeur avait initialement envisagé de consacrer une séance à la gymnastique (ou renforcement musculaire) et une seconde séance hebdomadaire à la relaxation et la sophrologie. Or, il a finalement modifié l'organisation des séances, car « *j'ai essayé, mais alors ça ne va pas du tout, les femmes s'endorment complètement lors de la séance de sophrologie. Elles sont si fatiguées. Tu sais beaucoup ici on beaucoup de problèmes, le chômage, les enfants, la santé tout ça, quand elles se relâchent elles s'endorment* ». Le quartier du Pont-de-Sèvres se démarque des trois autres espaces par la multiplicité et l'intensité des témoignages recueillis.

Enfin, les jardins partagés gennevillois, espaces de socialisation majoritairement non-mixtes, peuvent également constituer des outils de bien-être[57] des femmes dans la ville, des *therapeutic landscapes* (Milligan *et al.*, 2004) :

> « *Moi quand je viens ici ça me vide la tête, ça me fait du bien, j'oublie tout, ah oui. Oui franchement moi cela me fait un bien fou* » (femme, 58 ans, Luth, Gennevilliers)

> « *Ce jardin m'a sortie de chez moi. Je ne faisais rien de mes journées étant donné mes problèmes de santé* […] *c'est une façon pour moi de me détendre* » (femme, 76 ans, Luth, Gennevilliers).

Ce sentiment est partagé par des personnes affectées par des problèmes de santé, mais également des femmes ne déclarant aucun souci spécifique. Être à l'extérieur, réaliser une activité inhabituelle, ou bien échanger et tisser des liens avec des voisines participent ainsi au bien-être et à la santé des individus. Enfin, à l'image de cette jardinière du quartier des Agnettes, ces espaces de culture urbaine peuvent constituer une nouvelle source alimentaire, différente et accessible : « *J'ai pris conscience que l'on pouvait manger bien et pas cher* […] *Et puis le rapport à la santé. Si on veut un esprit sain dans un corps sain, il faut apporter des choses saines à son corps* ». Enfin, participer à ce type de jardinage offre aux Gennevilloises rencontrées une occasion de développer des relations sociales au sein de leur quartier. Le champ lexical de la rencontre, de l'échange et de la convivialité est en effet très présent dans les propos recueillis. Les

[57] Des études montrent que les jardins (privés, familiaux ou partagés) ainsi que la pratique du jardinage possèdent des effets bénéfiques sur la santé des individus (Duchemin *et al.*, 2010 ; Milligan *et al.*, 2004). D'après certaines études le jardinage possède des effets positifs sur la santé mentale et le bien-être des individus (Brown, Jameton, 2000 ; Patterson, Chang, 1999). Lesquels les personnes âgées seraient particulièrement sensibles aux effets relaxants et apaisants des jardins (Wells, 1997).

deux femmes les plus actives du jardin partagé du quartier du Luth estiment par exemple que ce lieu permet de tisser des liens avec des voisins trop souvent croisés dans le quartier sans même se saluer : « *C'est un lieu de rencontre le jardin. Quand on peint les bacs par exemple, et bien il y a toujours quelqu'un qui passe, qui rentre, qui discute.* […] *Les gens aiment bien, les gens passent, parfois même pas pour jardiner juste pour venir* » et « *C'est vrai qu'il y a des gens on ne se disait pas bonjour, et bien maintenant si. Il y a un monsieur qui passe tous les jours, il n'est jamais rentré, ou peut-être une fois, mais quand il passe tous les jours, il nous dit bonjour, et nous dit deux trois mots « ah bonjour, qu'est-ce qu'il est beau votre jardin »* ». Ce constat ne se limite au quartier du Luth. Des femmes rencontrées dans le quartier des Agnettes décrivent les mêmes processus : le jardin est un outil de communication à l'échelle locale. Une des usagères du jardin partagé de ce quartier déclare ainsi avoir « *une vision différente des personnes. Il y a des gens qu'on croisait juste dans la rue. C'était impersonnel. Cela a rapproché des gens qui n'avaient rien à voir, cela a créé du lien.* […] *La fête des voisins, on la fait ici, c'est vraiment un lieu de rencontre et d'échange. Moi, je dis le jardin, là, comme il est, c'est un lieu de rencontre et de partage, ça fait du bien* ».

Ces instances locales de socialisation sont des lieux de discussion entre pairs à propos de la santé (échanges de conseils, de coordonnées de professionnels de santé, partage d'expériences vécues dans le cadre de maladies ponctuelles ou du suivi de maladies chroniques, etc.). Le cancer occupe une place particulière dans les échanges que nous avons pu observer : il est très présent et sujet à des discours témoignant de la peur de beaucoup d'individus. Cependant, si « le cancer » fait l'objet de nombreuse conversation, il s'agit souvent « du cancer de madame S ou de monsieur T » sans que le type de cancer ne soit précisé. À notre connaissance, le cancer colorectal fait ainsi très peu l'objet de conversations spontanées.

Ces éléments illustrent donc la spécificité de la place occupée par les femmes dans les instances locales de socialisation, lieux d'échanges informels sur la santé. Notre analyse des pratiques professionnelles des acteurs gennevillois et boulonnais est également révélatrice de cette répartition sexuée des espaces, potentiellement relais de messages de prévention. Nous proposons à présent de présenter le rôle de ces lieux dans les stratégies des acteurs locaux de la promotion de la santé.

Promotion de la santé et instances de socialisation : les femmes au cœur des pratiques

Dans le quartier du Pont-de-Sèvres, le service de santé de la ville développe depuis quelques années des actions de promotion de la santé en partenariat avec le centre social. Nos observations, comme celles des travailleurs sociaux (appréhendées au travers d'entretiens), montrent que les thématiques et activités

choisies (hygiène, alimentation, et dans une moindre mesure pratique sportive) mobilisent majoritairement des femmes.

La « Semaine bien-être » organisée en 2013 par le centre social du quartier en est un exemple. Une socio-esthéticienne, une nutritionniste et un coach de développement personnel sont intervenus, alors que des cours de « pilates », de « renforcement musculaire » et de « sophrologie », une sortie vélo ou une soirée « zumba et buffet partagé « light » » ont ponctué la semaine. Nous ne sommes pas en mesure d'évaluer précisément le nombre de personnes ayant participé à chacune des activités ni la répartition exacte hommes/femmes du public. Cependant, cet évènement a rencontré un réel succès, et les femmes ont été très largement majoritaires durant l'ensemble de la semaine. L'animatrice a exprimé son souhait de reconduire l'expérience pour l'année suivante sous le nom de « *semaine de la femme* ». Celle-ci devrait être organisée au mois de mars, en référence à la journée internationale pour les droits des femmes, confirmant ainsi la place particulière de celles-ci dans l'initiative.

Comme en témoignent les deux extraits du document de prospective de ce centre social, intitulé « Action collective santé/bien-être et développement personnel », les femmes sont en effet les principales utilisatrices des actions menées par cette structure (encadrés orangés sur le document n°9). Ce document précise également que les activités menées dans le cadre du cycle « *Santé / Bien-être* » de la structure pourront concerner des « *rencontres thématiques avec des professionnels de santé* » des « *ateliers alimentation / nutrition* », mais aussi des « *ateliers maquillage / soin du corps / relooking* ». L'objectif du dernier atelier est de *« travailler sur « l'Estime de soi » avec des ateliers image de soi/bien-être : soin du visage, pédicure, maquillage, relooking* ».

Enfin, les ateliers santé des *T'Café* organisés par le centre social dans le quartier des Squares en 2014 ont été consacrés à la vaccination, la santé des jeunes enfants, le dépistage du cancer du sein, l'alimentation, le sommeil et le diabète. Le public (majoritairement féminin) de cette structure est ainsi conforté dans son rôle de femme gestionnaire de la santé des enfants, de l'alimentation de la famille et encouragée à soigner son corps autant que son apparence. Or, les femmes sont également accompagnées dans une forme d'émancipation et de (re)prise de contrôle de l'espace public et d'un domaine majoritairement masculin[58] : le vélo.

[58] D'après la dernière enquête nationale transports et déplacements (datant de 2008), en France 63 % des cyclistes sont des hommes.

Document n°9 : **Des ateliers santé qui se conjuguent au féminin**

La sophrologie :
Nous avons proposé aux adhérentes des aux quartier, un stage d'initiation à la sophrologie, encadré par un médecin sophrologue bénévole. Les ateliers ont eu lieu sur chaque quartier à raison d'une séance de deux heures par semaine, durant les mois de Mars, Avril et Mai 2012.

A l'origine de cette action, les adhérentes du Centre Social, ont fait remonter une demande d'activité autour du bien-être, sans parler de sophrologie, technique que peu d'entre elles connaissaient, les participantes ont émis un besoin de détente, de relaxation et également d'accéder à une plus grande confiance en soi.

Au Pont de sèvres, 14 personnes ont adhéré au stage, et 8 personnes pour les squares. Les 22 participantes étaient des femmes exclusivement.

Le sport :
Dans un second temps, les femmes du quartier des squares ont demandé à participer à des cours d'initiation au vélo, cette action participe au développement personnel de ces femmes, les valorisent et les autonomisent.
Nous avons impulsé cette activité en juin 2012, puis devant la demande du public, nous avons proposé les dimanches de Mars Avril et Juin 2013, des matinées « initiation à la pratique du vélo », avec l'encadrement des deux éducateurs sportifs du Centre social, qui ont eu un grand succès.

Le public fréquentant nos activités est en demande d'activités sportives, les personnes s'inscrivent facilement sur les cours de renforcement musculaire, et sports séniors.

Sources : Fiche projet du centre social de Boulogne-Billancourt, 2014.

De la même façon, les thématiques privilégiées et les sujets considérés comme mobilisateurs par les acteurs gennevillois s'adressent, ou bien sont finalement appropriés, par un public majoritairement féminin : le cancer du sein, la nutrition ou le suivi gynécologique font régulièrement l'objet d'actions (stand sur les marchés, cycle de conférences à l'espace culturel du Luth, animations dans les antennes de quartiers, etc.), tandis que les risques cardiovasculaires, le dépistage du cancer de la prostate ou du côlon le sont beaucoup moins.

Les interventions du CMS à l'École Femmes sans Frontières, des actions menées en partenariat avec des associations locales — souvent féminines — ou bien lors des cours d'alphabétisation des antennes de quartiers fréquentés en majorité par des femmes témoignent également de la prédominance des femmes dans le public cible des actions de promotion de la santé. Par exemple, en 2013, le réseau Arès92 a mené des actions de promotion de la santé lors d'un cours d'alphabétisation dispensé dans différentes antennes de quartier de la ville (Luth, Agnettes et Grésillons). Des femmes âgées de 25 à 65 ans se sont prêtées à un jeu de rôle organisé par le réseau de santé, à la demande de la coordinatrice ASV et l'animatrice de ces ASL. L'objectif était de familiariser les femmes participantes au rôle du médecin traitant et au vocabulaire médical utilisé en consultation. Enfin, le projet de santé communautaire mené dans le

quartier des Agnettes témoigne de la volonté municipale de développer des dispositifs de consultation, voire de participation des habitants à la politique municipale. Cependant, le rapport de cette action fait état de la difficulté à mobiliser les individus sur le long terme dans un quartier où le maillage associatif est peu développé, mais aussi où les femmes représentent 90 % des personnes impliquées.

Nos résultats montrent donc que les stratégies d'acteurs boulonnais et gennevillois impliqués à l'échelle locale s'inscrivent dans des contextes où les femmes sont majoritaires parmi leurs publics des structures locales de socialisation. Cependant, ces stratégies participent également à cette place spécifique des femmes dans les espaces de la promotion de la santé.

Contextes, systèmes locaux de promotion de la santé et participation féminine et masculine au dépistage du cancer colorectal

De la mise en perspective de ces dynamiques territoriales et des taux de participation et ratios femmes/hommes de recours au dépistage organisé du cancer colorectal émerge des pistes de réflexion innovantes et de nouvelles interrogations.

Rappelons que les quartiers du Pont-de-Sèvres, des Squares, du Luth et des Agnettes enregistrent des taux de participation et des ratios femmes/hommes différents, et pour certains, variables d'une campagne à l'autre (tableau n°23).

Tableau n°23 : Taux et ratios femmes/hommes de participation au dépistage dans les quartiers d'études

	2010-2011			2012-2013		
	Tx femmes	Tx hommes	Ratio f/h	Tx femmes	Tx hommes	Ratio f/h
Les Agnettes	24,5%	14,7%	1,68**	21%	13,7%	1,5**
Le Luth	25%	18,8%	1,4	19%	11,6%	1,7**
Pont-de-Sèvres	17,8%	20,2%	0,9	11,9%	9,2%	1,32
Squares	26,4%	15,5%	1,7**	10,8%	11,6%	0,93
** : écarts statistiquement significatifs						

Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

Au Pont-de-Sèvre alors que les instances de socialisation — réunissant parfois hommes et femmes — sont diversifiées, actives et ancrées dans le quartier, les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont proches de la moyenne communale et sans grand écart entre les hommes et les femmes (ratios femmes/hommes non significatifs). Le quartier du Pont-de-Sèvres dispose également de deux

médecins généralistes sur le quartier (dont l'un d'eux est convaincu de l'utilité du dépistage[59]) et d'un centre de santé à proximité (centre Croix-Rouge). En revanche, dans le quartier des Squares davantage isolé du reste de la ville, caractérisé par des situations socio-économiques plus dégradées, la présence d'un seul médecin généraliste (nous le verrons peu convaincu par le programme) et d'un réseau de socialisation quasi inexistant et non-mixte, les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont également proches des moyennes communales, mais accusent (lors de la campagne 2010-2011) d'un important (et significatif) écart entre les hommes et les femmes.

À Gennevilliers, le Luth est animé par un grand nombre d'associations, une antenne de quartier dynamique et une implication régulière d'une partie de la population. Au Luth (comme au Pont-de-Sèvres), les femmes occupent une place particulière dans beaucoup d'instances de socialisation (public touché par les actions de promotion de la santé, importance de la santé dans les discussions et de transmissions de savoirs entre femmes par exemple). Plusieurs médecins généralistes sont implantés sur le quartier et l'un des deux centres municipaux de santé, celui du Village, est situé à proximité. Cependant, contrairement à ce que nous aurions pu supposer les taux de participation au dépistage du cancer colorectal enregistrés dans le quartier sont proches des moyennes communales. De plus, lors de la première campagne, l'écart de participation entre les hommes et les femmes est, comme au Pont-de-Sèvres, faible et non significatif (or, il est un peu plus important et significatif lors de la seconde campagne, en 2012-2013). Aux Agnettes, où il existe aujourd'hui très peu d'associations et où l'antenne de quartier peine à mobiliser habitants et habitantes, la santé fait beaucoup moins l'objet d'échanges et de mobilisations, elle semble davantage se restreindre à la sphère privée, et ce pour les hommes comme pour les femmes. Dans ce contexte, les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal s'avèrent proches des moyennes communales (mais légèrement inférieurs) et les écarts entre les hommes et les femmes statistiquement significatifs, et ce en 2010-2011 comme en 2012-2013.

À notre connaissance aucune étude n'interroge l'ampleur (ou la stabilité spatio-temporelle) des écarts de recours au dépistage entre hommes et femmes au regard des modes d'organisation spatiale ou des dynamiques territoriales. Pourtant nos résultats montrent que les dynamiques territoriales que nous pourrions qualifier de « potentiellement favorables » à l'engagement dans une démarche de santé (ici du Pont-de-Sèvres ou bien du Luth) apparaissent avant tout garantes d'un rapprochement des comportements masculins et féminins, plutôt que d'un engagement massif de tous les individus dans

[59] Les représentations et les pratiques des médecins généralistes de ces deux villes et de leurs différents quartiers sont analysées en détail dans le chapitre suivant.

un programme de santé préventive. Inversement, il semble qu'une assignation de la santé à la sphère privée ou l'absence d'interlocuteurs locaux (dans le cas des Squares et des Agnettes) peuvent être synonymes d'importants écarts entre les hommes et les femmes.

3.2.2. Le dépistage du cancer du sein « *c'est plus sexy* »

Nous proposons dorénavant de comparer les modalités de promotion du dépistage du cancer colorectal à celui du cancer du sein. Similaires d'un point de vue organisationnel (même structure de gestion, même tranche d'âge, outils de communication similaires, et.), ces deux programmes apparaissent pourtant très inégalement promus par les acteurs socio-sanitaires intervenant dans les quartiers boulonnais et gennevillois.

Dépistage du cancer du sein et dépistage du cancer colorectal : entre association et substitution

En France, une campagne nationale intitulée Mars Bleu, vise à accentuer la promotion du dépistage du cancer colorectal au cours du mois de mars de chaque année. Des messages visant à faire connaître le cancer colorectal ainsi qu'à promouvoir le programme de dépistage organisé sont diffusés dans la presse (radios, chaines télévisées, presse écrite) ou bien dans l'espace public via les services de communication de différentes collectivités territoriales, des associations de lutte contre les cancers, l'INCA, le ministère de la Santé, etc. L'assurance maladie ajoute également un message de promotion du programme en tête de ses courriers durant le mois de mars. Cette concentration de la communication vise à maximiser l'efficacité du message.

Cependant, la campagne Mars Bleu est très peu connue. En effet, cette campagne n'est pas aisément identifiée ni par les acteurs locaux de la promotion de la santé ni par la population cible du programme. Parmi les professionnels rencontrés, très peu connaissent le nom de cette campagne, sa temporalité (mois de mars), son logo ou bien son code couleur (bleu). Il en est de même pour les habitants et habitantes des quatre quartiers ciblés. En effet, seuls sept (cinq femmes et deux hommes) des cent-deux individus rencontrés identifient la campagne de promotion du dépistage organisé du cancer colorectal (affichage public de la campagne Mars Bleu, messages retransmis à la radio ou la télévision) : « *Oui oui j'en ai est entendu parlé. À la radio et la télé aussi, il y a des pubs pour ça. Si on entend des pubs pour ça, ça veut dire que c'est important, donc il faut le faire, cela doit être important. En plus cela doit coûter cher pour la sécurité sociale. C'est que cela doit concerner un grand nombre de personnes* » (homme, 52 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt) ; « *à la télévision, par les journaux, par euh, quelquefois quand il y a des campagnes il n'y a pas des affichages à Boulogne ? des trucs comme ça sur les tableaux électroniques. Oui je*

crois bien. Non, mais globalement on est informé » (homme, 66 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). Enfin, à l'image des extraits d'entretiens suivants, la majorité des personnes déclare n'avoir jamais pris connaissance d'une telle campagne et ce quelques soit leur ville ou leur quartier de résidence : « *alors cancer colorec, euh colorectal, je connais, je connais, mais pas spécialement la pub, non jamais entendu parlé de ça comme ça, mais quand je vois ça* [exemples de visuels de campagnes de promotion du dépistage] *je reconnais parce que j'ai mon père qui a eu des polypes là* » (femme, 69 ans, Agnettes, Gennevilliers) ; « *cette pub non, ça ne me dit rien, non pas cette image-là, ni une autre d'ailleurs, non jamais vu, en tout cas je ne m'en souviens pas* » (femme, 67 ans, Agnettes, Gennevilliers) ; « *le colon on n'en entend pas beaucoup parlé quand même* » (femme, 55 ans, Squares, Boulogne-Billancourt).

Inversement, la campagne de promotion du dépistage du cancer du sein, dite Octobre Rose, est très souvent citée par les professionnels de la promotion de la santé à l'échelle locale, comme par les habitantes et habitants rencontrés. La gravité (seconde cause de mortalité des femmes françaises (INCA 2015)), l'ancienneté et la médiatisation de son programme de dépistage ou bien l'ampleur du réseau associatif engagé dans sa promotion participent certainement à la place privilégiée du dépistage du cancer du sein dans les agendas des services de santé municipaux. Or, nos résultats montrent que sa population cible (les femmes) ainsi que la capacité des acteurs à la mobiliser, y contribue également.

Par exemple, notre première rencontre avec la chargée de mission santé de la ville de Boulogne-Billancourt visait à présenter l'objet de cette thèse, puis à prendre connaissance des actions menées sur le territoire, des partenariats en cours, des projets du service ainsi que des difficultés rencontrées.

Or, notre interlocutrice a immédiatement abordé le sujet du dépistage du cancer du sein, les actions de promotion sur la commune, sa difficulté à appréhender de façon détaillée les taux de participation sur sa commune (ne disposant pas des données concernant le dépistage individuel par exemple), etc. La discussion s'est donc initialement concentrée sur le dépistage du cancer du sein, et non sur celui du cancer colorectal pourtant présenté comme le sujet de cette thèse. Si la conversation est ensuite orientée vers cette thématique, ce premier quiproquo est révélateur d'une double tendance : l'association systématique des deux programmes et la substitution de l'un (cancer colorectal) par l'autre (cancer du sein). Puisqu'après avoir rappelé à notre interlocutrice que notre travail de recherche portait bien sûr le dépistage du cancer colorectal et non sur le cancer du sein, celle-ci ajouta « *ah oui, en effet j'ai associé les deux, mais c'est que de toute façon le cancer colo c'est plus difficile. Il faut les mettre ensemble sinon on en s'en sort pas* ».

Un second exemple de cette substitution concerne le choix des thématiques abordées lors des ateliers santé des *T'Café* du centre social du Pont-de-Sèvres et des Squares. Un questionnaire a été mis en place par le centre social de Boulogne-Billancourt dans le but d'identifier les thématiques de santé à traiter l'année suivante. Cinquante-sept personnes ont répondu au questionnaire. Les individus étaient invités à identifier jusqu'à cinq thématiques parmi une liste non exhaustive[60] de sujet (addictions et conduites à risques, couverture maladie et le parcours de soins, diabète, cholestérol, vaccination, maternité, dépistage des cancers, allergies, etc.). Les dépistages des cancers apparaissent comme la seconde priorité des personnes sondées (la trame de ce questionnaire ainsi que l'ensemble des résultats de cette enquête sont disponibles en annexe n°7). Cependant, alors que la catégorie proposée ne se limitait pas au dépistage du cancer du sein puisqu'elle était intitulée « *dépistage des cancers (cancer du sein, cancer du côlon, etc.)* » celui-ci sera priorisé. En effet, le dépistage du cancer du sein a fait l'objet de plusieurs matinées d'information et de discussions, avec, pour certaines d'entre elles la venue de la chargée de communication de l'ADK92. Lors de nos observations de ces séances, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a malgré tout été abordé, mais beaucoup plus brièvement, en fin de réunion. Nous considérons que la composition démographique des personnes ayant répondues à ce questionnaire (91 % de femmes), associée à la nature des partenariats de cette structure ainsi qu'à la gêne exprimée par les animatrices vis-à-vis du cancer colorectal, permettent de comprendre la priorisation du dépistage du cancer du sein.

Cette association des deux programmes de dépistage des cancers, et parfois la substitution de l'un par l'autre n'est toutefois pas une spécificité boulonnaise. En effet, dans les quartiers gennevillois des Agnettes et du Luth notamment[61], le dépistage du cancer du sein est également régulièrement présenté lors de séances des ateliers sociolinguistiques consacrées aux questions de santé. Or, d'après la coordinatrice de l'ASV en charge du projet « *le cancer colorectal est également abordé, mais plus brièvement* ». C'est que nous avons pu constater lors des différentes séances auxquelles nous avons assisté.

L'ADK92, initialement crée pour la promotion du dépistage du cancer du sein, dispose d'un large panel d'outils pour cette thématique, mais peine encore à les adapter au second programme : *« On n'a pas mal d'outils. D'abord sur le cancer du sein, mais maintenant autant que cela serve pour les deux. Donc on essaye de faire une formation mixte, on parle un peu des deux. Voilà, mais c'est vrai que les outils que l'on a, et que*

[60] Les personnes sondées avaient la possibilité de cocher une case « autre » et de préciser un ou plusieurs sujets les intéressant. Le « *sport* », « *la solitude* », « *la douleur* » ou bien « *la dépression* » ont ainsi été ajoutés par certaines femmes.

[61] Ces ateliers sociolinguistiques ont également lieu dans l'antenne de quartier des Grésillons. Nous avons assisté une fois à l'un d'entre eux, il s'agit du même mode de fonctionnement.

l'on propose à ces gens, enfin pour l'instant on a davantage d'outils sur le dépistage du cancer du sein. Donc c'est vrai qu'on a les mêmes outils, les mêmes discours pour les hommes et les femmes ». Enfin, les rapports d'activité de cette structure montrent que la promotion du dépistage du cancer du sein mobilise en effet un vaste réseau d'acteurs (services santé municipaux, associations sportives, associations socioculturelles, ateliers sociolinguistiques, presse locale, hôpitaux, centre de santé, etc.) et que de nombreuses actions de promotion sont ainsi menées chaque année en direction des professionnels de santé et du public (stand sur les marchés, atelier santé dans des centres sociaux ou antenne de quartier, mobilisation d'un film réalisé par et pour les femmes, art de rue, spectacle de théâtre, lâché de ballon rose, courses à pied, etc.). Entre 2008 et 2013, la ville Boulogne-Billancourt a fait l'objet de douze actions en direction de la population cible de ce dépistage impliquant l'ADK92, et huit à Gennevilliers. Durant la même période, à Boulogne-Billancourt cinq actions de promotion du dépistage du cancer colorectal ont été menées par l'ADK92 auprès du grand public, et quatre à Gennevilliers.

La chargée de communication de la structure départementale de gestion des dépistages rappelle également que si le dépistage organisé du cancer colorectal concerne autant les hommes que les femmes « *ce n'est pas vraiment un avantage, parce que si c'était que les hommes, ou que les femmes, on pourrait identifier les spécificités du public. Comme pour le dépistage du cancer du sein le fait que cela soit spécifique aux femmes il y a ce côté un peu, voilà, on peut jouer sur la féminité. C'est vrai c'est plus facile de faire une action sur le dépistage du cancer du sein parce que cela touche la population féminine, donc déjà ça réduit la cible, en plus il y a un côté défense de la femme. Enfin, il y a un discours qui peut être appuyé par des choses assez positives. Avec le dépistage du cancer colorectal, on ne peut pas* ». Des constats similaires sont dressés par la coordinatrice des bénévoles du comité départemental de la ligue contre le cancer : « [Enquêtée] : *je suis pour la prévention et je trouve que ce dépistage organisé du cancer du sein, alors je vous parle uniquement du cancer du sein parce qu'on a essayé sur le colorectal avec nos bénévoles et elles ont eu quelques difficultés.* [Enquêtrice] : *dites-moi* [Enquêtée] : *et bien si vous voulez c'est que cela touche à l'intime vous voyez, je pense qu'elles l'ont pas bien perçu, déjà elles-mêmes parce que bon c'est vrai elles osent peut-être moins, aller dans les marchés, ou aller dans les… donc on a laissé tomber ce dépistage-là malheureusement, pour aider, mais bon le colorectal vous avez quand même les généralistes qui le font* ». La gêne des bénévoles serait donc à l'origine de cet abandon du dépistage du cancer colorectal, au profit d'une concentration des actions de communication sur le dépistage du cancer du sein.

La promotion du dépistage du cancer du sein apparaît donc plus « *facile* » à promouvoir que celui concernant le cancer colorectal. La taille de la population cible de ce dépistage, l'habitude à travailler

avec des femmes déjà impliquées dans les structures associatives locales, ainsi que la possibilité de mobiliser des arguments jugés « *plus positifs* » comme « *la défense des femmes* » ou « *la féminité* » sont donc invoqués. Ce dernier constat pose la question de la mobilisation de discours érotisant le corps des femmes, qui, omniprésente dans notre société, pourraient également être à l'œuvre dans les campagnes de promotion du dépistage du cancer du sein et ses déclinaisons locales. En effet, « *de nombreux travaux académiques dénoncent depuis des décennies le fait que ce cancer* [du sein] *fait l'objet d'une attention particulière de la part du grand public parce qu'il s'agit « d'une maladie sexy »* » (Porroche-Escudero 2014). Alors que nous l'avons montré, le dépistage du cancer colorectal est perçu comme « *délicat* » et gênant, il convient de se demander dans quelle mesure ce dépistage toucherait davantage « *à l'intime* » qu'une poitrine féminine. Les seins ne sont-ils pas aussi une partie intime du corps ? L'omniprésence de cette partie du corps féminin, érotisé à outrance dans les divers supports commerciaux et culturels, joue certainement un rôle dans les représentations et pratiques de ces professionnels, comme de la population cible de ces campagnes.

Dépistage du cancer du sein et dépistage du cancer colorectal : l'un entraine-t-il l'autre ?

Des travaux en épidémiologie sociale cherchant à comprendre les facteurs de participation au dépistage du cancer colorectal le montrent, le recours à ce programme est statistiquement associé à la participation au dépistage du cancer du sein (cf. 2.3.2 chapitre 1). Il aurait donc été intéressant d'évaluer dans quelle mesure les femmes boulonnaises et gennevilloises participent aux deux dépistages, à aucun, ou bien seulement l'un des deux à partir de la base de l'ADK92 (donc sur l'intégralité des personnes invitées à ces programmes). Or, les identifiants des individus n'étant pas les mêmes dans les deux bases (dépistage du cancer du sein et dépistage du cancer colorectal), il n'est pas possible de réaliser ces traitements. Comparer les représentations cartographiques des taux de participation des femmes aux dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal n'est pas envisageable non plus dans la mesure où nous ne disposons, dans les Hauts-de-Seine, que des données issues de l'organisme de gestion permettant d'évaluer la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein. Le dépistage dit individuel ne peut donc pas être pris en compte. Cependant, l'évaluation de la répartition spatio-temporelle de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal apporte d'autres éléments.

Nous posons l'hypothèse que la campagne Octobre Rose largement médiatisée (de l'échelle nationale à l'échelle locale, mais d'autant plus à Boulogne-Billancourt qu'à Gennevilliers) entraine une mobilisation autour des questions de dépistage des cancers de façon plus générale, et donc encourage, aussi, une réalisation accrue du test Hémoccult durant cette période (octobre-novembre).

Les graphiques suivants représentent la part de test effectué par les hommes et les femmes durant chacun des mois des deux campagnes étudiées à l'échelle communale (graphique n°30). Les deux communes se distinguent peu l'une de l'autre : à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers une part importante des tests est réalisée durant les mois d'octobre, novembre et décembre lors de la première campagne alors que durant la campagne 2012-2013, la participation au dépistage organisé du cancer colorectal est répartie de façon plus homogène au cours de l'année.

En 2010-2011, à Gennevilliers comme à Boulogne-Billancourt, une part importante de la participation est concentrée sur les mois d'octobre et de novembre : 24,5 % des Gennevilloises et 26,7 % des Gennevillois contre 31,6 % des Boulonnaises et 30 % des Boulonnais participant au programme ont réalisé leur test durant ces deux mois d'hiver.

La proportion de tests réalisée pendant ou juste après la campagne Mars Bleu est quant à elle plus faible : 16,8 % des Gennevilloises et 16,2 % des Gennevillois contre 14,5 % des Boulonnaises et 13,6 % des Boulonnais participant au programme ont réalisé leur test durant la période mars-avril.

Quelle que soit la campagne, la répartition mensuelle du nombre de tests réalisés n'accuse donc aucun « pic » durant, ou juste après la campagne de promotion du dépistage du cancer colorectal du mois de mars. Or, au contraire, un nombre important de tests Hémoccult est réalisé en octobre, novembre, décembre (et janvier pour la seconde campagne). C'est-à-dire, durant, et à la suite de la campagne nationale de promotion du dépistage du cancer du sein. Enfin, sauf à Gennevilliers lors de la campagne 2012-2013[62], cette concentration de la participation concerne autant les hommes que les femmes.

Nous aurions pu supposer, au regard des résultats présentés concernant le public cible et effectif des actions collectives déployées dans ces deux communes, mais également à la cible (féminine) des campagnes nationales de promotion du dépistage du cancer du sein, que l'association des deux dépistages serait bien plus importante pour les femmes que pour les hommes. Or, il n'en est rien. Enfin, comme nous l'avons montré dans le chapitre 3, le dépistage organisé du cancer colorectal est caractérisé, à Gennevilliers comme à Boulogne-Billancourt par des écarts hommes/femmes, certes persistants, mais jamais aussi importants que pour d'autres faits de santé (santé mentale, tabac, alcool) ni répartis de façon homogène dans l'espace.

[62] De façon surprenante, en 2012-2013 les hommes de cette ville participent davantage durant les mois de promotion du dépistage du cancer du sein que leurs homologues féminines. En effet, près de 22 % des tests effectués pas les hommes l'ont été durant les mois d'octobre et novembre, contre près de 16 % des tests effectués par des femmes.

Graphique n°30 : Part de test réalisé chaque mois à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers



Sources : ADK92. Réalisation : E. Faure.

Ces résultats, confrontés à notre analyse des contextes et systèmes locaux de promotion de la santé, posent la question suivante : comment expliquer que ces écarts ne soient plus importants tant l'ensemble des acteurs locaux de la promotion de la santé et du dépistage organisé du cancer colorectal (services municipaux de santé, ASV, associations, ADK92, réseaux de santé, etc.) tend à s'adresser principalement aux femmes, et très peu aux hommes ? Les femmes inciteraient-elles les hommes à participer au dépistage du cancer colorectal ? La promotion du dépistage du cancer du sein, et de la santé auprès des femmes de façon plus globale, auraient-elles ainsi des effets bénéfiques sur celle du cancer colorectal auprès des femmes, mais aussi des hommes ? Parmi de nombreux facteurs, nous pouvons supposer que les femmes sont des relais de représentations et de pratiques de santé à des échelles plus fines. Cette hypothèse invite, notamment, à mieux comprendre les enjeux du recours au dépistage organisé du cancer colorectal, ainsi que de la gestion de la santé préventive à des échelles très fines : le foyer (3.2.3), ou bien le cabinet du médecin généraliste (chapitre 6).

3.2.3. Rapports sociaux et relations interpersonnelles dans la gestion de la santé du foyer. Entre responsabilité sociale et responsabilité de genre

Des entretiens avec les habitants, les médecins généralistes et les acteurs politiques et professionnels du champ socio-sanitaire des deux villes d'études transparait un même constat : les femmes sont les gestionnaires de la santé du foyer.

Ce rôle spécifique des femmes en tant que gestionnaires de la santé du foyer peut être appréhendé au travers de la notion de *continuité.* D'une part, la *continuité professionnelle* se manifeste par exemple par le fait que les femmes s'occupent majoritairement de la prise des rendez-vous chez les médecins (pour elle, et pour leur compagnon), ce que certaines de nos interlocutrices associent — souvent sous forme de plaisanterie — à leur (ancienne) profession. Par exemple, une Gennevilloise, anciennement secrétaire, précise après avoir expliqué s'occuper de l'ensemble des démarches administratives du ménage (dont celles liées à la santé) : « *c'est moi qui prends les rendez-vous aussi, je fais la secrétaire [rire] oui c'est moi qui gère. Lui il le ferait s'il fallait, mais bon j'ai pris l'habitude comme ça. Et puis j'ai toujours fait ça, au boulot, ici c'est pareil* » (femmes, 67 ans, Agnettes, Gennevilliers). D'autre part, ce que nous pouvons nommer la *continuité familiale* témoigne de la permanence de la répartition des tâches au sein du foyer, et ce en dépit de ses évolutions de composition (départ des enfants principalement). Une fois les enfants partis (de qui elles s'occupaient majoritairement, et surtout en ce qui concerne les rapports à la santé), des femmes continuent à gérer la santé du foyer (et donc la leur, mais aussi celle de leur conjoint).

Cette gestion de la santé du foyer par les femmes se matérialise par exemple au travers de l'usage du téléphone pour la prise de rendez-vous chez les professionnels de santé (dont le médecin généraliste) ou bien le rappel des dates et rendez-vous d'examens ou de vaccins.

Dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, la place centrale des femmes dans la gestion de la santé du foyer se caractérise notamment par le fait que la majorité des femmes rencontrées sont en mesure de répondre à la question « *Savez-vous si votre compagne, ou compagnon l'a* [le test Hémoccult] *déjà fait ?* », l'inverse est absent des propos recueillis en entretien. Des femmes gardent les courriers d'invitation et de relance au dépistage du cancer colorectal (pour elle, et pour leurs maris), savent où est rangée la lettre dans le foyer (dossier, tiroir), et s'occupent parfois d'évaluer le meilleur moment pour rappeler à leur compagnon de réaliser le test.

Par exemple, une habitante du quartier des Squares déclare : « *le problème c'est que mon mari il ne va pas à la selle tous les jours. Mais je lui dis on s'en fou, le principal c'est d'aller à la selle. Et puis, là il s'en va le 31 donc je ne sais pas. Je ne veux pas l'embêter avec ça, il a beaucoup de travail et d'autres soucis de santé. Non je ne vais pas l'embêter avec ça, enfin pour le moment (rire), car après je vais lui en reparler, ah ça oui. Non, mais c'est vrai c'est important* » (femme, 51 ans, squares, Boulogne-Billancourt). L'analyse des discours des enquêtés révèle que bien des femmes incitent leur mari à aller voir le médecin généraliste ou à faire le test Hémoccult. Ce que confirment les propos de médecins généralistes rencontrés : certaines femmes accompagnent leurs maris en consultation alors que l'inverse est extrêmement rare. Des femmes apporteraient également la lettre de leur mari afin de récupérer le test Hémoccult pour eux, ou bien les inciteraient à consulter et réaliser le test Hémoccult : *« Oui les femmes amènent leurs maris. Non c'est vrai, elles motivent leurs maris, et heureusement »* (MG n°17, homme, secteur 1, Village, Gennevilliers).

Enfin, nous pourrions, reprenant les mots d'Ana Porroche-Escudero, parler de *responsabilité de genre*, mais également de *responsabilité sociale* (Porroche-Escudero 2014). Car, si l'on peut analyser la place centrale des femmes dans la gestion de la santé du foyer comme une charge reposant sur des normes de genre, l'injonction à la participation au programme de dépistage relève également d'une responsabilité sociale. La honte de recevoir de nombreuses lettres, le fait de supposer que ce programme coûte cher à la sécurité sociale et donc à l'ensemble de la société, la valorisation du système de santé français, la culpabilisation de ne pas saisir l'opportunité de ce programme, et donc la « *chance que l'on a en France* » (femme, 75 ans, Luth, Gennevilliers) de disposer d'un tel programme, sont autant de facteurs à la participation au dépistage organisé du cancer colorectal reportés par une large majorité de femmes au sein de notre panel.

Nous considérons, à l'aune de ces résultats, qu'il serait certainement intéressant de pouvoir confronter les données de participation des individus avec celles, le cas échant, de leur conjoint ou conjointe vivant dans le même logement. À ce jour indisponibles, ces données apporteraient certainement de nouveaux éléments à l'analyse de l'influence du couple sur la participation des individus au dépistage du cancer colorectal.

Synthèse

Dans le quartier du Pont-de-Sèvres, le centre social et la salle de sport, ainsi que les nombreux locaux associatifs sont des lieux de socialisation importants. Inversement, le quartier des Squares, souvent qualifié d'espace « *délaissé* », « *oublié* » des associations, voire de la municipalité, ne possède que très peu d'instances locales de socialisation. De plus, si le centre social du Pont-de-Sèvre y possède un local, il ouvre ponctuellement et n'est fréquenté que par des femmes. À Gennevilliers, les différences de dynamismes distinguent également le quartier du Luth de celui des Agnettes. Le Luth est animé par un grand nombre d'associations, une antenne de quartier dynamique et une implication régulière d'une partie de la population. La vie associative du quartier des Agnettes est quant à elle peu dynamique (très peu d'associations, antenne de quartier et conseil de quartier qui peinent à mobiliser les habitants, etc.).

Nous avons donc montré que le dépistage organisé du cancer colorectal s'insère dans des politiques et actions de promotion de la santé de façon plus générale et dans des dynamiques territoriales micro-locales originales (histoire, composition socio-démographiques, modes d'organisation spatiale et territoriale, réseaux et jeux d'acteurs, etc.). Toutefois, nos résultats indiquent que ces dynamiques contribuent, à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers, et dans les quatre quartiers étudiés, au renforcement de la place centrale des femmes dans la gestion de la santé.

Dans ces quartiers, la place accordée et occupée par les femmes dans les actions, lieux et temps de socialisation et de (potentielle) promotion de la santé et du dépistage du cancer colorectal prédomine. Cependant, nos résultats montrent également que l'intensité de ces processus varie selon les quartiers. Au Pont-de-Sèvres comme au Luth, la gestion féminine de beaucoup d'instances de socialisation, le public touché par les actions de promotion de la santé ou bien l'importance de la santé dans les discussions et de transmissions de savoirs entre femmes en sont des illustrations. Dans les quartiers des Agnettes et des Squares, la santé fait beaucoup moins l'objet d'échanges et de mobilisations collectives.

Elle apparaît davantage restreinte à la sphère privée, et ce pour les hommes comme pour les femmes. Enfin, ces résultats ont été mis en perspective avec l'étude de la participation au dépistage du cancer colorectal. Dans les quartiers que nous aurions *a priori* pu qualifier de « défavorables » à la diffusion de messages de promotion de la santé et du dépistage, les taux de participation globaux ne sont pas systématiquement plus faibles que les moyennes communales. En revanche, les écarts entre hommes et femmes sont quant à eux majoritairement plus importants (et statistiquement significatifs).

Ces éléments plaident finalement pour une prise en compte de l'organisation micro-locale des territoires dans la mise en place de programme de promotion de la santé. Ils démontrent l'importance des déterminants locaux des inégalités de santé, dont on ne peut ignorer les dimensions genrées. Dans les quartiers du Pont-de-Sèvres et du Luth, les actions de promotion de la santé peuvent davantage toucher la population en s'appuyant sur un tissu associatif plus dense, essentiellement féminin, et tourné vers les questions de santé. Toutefois, les situations boulonnaise et gennevilloise se distinguent. La première permet à l'ADK92 de diffuser son message de promotion du dépistage organisé du cancer colorectal. Inversement, l'organisme de gestion des dépistages se heurte à plus de résistance dans la seconde. Enfin, aux Agnettes et aux Squares, quartiers caractérisés par la faiblesse du réseau associatif (en termes de nombre de structure, mais aussi de dynamisme de ces dernières) d'autres modalités de diffusion des messages de prévention doivent être envisagée. Il revient par exemple aux acteurs sociaux comme aux élus de définir et de travailler à l'émergence (ou la réémergence) d'une cohésion sociale à l'échelle du quartier, pouvant, par la suite être le support d'une circulation plus aisée de l'information et du développement d'un réseau associatif actif.

Conclusion

Ce chapitre visait à interroger le rôle des acteurs politiques, socio-sanitaires et associatifs dans l'accès à la prévention des hommes et des femmes et leur (éventuel) rôle dans la construction d'inégalités de santé. Il s'agissait de tester les hypothèses selon lesquelles :

- La campagne nationale de promotion du dépistage du cancer colorectal se décline différemment selon les territoires _ communaux et infra-communaux.
- Ces déclinaisons dépendent à la fois des contextes (politiques, sociaux, etc.) et des systèmes locaux de promotion de la santé (nombre, type et rapports entre acteurs, partenariats locaux ou au contraire multiscalaires, etc.).
- L'articulation entre ces contextes et ces systèmes locaux d'actions permet de mieux comprendre la place attribuée, et occupée par les hommes et les femmes dans ces territoires et ces politiques de promotion de la santé.

Les deux premières hypothèses ont donc bien été validées. Mais, contrairement à ce que nous avions supposé, à Boulogne-Billancourt, ville caractérisée par un contexte et un système d'action *a priori* peu favorable à la promotion de la santé préventive, le dépistage du cancer colorectal fait l'objet d'action en direction du public. En effet, les acteurs boulonnais s'inscrivent dans la continuité des recommandations et politiques nationales. Inversement, à Gennevilliers, ville engagées depuis des décennies dans la promotion de la santé, le dépistage fait l'objet de très peu d'attention. Les acteurs gennevillois œuvrent davantage à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, et les déterminants sociaux de la santé ou bien la prévention de la santé de façon plus globale. Engagée depuis des décennies dans la promotion de la santé et de la prévention, la municipalité peut aujourd'hui s'appuyer sur un vaste et dense réseau d'acteurs. Or, si la santé est un fait politique transversal (implication de différents élus, élue à la santé non professionnelle de santé, partenariats entre différents champs de la lutte contre les inégalités de santé et de genre notamment, etc.), elle est aussi le support d'une dynamique multipolaire. En effet, les initiatives municipales sont peu coordonnées aux actions d'autres acteurs locaux (professionnels de santé libéraux, acteurs associatifs, etc.) ou macros (ADK92, Ligue contre le cancer). Le dépistage du cancer colorectal, considéré comme « *délicat* » ne s'avère pas être une priorité (peu d'actions lui sont consacrées). La commune de Boulogne-Billancourt possède un service santé restreint entretenant peu de lien avec d'autres services et champs des politiques publiques à l'échelle locale. Cependant, le service s'appuie sur de nombreux partenariats avec des organismes départementaux et régionaux de promotion de la santé

(dont l'ADK92). La ville s'engage ainsi pleinement dans la diffusion de programmes nationaux et de campagnes centralisées de promotion de la santé dont le dépistage organisé du cancer colorectal. Ainsi, si le dépistage du cancer colorectal est également considéré comme « *délicat* », il apparaît davantage intégré aux initiatives locales. Les modalités de promotion de la santé et du programme de dépistage organisé du cancer colorectal sont ainsi révélatrices de dynamiques territoriales originales.

Nous avons également montré que l'articulation entre ces contextes et systèmes locaux d'actions permet de mieux comprendre la place attribuée, et occupée par les hommes et les femmes dans ces territoires et politiques de promotion de la santé. La place des femmes dans les actions, lieux et temps de socialisation comme de promotion de la santé et du dépistage du cancer colorectal prédomine, et ce quel que soit l'échelle et l'espace considéré. Jugé difficile à promouvoir et (donc) peu relayé, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal est souvent associé à d'autres thématiques de santé (dont le dépistage du cancer du sein principalement). De plus, s'appuyant sur les instances de socialisation majoritairement non-mixtes, le plus souvent appropriées voire administrées par des femmes, les acteurs de la promotion de la santé des quartiers du Luth, des Squares et du Pont-de-Sèvres participent de la place centrale des femmes dans l'appropriation et la gestion de la santé. Le quartier des Agnettes se distingue quelque peu. Ce quartier ne possède quasiment pas d'associations et dispose d'une antenne de quartier qui peine à mobiliser sa population, les quelques instances de socialisation existantes s'avèrent plus mixtes que dans les trois autres quartiers.

Finalement, ces résultats interrogent à la fois le principe d'égalité d'accès à l'information en matière de santé (entre individus résidants dans des villes ou quartiers différents, mais aussi et surtout entre hommes et femmes) et notre lecture des territoires. La question de l'émergence de nouvelles inégalités, non plus socio-spatiales, mais de genre, se pose en effet. Les femmes apparaissent plus souvent que les hommes au cœur des actions, discours et pratiques de promotion de la santé. Mais, peut-on considérer qu'elles ont un meilleur accès à la santé que les hommes ? Peut-on parler « d'inégalité en faveur des femmes », car davantage bénéficiaires des efforts de promotion de la santé que les hommes ? Ou bien, au contraire, ce constat n'incite-t-il pas à considérer l'assignation des femmes à la gestion de la santé comme une charge, et donc un facteur du renforcement des normes de genre - phénomène largement décrit par la littérature du *care* (Gilligan 2008 ; Molinier, Laugier, et Paperman 2009) ?

Nous proposons, afin d'apporter des éléments de réponse à ces questions, de nous intéresser dans le chapitre suivant, à un autre acteur de la promotion (et de la mise en œuvre) de ce programme : le médecin généraliste.

Chapitre 6.

Constructions socio-territoriales de l'offre : dynamiques territoriales, genre et médecine générale

Introduction 445

1. Savoir-pouvoir dans les relations médecin-patient 446

1.1. Importance de la parole de *son* médecin : fidélité et confiance dans le colloque singulier 446

1.2. Vers une construction locale de la relation médecin-patient et ses implications 455

2. Construction socio-territoriale des profils professionnels. La médecine générale actrice des dynamiques locales de santé 470

2.1. Typologie des médecins généralistes : pourquoi et comment ? 470

2.2. Une typologie des médecins généralistes en quatre profils 474

2.3. Profils, professions, contextes : trois dimensions d'une même équation ? 483

3. De la catégorisation à la différenciation des pratiques 501

3.1. Difficultés et capacité de persuasion des médecins généralistes, des éléments à géométrie variable 502

3.2. Essentialisation des comportements de santé : sexe, genre et « culture » 511

3.3. Des pratiques propres à certains contextes 519

Conclusion 528

Introduction

Si la sphère familiale, les politiques locales comme les instances locales de socialisation peuvent constituer des relais d'information importants, l'acteur considéré comme central dans ce programme est le médecin généraliste[1] (Bungener et al. 2011). Ce dernier chapitre est donc consacré à l'analyse du rôle de cet acteur dans les dynamiques territoriales de santé et leurs déclinaisons genrées.

La relation médecin-patient est l'objet de négociations, de stratégies individuelles, d'échanges et d'incompréhensions dans le but d'une part de se faire soigner et d'obtenir des informations sur son état, et d'autre part, de délivrer un message le plus clair possible dans le but de faire du bien (Fainzang 2006). Comme toute situation d'interaction, elle est empreinte de normes (Aïach et Fassin 1994 ; Bloy 2010 ; Fainzang 2006 ; Hoerni, Roland, et Pujol 2008). Toutefois, son étude est le plus souvent déterritorialisée, c'est-à-dire analysée à l'échelle individuelle, mais peu mise en perspective avec son contexte.

Des travaux de géographes de santé montrent que la santé est une construction socio-territoriale, et pas seulement un traduction spatialisée des niveaux de vie des individus (Salem 1998 ; Vaillant 2006 ; Vigneron 2003). La relation médecin-patient fait partie intégrante de ces processus (Vaillant 2006). Nous posons l'hypothèse que la relation médecin-patient, les représentations et les pratiques de ces professionnels de santé ne sont pas seulement le produit de positionnements individuels mais des dynamiques territoriales gennevilloises et boulonnaises appréhendées tout au long de cette thèse. Si les façons de se soigner s'ancrent dans des logiques sociales, culturelles mais aussi territoriales, pourquoi les façons de se faire soigner ne le seraient-elles pas aussi ?

Les entretiens réalisés auprès de Gennevillois et de Gennevilloises, de Boulonnais et de Boulonnaises ainsi que de médecins généralistes de ces communes permettent dans un premier temps de montrer en quelle mesure ce face-à-face s'inscrit dans une construction sociale, culturelle, mais aussi territoriale (1.). Les contextes locaux d'exercice de la médecine générale seront ensuite caractérisés. Nous proposerons, à partir d'une analyse détaillée des discours des médecins généralistes rencontrés, une typologie des professionnels permettant finalement de caractériser ce que nous appellerons les **contextes locaux d'exercice de la médecine générale** (2.). Nous analyserons ensuite les discours des médecins vis-à-vis du programme de dépistage organisé du cancer colorectal ainsi que des pratiques de sa population cible

[1] Il doit informer et mobiliser la population cible du programme, remettre et expliquer le test Hémoccult, réceptionner les résultats puis, le cas échéant, orienter les individus vers des spécialistes pour la suite du suivi (cf. chapitre 1).

(3.). Nous nous intéresserons aux discours des professionnels afin d'illustrer la permanence de certaines représentations liées au sexe, au genre, à l'âge ou l'origine de leurs patients. Il s'agira finalement de montrer en quelle mesure ces représentations peuvent, dans certains contextes, être associées à des pratiques spécifiques, voire constituer le support d'inégalités de santé.

1. Savoir-pouvoir dans les relations médecin-patient

D'après le rapport de l'INCA dédié à l'évaluation du programme de sensibilisation mené en 2011 : « *la campagne d'information « Mars bleu 2011 » visait en premier lieu à favoriser le passage à l'acte en incitant au dialogue entre la personne concernée et son médecin traitant sur le dépistage organisé du cancer colorectal* » (INCA 2011). L'INCA rappelle également l'importance de ce professionnel dans le rapport intitulé « Médecins généralistes et dépistages des cancers » (Bungener et al. 2011). Enfin, les résultats de l'enquête Fado-colorectal menée par une équipe de l'InVS montrent que « *la promotion de ce dépistage auprès de la population passe principalement par le contact régulier et la qualité de la relation entretenue avec le médecin généraliste chargé de remettre le test aux personnes* » (Goulard 2008, p.1). L'implication du médecin généraliste serait donc primordiale à la sensibilisation des individus au dépistage organisé du cancer colorectal et donc à la « réussite » de ce programme.

Cependant, le rôle du médecin généraliste est-il partout (considéré comme) si important ? Ou bien peut-on au travers des discours des individus, mais aussi des médecins, identifier d'éventuelles déclinaisons locales du rôle de ces professionnels dans les pratiques des populations en matière de dépistage du cancer colorectal, et donc finalement, des modalités locales d'expression de cette relation médecin-patient ?

1.1. Importance de la parole de *son* médecin : fidélité et confiance dans le colloque singulier

Il ressort des discours des enquêtés que le médecin généraliste, et plus particulièrement *son* médecin, est considéré comme une source primordiale d'information en termes de prévention et de dépistage des cancers. Dans notre corpus, les notions de confiance, mais aussi de fidélité apparaissent centrales.

1.1.1. La fidélité en son médecin généraliste : valorisation et méfiance d'une relation à long terme

De la confiance…

On relève dans les discours des enquêtés une grande confiance en *son* médecin.

La confiance est en effet au cœur des propos recueillis, et ce à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers. Celle-ci serait autant le résultat que le facteur d'une « *bonne entente* », d'un « *contact sympathique* » :

> « *Déjà le contact, un médecin il faut avoir* ***confiance en lui****, si on n'a pas* ***confiance*** *en lui c'est pas la peine d'aller le voir, le contact est sympathique, on sent que le médecin connaît bien son job comme on dit, et donc euh bon moi je me sens bien avec lui. Que cela soit moral, santé, tout ça. Cela se passe bien* » (homme, 73 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt)

> « *Quand je prends mes médicaments d'abord je regarde la notice, et puis si j'ai quelque chose qui me, oui je vais voir mon pharmacien ou mon médecin. Enfin, c'est son travail, il est compétent. Il me dit ah non il faudrait mieux que tu prennes ça ou ça. Je dis ok. Disons que* ***je fais confiance****, ah ça oui* ***je fais confiance à mon médecin*** » (homme, 50 ans, Agnettes, Gennevilliers)

> « *Moi mon médecin il est pas à donner des cachets pour rien alors* ***je ne vérifie pas, je vous le dis franchement, il donne ce qu'il faut****. Par rapport à celui que l'on avait avant on avait le nez qui coulait et voilà, alors que lui quand il donne c'est que vraiment. Vous toussez, il vous dit de boire un verre d'eau ça va passer, non, mais c'est vrai je l'ai entendu dire ça à quelqu'un* » (femme, 67 ans, Agnettes, Gennevilliers)

Le champ lexical de l'amitié est également présent dans les propos de certaines des personnes rencontrées à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers, et ce quel que soit le sexe ou le quartier de résidence des individus. Par exemple, le médecin d'une habitante du quartier du Pont-de-Sèvres, aujourd'hui à la retraite, « *était comme une* ***amie*** » (femme, 63 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt), alors qu'un homme résidant dans ce même quartier déclare qu'« *avec moi c'est sympa, on discute,* ***c'est un copain****, j'ai une* ***très bonne relation*** » (homme, 85 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). De la même façon, cette habitante du quartier des Agnettes considère que sa médecin généraliste « *est très psychologue, si on veut on peut passer ensemble, et si on veut, on peut passer séparément, donc ça elle nous entend, ça pour nous elle est vraiment euh,* ***c'est presque une amie****. Non mais c'est vrai* ***on se parle, et pas que de la santé****, vraiment* ***c'est une vraie relation*** » (femme, 70 ans, Agnettes, Gennevilliers).

…à la fidélité

Le champ lexical de la fidélité est également au cœur des discours recueillis. Comme l'illustre la sélection d'extraits d'entretiens suivants, la récurrence des termes « *fidèle* », « *être fidèle* » ou « *fidélité* » est en effet significative.

> « *Oui, je le connais bien, en général* ***je suis fidèle*** *dans mes relations avec les professionnels, depuis que je suis à Boulogne j'ai eu deux médecins* […] *j'étais* ***resté fidèle*** *à mon premier médecin* » (homme, 50 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt)

> « *Quand je suis contente,* ***je suis fidèle*** » (femme, 64 ans, Agnettes, Gennevilliers)

> « *Moi j'ai un médecin traitant que j'ai depuis euh,* ***je suis fidèle*** *pour tout ce genre de choses* [rire] » (femme, 76 ans, Agnettes, Gennevilliers)

Cette valorisation de la fidélité des individus à celui ou celle qu'ils ou elles considèrent comme *leur* médecin s'ancre bien souvent dans le temps long. La notion de fidélité lui est en effet intrinsèquement liée. Le fait de connaître, et d'être suivi par leur médecin généraliste depuis de nombreuses années est synonyme d'une « bonne » relation, d'une adéquation entre les pratiques du professionnel et leurs attentes.

> « *Oui toute ma famille va voir V.* [nom de famille du médecin], *oui toute la famille ; avec le même médecin, comme ça elle connaît bien la famille* […] *oui oui vraiment,* ***ça fait 14 ans 15 ans que l'on se connaît****, ah non vraiment pas de soucis, oui. Pas de problème, même on fait quelque chose euh pour les médicaments elle va donner un conseil, pour la santé voilà elle explique comme il faut voilà* » (homme, 51 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt)

> « *Moi j'ai confiance en lui,* ***cela fait 30 ans alors****, oui oui j'ai confiance* » (femme, 51 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt)

> « *Je lui fais vraiment confiance,* ***cela fait plus de 26 ans quand même****, et puis il suit toute la famille* » (femme, 61 ans, Les Grésillons, Gennevilliers)

Une rupture dans cette relation à long terme est ainsi très souvent vécue comme une véritable épreuve. L'enjeu du départ à la retraite du médecin en est une illustration. À l'image de l'extrait d'entretien suivant, un très grand nombre d'enquêtés évoque leur difficulté à retrouver un professionnel, à établir une nouvelle relation de confiance.

« *J'en ai eu un* [médecin généraliste] *depuis que je suis là. Je suis arrivée en 1976. Depuis 76 j'avais le même médecin. Mais maintenant* ***je ne l'ai plus parce qu'il est parti à la retraite****. Il était au Luth oui, là pas loin rue Maurice Ravel. Et donc* ***il a fallu en trouver un autre,*** *j'ai pris celui qui était le plus près de chez moi,* ***mais alors j'ai eu du mal, j'ai eu du mal.*** *Enfin ça y est, c'est fait maintenant, mais c'est pas pareil. C'est pas encore, ça va ça va parce qu'il en faut un mais bon* » (femme, 74 ans, Luth, Gennevilliers)

Cette valorisation de la fidélité en son médecin généraliste, et l'ancrage de la relation médecin-patient dans un rapport social, certes en mutation et de plus en plus éloigné d'un modèle paternaliste traditionnel, mais encore fondé sur la dépendance d'un patient (par définition vulnérable[2]) à son médecin, pose la question du pouvoir du médecin généraliste sur les pratiques préventives des individus.

1.1.2. Opinion des médecins, opinions des patients : le pouvoir d'un professionnel en question

Le médecin de famille, qui au côté du prêtre et de l'instituteur occupait jusqu'à peu une place dominante dans la hiérarchie sociale française, ne possède plus aujourd'hui le monopole de la connaissance en santé (Hoerni, Roland, et Pujol 2008). Cependant, la diversité des ouvrages, des sites internet, des émissions de radio ou de télévision consacrés à des questions de santé largement consultés par la population enquêtée, ne remettent pas en cause le savoir et l'expérience de ces professionnels hautement qualifiés. Il reste un professionnel respecté et écouté, notamment en matière de dépistage du cancer colorectal.

Faire ou ne pas faire le test : le discours « sacré » de son médecin

Les discours de nombreux enquêtés témoignent de l'influence du médecin généraliste sur leurs pratiques. Il apparaît que leur décision peut être conditionnée par les recommandations de leur médecin généraliste. Les extraits d'entretiens suivants illustrent cette conjonction du savoir et du pouvoir[3]

[2] Nous nous référons notamment aux écrits de Jean-Philippe Pierron lorsqu'il rappelle que « *le latin pati qui donne le mot français « patient » désigne ce dernier comme un être qui pâtit doublement : du point de vue interne, il subit la maladie ou l'infection ; du point de vue externe, il est placé dans les mains d'un agent autre que lui. Puisque le patient est précisément celui qui s'éprouve comme vulnérable, il fait l'expérience d'une forme de dépendance* » (Pierron 2007, p.49).

[3] Pour le philosophe, le savoir concerne toutes les méthodes et les contenus qui sont considérés comme acceptables à un moment donné et dans un domaine défini. Le pouvoir recouvre les mécanismes particuliers qui sont reconnus comme permettant d'induire des comportements ou des discours. Selon la définition qu'il retient de ces termes, il n'est donc pas possible de les séparer : un élément de savoir pour être considéré comme tel, doit être conforme à un ensemble de règles et de contraintes. Il doit également être doté d'effets de coercition ou d'incitation propres à ce qui est catégorisé comme scientifique, seulement rationnel ou de l'ordre de l'opinion. De même, un mécanisme de pouvoir, pour fonctionner, doit se déployer selon des procédures, des moyens et des objectifs qui peuvent être validés dans des systèmes plus ou moins cohérents de savoir (Rouillot 2009).

aboutissant à ce que Michel Foucault appelle un « régime de vérité » : « *la vérité est liée circulairement à des systèmes de pouvoir qui la produisent et la soutiennent, et à des effets de pouvoir qu'elle induit et qui la reconduisent* » (Foucault 1994). Ici, le savoir médical, tenu pour « vrai » et fiable, induit en effet les comportements des individus.

> « *Mais de toute manière je vais aller voir mon docteur là j'attends, justement je veux qu'il m'en parle.* ***S'il me dit ok c'est pas le peine que tu le fasses je ne le ferai pas.*** *[…] J'attends,* ***il va bien me conseiller, il va bien me dire.*** *Parce que la lettre là moi je lis, mais moi je me dis : toi je te connais pas garçon donc eux voilà* ***je ne peux pas avoir confiance en ça, j'ai confiance en mon médecin*** *donc je vais attendre ce qu'il me dit lui.* ***S'il me dit de le faire ok je le fais, s'il me dit ne le fais pas ok je ne fais pas.*** *Quand il y a eu les vaccins vous savez là sur l'hépatite B là il m'a dit ne le fais pas, je l'ai pas fait, non, et bien c'est pareil, et puis on a bien fait donc je vais pas le faire, pareil* » (femme, 51 ans, Squares, Boulogne-Billancourt)

> « *Oui il faut que je le fasse je sais. Et puis moi le colon comme je me suis dit c'est pas pour moi, alors tu vas pas aller chez ton médecin pour ça. Mais bon je vais peut-être y aller,* ***demander à mon généraliste et demander si je dois le faire.*** *Je demanderai à B. la prochaine fois* » (femme, 56 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt)

> « *Je l'ai fait une fois, mon docteur m'a dit bon écoute vous le faites là, mais ils m'en ont renvoyé une cette année, et bien je ne vais pas le faire tous les ans. Pour le sein c'est tous les deux ans, bon tous les deux ans encore, mais là. En* ***plus comme il m'a dit que c'était pas nécessaire, c'est tout. Il me dit si vous avez des problèmes, mais là non, alors non je l'ai pas refait encore*** » (femme, 71 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt)

> « *Ce qu'il faut c'est se connaître, voir comment on réagit, voir les consultations comment cela se passe,* ***avoir confiance, c'est ça qui est important.*** *Mais moi* ***je ne suis pas trop pour parler, pour discuter.*** *Mon mari lui oui,* ***mais moi non, s'il me dit que c'est ça, moi je le fais. Je fais confiance. Moi je le prends et c'est tout*** » (femme, 77 ans, Agnettes, Gennevilliers)

À l'image de cette sélection d'extraits d'entretiens, le lien entre opinion du médecin généraliste et pratiques des patients est davantage mis en avant par des Boulonnais que par des Gennevillois. Analysé en détail dans le paragraphe suivant, il apparaît dès à présent que ces deux villes peuvent être le support de relations médecin-patient originales, ou tout du moins décrites comme telles par les individus rencontrés.

Ne rien dire : le dépistage du cancer colorectal comme cristallisateur de rapports hiérarchiques

La prégnance de cette relation de pouvoir, et des rapports hiérarchiques entre le médecin et son patient sont également perceptibles dans les discours des professionnels rencontrés.

Par exemple, des médecins, exerçant à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers, déclarent que leurs patients ne leur disent pas s'ils envisagent ou non de faire le test, s'ils sont gênés ou non par ses modalités de réalisation (les médecins déclarent le deviner à la moue, ou bien aux silences de leurs patients, bien plus qu'à leurs déclarations). De la même façon, très peu de patients exprimeraient leur (niveau de) compréhension du programme de dépistage ou du test Hémoccult. Les extraits d'entretiens suivants témoignent de cette absence de dialogue, comme de son caractère généralisé (à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers) :

> « *Ils le* [le test Hémoccult] *prennent, et beaucoup ne le font pas, mais* ***ils ne le disent pas au médecin*** » (MG n°3, femme, secteur 1, quartier Sud, Boulogne-Billancourt)
>
> « *Ils* ***ne le disent pas vraiment*** » et « *beaucoup de mes patients* ***ne verbalisent pas ce qu'ils pensent avec moi*** » (MG n°21, femme, secteur 1- CMS, Village, Gennevilliers)
>
> « ***Ils ne me le disent pas en face. Jamais en face du médecin*** ». Bien que d'après ce professionnel certains de ses patients lui disent « *docteur je suis poli, mais vous savez que je ne vais pas faire ceci ou bien je ne vais pas prendre tous les médicaments* » or, cela ne lui serait jamais arrivé concernant le test Hémoccult. (MG n°23, homme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers)
>
> « *Les gens* ***sont gentils*** *avec leur médecin,* ***ils ne vont pas me le dire*** » (MG n°26, homme, secteur 1, Grésillons, Gennevilliers)

Ces éléments témoignent d'un dialogue encore loin d'être libre et sans « enjeux » de pouvoir. Ainsi, « *si le patient contemporain est davantage (pensé) au centre, il n'est pas au centre* » (Bureau et Hermann-Mesfen 2014, p.7). En effet, l'opposition entre un modèle paternaliste selon lequel le patient est soumis à une autorité incontestée et incontestable du médecin d'une part, et un modèle dit « consumériste » du malade-usager qui remettrait complètement en cause les prérogatives de la décision médicale d'autre part est peu satisfaisante (Pierron 2007).

Faire le test seul : le pouvoir du médecin malgré tout relatif

Les résultats du traitement statistique des données de l'ADK92 nuancent également la prépondérance du rôle du médecin généraliste dans les pratiques individuelles de dépistage.

L'évaluation des taux de participation attribuables aux différentes lettres envoyées par l'ADK92 (invitation et relance 1 ou relance 2) permet d'interroger l'importance du rôle du médecin généraliste dans la participation des individus au dépistage organisé du cancer colorectal. Jusqu'en 2013[4], la seconde lettre de relance adressée aux individus par l'ADK92 était accompagnée du test Hémoccult (kit complet, notice explicative, enveloppe T, etc.). Réaliser le test suite à la réception de ce courrier n'implique donc pas de visite chez le médecin généraliste. Nous pouvons donc considérer que la part de la participation enregistrée suite à l'envoi de cette seconde relance est un témoin de l'influence de la parole du médecin généraliste sur les pratiques de dépistage des individus.

En 2010-2011, dans les Hauts-de-Seine, la part de la participation ainsi attribuable à la seconde relance est de 53,1 %. A cette échelle, les comportements des hommes et des femmes sont très similaires puisque 53,1 % des femmes contre 53 % des hommes ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal après avoir reçu la seconde relance et donc le test Hémoccult à leur domicile.

Comme à l'échelle départementale, la seconde relance semble jouer un rôle considérable dans la participation au dépistage organisé du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers. En 2010-2011, 55,1 % de la participation des Boulonnais et des Boulonnaises est enregistrée suite à l'envoi de ce courrier. De la même façon, 52,6 % de la participation gennevilloise a eu lieu suite à l'envoi de cette lettre de relance (53,7 % pour les femmes et 52,3 % pour les hommes).

La gêne d'aborder le sujet du dépistage du cancer colorectal avec son médecin, le manque de temps ou de moyens pour aller consulter un médecin généraliste au moment de l'invitation, l'envie de prendre en charge sa santé et son dépistage ou bien des conditions de vie précaires peuvent contribuer au choix ainsi opéré par la majorité des individus, c'est-à-dire la réalisation du test Hémoccult après l'avoir reçu à leur domicile, et non pas suite à une consultation chez le médecin généraliste. Nous pouvons également, à l'image de l'extrait d'entretien suivant, supposer qu'une partie de cet « effet relance 2 » est attribuable à la répétition de courrier, et non pas uniquement au fait de recevoir le test à domicile.

[4] Rappelons qu'un accord entre la CPAM92 et l'ADK92 prévoit la suppression de l'envoi du test à domicile à partir de 2012 [Cf. AG de l'ADK 92 en juin 2013]. Seule la campagne 2010-2011 a donc été mobilisée pour l'analyse de la part de la participation faisant suite à la relance 2.

« [Enquêtée] : *j'avais dû recevoir une lettre déjà, oui et ils relançaient, ils relançaient.* [Enquêtrice*] et pourquoi avez-vous décidé de le faire cette fois-ci* ? [E*nquêtée] : et bien j'ai eu honte de recevoir toutes les plaquettes, tous les machins, je me suis dit que ne pas le faire alors que l'on m'envoie tout ça, donc voilà mais c'est quand même pas facile à faire* » (femme, 64 ans, Agnettes, Gennevilliers)

Ces tendances masquent toutefois des disparités infra-communales. En fonction des Iris, cette part est comprise entre 45 % et 67 % à Boulogne-Billancourt et 33 % et 63 % à Gennevilliers. Enfin, ces disparités spatiales varient en fonction du sexe des individus et les écarts entre hommes et femmes sont davantage marqués dans certains quartiers (tableau n°24).

Tableau n°24 : Part de la participation post-relance 2 par Iris et par sexe en 2010-2011 (en %)

	Hommes	Femmes
Agnettes	56,9	53,6
Luth	53,1	60,0
Moyenne Gennevilliers	*52,3*	*53,7*
Squares	36,7	57,3
Pont-de-Sèvres HLM	43,3	66,7
Pont-de-Sèvres résidence	37,5	60,3
Moyenne Boulogne-Billancourt	*56,5*	*57,4*

Sources : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

En comparaison avec les femmes, la seconde relance semble avoir eu relativement peu d'impact sur la participation des hommes résidant dans la partie HLM du quartier du Pont-de-Sèvres ou dans le quartier des Squares. De la même façon, la part de la participation faisant suite à l'envoi de la seconde relance est faible chez les hommes résidant au Luth, alors qu'elle est importante chez les femmes de ce quartier. En revanche, dans le quartier des Agnettes, la proportion de tests réalisés par les hommes et les femmes suite à la réception de la seconde relance est relativement similaire. Sauf aux Agnettes, les hommes résidant dans les quartiers ciblés par cette recherche participent donc davantage au dépistage du cancer colorectal suite à la visite chez leur médecin généraliste (donc suite à la réception de l'invitation et de la première relance) plutôt qu'après avoir reçu le test à domicile (donc suite à la réception de la seconde relance). Alors qu'en moyenne les différences entre hommes et femmes sont peu importantes (cf. moyennes communales du tableau n°24), ces écarts sont particulièrement marqués dans ces quartiers. Par exemple, 36,7 % de la participation des habitants du quartier des Squares fait suite à l'envoi du test à domicile, alors qu'elle correspond à 57,3 % de la participation de leurs homologues

féminines (tableau n°24). L'écart entre hommes et femmes est encore plus important dans le quartier du Pont-de-Sèvres. En effet, 43,3 % de la participation des habitants de la partie HLM du quartier du Pont-de-Sèvres fait suite à l'envoi du test à domicile, alors qu'elle correspond à 66,7 % de la participation des femmes de ce territoire (tableau n°24). Quels peuvent être les facteurs d'un tel constat ? La parole du médecin aurait-elle plus de poids sur les hommes que sur les femmes de ces quartiers ?

D'autres travaux montrent également que les hommes participent davantage que les femmes au dépistage du cancer colorectal après avoir consulté un médecin, et moins lorsque le test leur est envoyé à domicile (Messina, Lane, et Grimson 2005 ; Payne 2007). Nous pourrions, au regard des travaux de sociologues, historiens ou anthropologues poser l'hypothèse que les constructions de genre attribuant aux femmes la gestion de la santé du foyer participent à la plus grande autonomie des femmes en matière de santé, et permettent de comprendre que les hommes participent plus que les femmes après avoir consulté un médecin généraliste. Cependant, ces éléments n'éclairent en rien les importantes variations spatiales observées.

Les résultats de cette thèse, dont ceux présentés dans le chapitre précédent concernant les représentations et pratiques des espaces de socialisation par les hommes et les femmes de ces quartiers, permettent de proposer quelques pistes. Ces disparités spatiales ne semblent pas correspondre à d'éventuelles logiques socio-économiques. En effet, il n'y a, ni à Boulogne-Billancourt ni à Gennevilliers, ni pour les hommes ni pour les femmes, de lien statistique entre la propension des individus d'un Iris à participer suite à la relance 2 et ses caractéristiques socio-économiques. Nous pouvons supposer que si le dépistage du cancer colorectal fait moins souvent l'objet de conversation entre pairs que le dépistage du cancer du sein par exemple, la famille ou les amis restent des sources d'information non négligeables et des acteurs influant le choix des individus, et ce d'autant plus chez les femmes que chez les hommes (cf. chapitre 4). De plus, les médias (presse spécialisée, émission de télévision sur la santé, internet) sont cités par un grand nombre de femmes, et beaucoup moins d'hommes, comme étant une source d'information importante en matière de santé. Or, force est de constater que les données dont nous disposons ne nous permettent pas d'appréhender la multiplicité des facteurs individuels, collectifs et certainement aussi territoriaux de telles variations spatiales et sexuées.

1.2. Vers une construction locale de la relation médecin-patient et ses implications

Si la confiance et la fidélité, à la fois facteurs et témoins de la « qualité » de la relation avec son médecin généraliste sont partout mises en valeur, elles semblent se matérialiser différemment dans les discours des personnes rencontrées à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers. En effet, nos résultats montrent que la perception de la « qualité » de la relation médecin-patient (et ses composantes ou facteurs) différencie les discours des enquêtés de ces deux communes.

1.2.1. Des relations médecin-patient originales

Gennevilliers, support de relations médecin-patient aux frontières de la familiarité

Les Gennevillois sont les seuls à évoquer le fait de posséder le numéro de téléphone personnel de leur médecin généraliste. Les deux extraits suivants en sont des exemples :

> « *En plus elle nous donne son **numéro personnel** de portable hein, et tout. Non c'est vraiment. C'est elle qui a proposé **vous vous rendez compte*** » (femme, 70 ans, Agnettes, Gennevilliers)

> « *Il m'avait donné son **numéro personnel**, je veux dire **chez lui**. Ah oui il est très gentil quand même* » (homme, 81 ans, Agnettes, Gennevilliers)

Souvent justifiée par un parcours de soins spécifique, la nécessité de visites à domicile ou bien des situations d'urgence, il n'en demeure pas moins que les enquêtés mettent en valeur la possession de ce numéro de téléphone personnel comme le signe d'une attention particulière, mais surtout comme un témoin de l'investissement de leur médecin dans sa relation à leurs patients.

Le fait de connaître l'histoire de la famille de son médecin généraliste (lieu de résidence ou composition familiale), d'utiliser son prénom pour en parler ou bien, plus rarement, de le tutoyer caractérisent également les discours de certains Gennevillois et Gennevilloises, mais jamais de Boulonnais ou Boulonnaises.

> « *Et donc après je suis arrivée chez **Martine**, et là j'y suis depuis, cela doit faire une dizaine d'années* » (femme, 65 ans, Agnettes, Gennevilliers)

> « *Cela fait, je suis au cabinet là rue Marcel Lamour, depuis 1994 je suis dans ce cabinet-là. Bon j'ai changé parce que forcément il y a eu des départs, **Martine L.** est toujours là, mais à chaque fois j'ai été satisfaite des personnes que j'ai eues* » (femme, 83 ans, Luth, Gennevilliers)

« *Mon médecin il s'appelle* ***Alexandre****, oui il est bien, il me prend la tension, le diabète tout ça. ah oui je l'aime bien* ***Alexandre*** » (femme, 64 ans, Agnettes, Gennevilliers)

« *Je ne sais pas comment il est maintenant* ***Gilbert****, parce* ***qu'on l'appelait on le tutoyait****, ah oui c'est un médecin comme ça, il a une* ***approche familiale****, il est toujours pareil, je pense, alors lui* ***il nous parlait de son chien, il était très disponible, il était copain, il est même venu au mariage de notre fille****, de ma fille. Tout ça. Il* ***connaissait la famille****, mais oui enfin* ***c'était son approche****. C'était de la médecine sociale. Bon Mme P. aussi, mais ce que je voulais dire. […] Mme P.* ***elle a une vie privée, et on le sait****. Elle a des enfants, alors par exemple on sait que tel jour elle ne travaille pas parce qu'elle les garde, le soir elle arrête* » (femme, 70 ans, Agnettes, Gennevilliers)

À Gennevilliers, le fait de pouvoir saluer son médecin dans la rue (lors de ses déplacements, ou bien pour certains d'entre eux, parce qu'ils ou elles résident dans le quartier) constitue également un témoin d'une relation de confiance, fondée sur l'interconnaissance et la proximité. Dans cette commune, les médecins généralistes témoignent également d'une relation qui serait quelque peu particulière avec leur patientèle. Par exemple, une médecin généraliste exerçant depuis plusieurs dizaines d'années dans le quartier des Agnettes se dit « *nourrie par de nombreuses familles* » chez qui elle va faire des visites à domicile, et parle de « *relations humaines riches* » (MG n°30, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). De la même façon, de jeunes médecins généralistes du CMS nous confient[5] leur étonnement initial (en comparaison à leurs anciens lieux de stage dans d'autres communes) et leur actuelle satisfaction vis-à-vis du soutien de certains de leurs patients face à des situations conflictuelles auxquelles elles peuvent être confrontées dans le cadre de leur exercice. Par exemple, certains patients les défendent contre d'autres qui, dans la salle d'attente, se plaignent des retards : « *ils disent « si le médecin est en retard c'est parce qu'elle prend du temps pour discuter » c'est super de voir que l'on est soutenue dans ces moments-là* » nous confie l'une d'entre elles. Finalement, elles apprécient exercer à Gennevilliers, car les « *gens sont attachant*s », l'une d'entre elles déclare enfin que « *très souvent des patients m'apportent à manger, des gâteaux* ».

Cependant, il apparaît que si le temps long nécessaire à une relation de confiance est souvent valorisé, il peut également être considéré comme une entrave à la capacité du professionnel à identifier leurs maux, c'est-à-dire l'origine de l'instauration d'une éventuelle routine pouvant entraver le bon

[5] Ces échanges avec ces jeunes médecins du CMS ont eu lieu non pas en entretiens en face-à-face, mais dans la rue, puis dans le métro en direction de Paris, un soir en sortant d'une réunion du pôle universitaire de santé Villeneuve-la-Garenne-Gennevilliers en décembre 2013.

déroulement du diagnostic, de la consultation, et donc de la relation patient-médecin elle-même. Le rapport au temps est alors ambigu. En effet, une partie non négligeable des personnes rencontrées à Gennevilliers, déclare qu'un médecin qui les « *connaît trop* » ne les suivra pas de la même manière, voire moins bien, qu'un médecin remplaçant par exemple.

> « *Je trouvais qu'**il nous connaissait trop**, je trouvais parce que bon, c'était vite expédié, bon, il n'y a pas eu de drame, pas eu tout ça, mais bon on a changé* » (femme, 76 ans, Agnettes, Gennevilliers)

> « *je trouve que **je la connais trop**, **elle me connaît trop**, elle me dit ça va ? alors je lui dit oui oui bah, alors, et justement à la rentrée on m'a fait tout un tas de bilans, elle m'a trouvée fatiguée en revenant des vacances* […] *bon cela doit faire 30 ans que je la connais, et là la prise de sang qu'elle m'a fait faire, il y a un mois ou deux, je n'en avais pas fait depuis 2006. Et là elle regarde le dossier et elle dit ah on n'a pas fait de prise de sang depuis 2006 alors on va en faire une. Et moi c'est vrai que je ne pense pas à réclamer* […] *au bout **d'un moment on est tellement habitué aux choses que, des fois, je me dis quelques fois je devrais aller voir un médecin qui me connaît pas du tout et qui ferait l'inventaire**. […] La dernière fois c'est qu'elle découvre que je n'ai pas fait de prise de sang depuis 2006, bon c'est vrai que j'aurais pu m'en occuper moi-même, mais c'est elle le médecin. Mes copines elles me disent la même chose* » (femme, 69 ans, Agnettes, Gennevilliers)

Si très peu de Gennevillois ou de Gennevilloises décident de changer de médecin généraliste, certaines tentent de consulter les internes en stage dans le cabinet, ou bien préfèrent prendre rendez-vous avec le remplaçant de leur médecin habituel.

> « *C'est **mon médecin de famille, le problème c'est qu'il me, qu'il nous connaît, ma femme et moi, j'ai peur des fois qu'il passe à côté de choses.** Parce qu'on arrive pour un renouvellement de médicaments, il nous prend la tension et puis, bon c'est tout. Des fois **j'aime autant quand c'est sa collègue** qui vient parce que souvent, il prend des jeunes, des, qu'il forme quoi, et **je suis presque plus content, comme elle ne nous connaît pas elle nous a épluché vraiment**, bien, ma femme et moi* » (homme, 75 ans, Sévines-Chandon-Brenu, Gennevilliers)

> « *Le problème c'est que **quand vous la connaissez bien des fois elle est trop familière et je préfère encore passer avec sa remplaçante**. Parce qu'**elle m'ausculte plus, elle me connaît moins, donc elle y passe plus de temps**. Je le sens qu'elle est plus, voilà, l'autre elle est trop familière* » (homme, 65 ans, Luth, Gennevilliers)

Ces derniers éléments illustrent la capacité et, d'après certains auteurs, la tendance actuelle des individus à donner, mais aussi retirer la confiance accordée à leur médecin contribuant ainsi à la redéfinition de la relation médecin-patient, car *« on ne peut être forcé à faire confiance, mais on peut choisir d'accorder sa confiance, de même qu'on peut la retirer, et c'est en cela me semble-t-il que l'autorité du praticien demeure, mais a changé de forme »* (Jaunait 2007, p.71).

Une « amitié » qui se joue de la hiérarchie ?

Ces éléments pourraient indiquer qu'une relation particulière lie une partie des Gennevillois et des Gennevilloises à leurs médecins généralistes. Cependant, cette particularité est-elle synonyme de démystification du statut du médecin ? Les liens quasi affectifs et personnels loués par une partie des Gennevillois et des Gennevilloises et relayés par certains médecins généralistes de cette ville, sont-ils le support d'une déconstruction locale de la hiérarchie qui fonde les rapports médecin-patient ? Autrement dit, « *le médecin-père du patient* » est-il devenu, plus à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt, un « *médecin-pair de l'usager* » (Pierron 2007) ?

Nos entretiens montrent que cela n'est pas (tout à fait) le cas. Si, à Gennevilliers, des liens originaux lient certains enquêtés à leurs médecins, ceux-ci ne remettent pas en cause le nexus savoir-pourvoir, donc le principe d'inégalité et le rapport de force au cœur de la relation médecin-patient.

La confiance accordée à son médecin généraliste résulte en effet d'une reconnaissance du savoir du médecin, et donc de la dimension intrinsèquement inégalitaire de la relation médecin-patient.

> « ***Chacun a son métier. Chacun a son truc. Ils ont fait des années et des années d'études donc.*** *Moi quand j'ai été voir mon chirurgien, moi j'étais charcutier, quand il m'a dit je vais vous opérer, il m'a expliqué. J'ai dit bon alors c'est bon on suivra les pointillés.* ***C'est vrai qu'en fin de compte moi je fais confiance*** » (homme, 50 ans, Agnettes, Gennevilliers)

> « *En plus* ***il est professeur de faculté, à l'université donc euh, et il a beaucoup d'internes, donc non je lui fais confiance*** » (femme, 67 ans, Agnettes, Gennevilliers)

La confiance apparaît ainsi comme *« une forme de vulnérabilité acceptée […] une forme de vertu attachée à l'état de malade : faire confiance est un véritable devoir du malade et correspond à une remise de soi absolue, à l'acceptation d'un transfert d'autorité aveugle au nom du principe de bienfaisance »* (Jaunait 2007, p.71). La relation médecin-patient est une relation sociale particulière, « *singulière* », pour reprendre le terme proposé par Georges Duhamel dans les *Cahiers Laennec* en 1935, mais elle est aussi, et toujours, une

relation inégalitaire. Ainsi, que l'on passe d'un paternalisme traditionnel à un partenariat plus fréquent ne fait pas disparaître cette inégalité (Hoerni, Roland, et Pujol 2008).

Comme l'illustrent les extraits d'entretiens suivants, la figure tutélaire du médecin reste ancrée dans les normes sociales dominantes.

> [Enquêtée] : « *J'ai connu des médecins, on a tous connu des médecins qui ressemblaient à* ***des proviseurs de lycées, imposants, bedonnants, qui se tenaient à leur place, on n'avait pas du tout envie de plaisanter, ni de discuter avec lui*** *d'ailleurs. Moi j'ai eu le docteur B. dans le quartier des Grésillons, c'est très ancien ça, bon bah voilà* ***je n'aurais jamais osé, j'osais pas****, quand il me disait quelque chose je ne lui aurais pas dit oui, mais docteur euh. Tandis que là il y a un dialogue, on peut discuter, tout en respectant les gens* » [Enquêté] : « *d'ailleurs il y a une chose à une époque,* ***le médecin c'était quelqu'un de bien placé****, c'était, bon aujourd'hui encore c'est sûr, mais ce n'est pas pareil quand même* » (femme de 70 ans et homme de 77 ans, Agnettes, Gennevilliers)

> « *Je discute avec elle, mais des fois je trouve que* [rire] *que je lui fais trop confiance si vous voulez, et surtout* ***je ne pose pas assez de questions****. Et quand je reviens à la maison je me dis ah t'aurais dû demander ça. Parce que j'ai quand même, je ne sais pas pourquoi, ça c'est un reste de la famille avant, de mon enfance aussi de la jeunesse,* ***j'ai toujours une petite émotion avec le médecin****. Bah, vous voyez* ***la hiérarchie*** *tout de suite,* ***pour moi là c'est des sachants*** *vous voyez, bon ce qui n'est plus le cas à l'heure actuelle, hein, enfin bon si pour des domaines bien précis, mais, je ne sais pas pourquoi, pour moi ça fait ça.* ***Une petite réticence, non, réticence c'est pas le bon mot, mais euh, peut être presque comme un complexe d'infériorité*** *vous voyez* » (femme, 76 ans, Agnettes, Gennevilliers).

Si beaucoup de ces discours sont le fait de personnes consultant un médecin généraliste installé dans le quartier des Agnettes, certains concernent aussi des professionnels exerçant au Village (en cabinet privé comme au CMS) ou bien dans le quartier du Luth.

Cependant, seules des habitantes du quartier des Agnettes déclarent mettre en place des stratégies pour contourner certaines implications de la hiérarchie inhérente à la relation médecin-patient.

> ***« Maintenant quand j'ai quelque chose, quand j'ai des choses à demander je l'écris et j'ai mon papier****. Voilà, voilà. C'est un peu stupide d'avoir cette réaction parce que vous la connaîtriez, je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de la rencontrer, le Dr L. Je l'ai vu évoluer ailleurs, elle n'est pas*

du tout impressionnante, elle n'est pas non plus, mais c'est le médecin » (femme, 76 ans, Agnettes, Gennevilliers).

« ***Quand j'y vais je note les questions que j'ai à poser****, parce que quand on n'y va pas avec un petit papier je me dis je vais lui poser la question et puis de fil en aiguille dans les conversations on oublie de, l'essentiel.* ***Donc à chaque fois je note, j'ai un post-it et je note****. Mais sinon non elle est vraiment bien, je trouve qu'elle est bien, elle est à l'écoute, il n'y a pas de soucis, c'est vraiment bien c'est juste moi je ne sais pas pourquoi* » (femme, 66 ans, Village, Gennevilliers)

Seules des femmes de ce quartier déclarent ainsi noter leurs interrogations sur une feuille de papier avant de se rendre chez leur médecin généraliste. Ces femmes consultent toutes des professionnels installés dans leur quartier de résidence. Ce quartier semble donc constituer un contexte particulier de recours, mais aussi d'exercice de la médecine générale. En effet, comme nous le montrerons dans la suite de ce chapitre, les médecins exerçant dans ce quartier valorisent l'autonomisation de leurs patients (1.2.2) et appartiennent en effet à un profil lui aussi particulier (2.).

Boulogne-Billancourt, un contexte plus « classique »

Si la fidélité ou la qualité du dialogue instauré entre le médecin et son patient sont louées par les Gennevillois et les Gennevilloises autant que par les Boulonnais et les Boulonnaises, très peu d'enquêtés boulonnais décrivent de façon détaillée les relations qu'ils ou elles entretiennent avec leur médecin généraliste.

Un seul couple, résidant dans le quartier du Pont-de-Sèvres, loue la relation « *quasi amicale* » qu'ils entretenaient avec leur ancienne médecin généraliste (aujourd'hui partie à la retraite). Le reste des enquêtés emploie un vocabulaire plus neutre, professionnel. La « *compétence* » du médecin, ainsi que son accessibilité économique sont louées (chapitre 4).

Comme l'illustre l'extrait d'entretien suivant, la déférence des individus vis-à-vis de leur médecin y est bien plus souvent rappelée qu'à Gennevilliers : « *Pour d'autres ça n'ira pas, parce qu'ils veulent autre chose, mais nous ça nous convient. C'est difficile de dire qu'un médecin est bien ou pas. Parce qu'on ne peut pas se permettre. Des fois c'est dans la tête. On ne peut pas se permettre de, il a fait ses études quand même, il sait. On doit respecter ça, toutes ces études quand même* » (femme, 75 ans, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt).

Les discours des enquêtés boulonnais et boulonnaises d'une part et gennevillois et gennevilloises d'autre part semblent donc témoigner de relations médecin-patient originales. Or, les discours des professionnels de santé de ces deux communes en attestent-ils également ?

1.2.2. Médecins généralistes, autonomie et pouvoir d'agir des patients

Le rôle du patient s'est construit autour des notions de déresponsabilisation, d'acceptation, de coopération et de soumission vis-à-vis du professionnel de santé (Klein 2012). En effet, dans un contexte de médecine curative dominante, marquée par une technicisation croissante et un élargissement de son champ d'intervention (médecine prédictive, procréation médicalement assistée, etc.), le patient est considéré comme incapable de se gouverner lui-même est placé sous la responsabilité du médecin (Bureau et Hermann-Mesfen 2014). Au pouvoir absolu du médecin correspondrait la confiance aveugle des patients envers leur médecin. Cependant, s'opère depuis quelques décennies une remise en cause de ce modèle paternaliste, aboutissant à ce que certains nomment l'émergence du « *patient contemporain* » (Bureau et Hermann-Mesfen 2014). Si l'usage de cette terminologie ne fait pas l'unanimité et que le bouleversement des rapports de pouvoir inhérents à la relation médecin-patient n'est pas complet, l'équilibre des rapports entre le corps médical et le patient sont sans aucun doute en cours de redéfinition (Jaunait 2007 ; Fainzang 2006 ; Pierron 2007). La valorisation croissante de l'autonomie du patient, élément marquant de l'évolution des rapports médecin-patient, est au cœur de certains discours des professionnels rencontrés. Or, leurs appréciations de ces bouleversements témoignent de l'hétérogénéité de leurs positionnements, mais aussi de leurs contextes d'exercice.

Entre déclassement et perte de pouvoir

Certains professionnels, en minorité dans notre panel, mais exerçants presque exclusivement à Boulogne-Billancourt (et ce dans la partie nord comme dans la partie sud de la ville), se définissent comme un « *pion* », une « *étape parmi d'autres* » dans le parcours de soins de leurs patients. Ces professionnels perçoivent de façon relativement violente la dévalorisation de la parole du médecin généraliste au profit des médecins spécialistes d'une part, et d'autres sources d'information mobilisées par leurs patients d'autre part. Au cœur de cette dévalorisation se placerait un double déficit identitaire : l'un est lié au statut du médecin généraliste vis-à-vis du reste du monde médical, et plus spécifiquement des médecins spécialistes, l'autre à son statut dans la société (Baszanger, Bateman, et Paillet 2002).

Un médecin généraliste exerçant dans le nord de Boulogne-Billancourt explique ainsi que les personnes qu'il reçoit sont souvent suivies par plusieurs médecins, éventuellement généralistes (mais c'est de moins en moins le cas depuis l'obligation de déclaration de son médecin traitant, estime-t-il), mais surtout par de nombreux spécialistes. Il ne recevrait la majorité de ses patients qu'une à deux fois par an, « *pour des détails* » précise-t-il. Par exemple, le dépistage du cancer du sein serait la « *chasse gardée des gynécos* », or, les femmes qu'il reçoit sont toutes suivies par un gynécologue. D'après lui, les médecins « *à la campagne* » ou bien exerçants dans des territoires où la population est « *plus pauvre* » posséderaient un rôle « *central, ce qui n'est pas du tout mon cas* ». Finalement, « *le médecin traitant fait ce que l'on veut bien lui faire faire ici* » (MG n°10, secteur 1, quartier nord, Boulogne-Billancourt).

La spécificité des discours des médecins généralistes boulonnais dans leur sentiment de déclassement, voire de concurrence vis-à-vis des médecins spécialistes met certainement en valeur un type de relation médecin-patient, certaines modalités de recours de leurs patients et inversement des ressentis professionnels particuliers. Cependant, la démographie médicale de cette ville et sa comparaison avec celle de Gennevilliers ne peuvent être ignorées. En effet, la ville de Boulogne-Billancourt possède une offre en médecine spécialisée dense et variée (tableaux n°25). En revanche, à Gennevilliers la densité de spécialistes est faible (tableau n°25), les médecins généralistes y sont donc, plus massivement qu'ailleurs, investis dans leur mission de pivot du parcours de soin.

Tableau n°25 : Densités de quatre spécialités médicales à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt (en nombre de professionnel pour 10 000 individus[6])

	Gennevilliers	**Boulogne-Billancourt**	Hauts-de-Seine
gynécologie	0	1,8	1
psychiatrie	0	0,8	0,9
pédiatrie	3,2	11,8	4,3
ophtalmologie	0	0,8	0,9

Sources : Ordre des médecins, données janvier 2016. Réalisation : E. Faure.

L'histoire de la construction de la médecine générale en tant que branche professionnelle (longtemps non reconnue comme une spécialité) et les enjeux sociaux, symboliques et économiques de la

[6] Les densités de gynécologues sont exprimées en nombre de professionnels pour 10 000 femmes, celles des psychiatres et ophtalmologistes en nombre de professionnels pour 10 000 habitants et celle des pédiatres en nombre de professionnels pour 10 000 enfants de moins de 15 ans.

hiérarchisation des professionnels de santé permettent de mieux le comprendre ce sentiment de déclassement vis-à-vis des médecins spécialistes. En effet, c'est en 1984 que figure pour la première fois le statut du médecin généraliste dans un texte officiel relatif à la formation de futurs médecins (Broclain 1994). La réforme de 1997 crée, dans toutes les facultés de médecine, un département de médecine générale en charge d'organiser un enseignement pratique sous forme de stage obligatoire en troisième cycle, et des éléments de formation théorique (Bloy 2010). Enfin, la médecine générale devient une véritable spécialité en 2004. Le rapport de force entre médecins généralistes et spécialistes, ainsi que ses implications pratiques demeurent vives, en effet « *la spécialisation confère un prestige supérieur à celui qui l'exerce. Son intervention est créditée d'une efficacité accrue, et le prestige est accentué par une tarification plus élevée des honoraires, négociée dans le cadre des conventions médicales. De ce fait, le processus de spécialisation* […] *a installé la médecine générale à une place résiduelle et statutairement dominée dans la hiérarchie du travail médical* » (Baszanger, Bateman, et Paillet 2002, p.24). Sur le plan juridique, les limites de l'exercice du médecin sont fixées par sa propre conscience : le diplôme donne le droit à exercer toute la médecine, c'est ensuite au professionnel d'en user de façon adéquate. En effet, d'après l'article 70 (article R.4127-70 du CSP) du code de déontologie médicale « *tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose* ». Ceci incite Dominique Broclain à déclarer que « *l'identité « formelle » du médecin généraliste se présente ainsi négativement comme celle d'un non-spécialiste* » (Broclain 1994, p.131).

D'après ces professionnels boulonnais, le statut du médecin généraliste serait remis en cause non seulement au sein de leur champ professionnel, mais aussi dans la société de façon plus générale. Par exemple, de plus en plus de leurs patients consulteraient alors qu'ils possèdent déjà, ou croient posséder, des informations sur leur mal. D'après un professionnel installé dans le nord de Boulogne-Billancourt, « *aujourd'hui c'est très rare quand mes patients ne soient pas allés, avant de venir me voir, consulter internet, sauf les personnes âgées* ». Cependant, il précise « *qu'avant les personnes n'osaient pas me dire qu'ils allaient sur internet, aujourd'hui ils le disent, c'est plus simple, car cela permet d'aborder les sujets qui les préoccupent, de parler plus librement des symptômes, c'est moins ambigu* » (MG n°8, homme, secteur 2, quartier nord, Boulogne-Billancourt). Un médecin installé à Gennevilliers[7] déclare qu'« *aujourd'hui les gens arrivent*

[7] Seul médecin en secteur 2 de la ville, il est aussi le seul de la commune à regretter ainsi l'usage qu'il juge « *irréfléchi* » d'internet par ses patients.

dans le cabinet et ils savent déjà ce qu'ils ont. Ils sont trop gâtés » il estime avoir « *un mal fou à convaincre les gens à cause d'internet. Avant il y avait le Larousse médical, mais ce n'est pas pareil. Les gens se rendent compte qu'ils ne vont pas bien en regardant sur internet* » (MG n°34, homme, secteur 2, Agnettes, Gennevilliers).

De par la circulation de l'information (internet, émissions télévisuelles sur la santé, presse spécialisée, etc.), l'existence et le développement rapide des réseaux d'usagers et de malades, ainsi que l'accroissement de la scolarisation de la population, le patient ne peut plus être considéré ignorant. Le médecin ne posséderait plus le monopole du savoir, ce qui déstabilise une autorité médicale qui croit sa légitimité fondée sur la connaissance des uns et l'ignorance des autres (Pierron 2007).

Prévention, dépistage du cancer colorectal : autonomie du patient et pouvoir du médecin

Le sentiment de perte d'un certain pouvoir ou statut, ressenti par une partie des médecins généralistes rencontrés, pose, en miroir, la question de l'autonomie et donc du pouvoir d'agir des individus.

De manière générale, parler d'autonomie revient à considérer la capacité du sujet à décider pour lui-même des règles auxquelles il obéit, et la capacité à agir qui en découle (Fainzang 2012). Dans le champ de la santé, la notion d'autonomie est le plus souvent mobilisée dans les travaux sur le handicap et la maladie chronique. Dans le cadre du handicap, la notion d'autonomie est envisagée comme l'antonyme de la dépendance, et donc comme la capacité à agir par soi-même, sans besoin/nécessité d'une aide extérieure. D'après Sylvie Fainzang, la valorisation de l'autonomie dans la relation médecin-patient est un fait social relativement récent (Fainzang 2012). Il correspondrait à la prise en compte de l'importance de la prise en charge d'une partie du suivi, voire des soins, par le patient lui-même. Le développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le domaine du diabète en est une illustration. L'autonomie est alors considérée comme la capacité du patient à gérer seul un traitement décidé par le corps médical. Dans le cadre de notre travail, et donc dans l'analyse du recours au dépistage du cancer colorectal, le sens donné à l'autonomie du patient est encore différent. Celui-ci doit décider pour lui-même de la réalisation ou non d'un examen (le test Hémoccult). Le degré de liberté vis-à-vis du médecin apparaît donc, à priori, bien plus important.

Cependant, une partie des médecins généralistes rencontrés, exerçant majoritairement à Gennevilliers, jugent les programmes nationaux de dépistage des cancers peu émancipateurs, car présentés comme une obligation pour les patients et finalement peu ou pas assez expliqués. La capacité de choix éclairé des individus ne serait pas respectée, dans la mesure où les campagnes télévisuelles, radiophoniques, etc.

fournissent une information parcellaire, voire d'après certains, erronée. Par exemple, un médecin généraliste installé dans le quartier des Agnettes estime que les campagnes sont « *mensongères* ». Il rappelle qu'il « *faut hiérarchiser les messages, je refuse que l'on mente aux gens, que l'on culpabilise les femmes* [concernant plus spécifiquement le cancer du sein] *je trouve ça scandaleux* » (MG n°26, homme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). Un médecin boulonnais a également fait part de son désaccord avec les messages de santé publique aujourd'hui diffusés. Ce professionnel, ne proposant aucun dépliant sur le cancer colorectal dans son cabinet, aborde longuement « l'*inadéquation* » des campagnes de prévention « *avec la réalité* », mais surtout avec le sens qu'il donne au mot « éducation ». Il cite l'étymologie du mot « *educare* », c'est-à-dire « *aller vers* ». D'après lui les décideurs en santé publique sont animés par des impératifs économiques, mais « *ne sont pas là pour ouvrir l'esprit des individus, ils ne les éduquent pas à la santé, mais les obligent à penser ça ou ça, sans initier en eux une réflexion, une curiosité* » (MG n°6, homme, secteur 1, quartier nord, Boulogne-Billancourt). Ces campagnes, sur le modèle de la publicité en général, se placeraient dans le registre de la séduction et non pas de l'éducation. Enfin, elles discréditeraient les messages de santé publique qu'elles visent à promouvoir.

À Gennevilliers, certains professionnels de santé sont engagés dans une démarche volontariste de recherche de nouvelles pratiques et modes d'exercice (coordonnés, impliquant davantage les patients dans leur parcours de soins, etc.) depuis des années. La mise en place de programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) par le service de santé de la commune (via les médecins généralistes du CMS) mais également par un groupe de médecins libéraux en est un exemple. En effet, des ETP sont mises en place par le CMS de Gennevilliers depuis 2010. Les patients diabétiques et asthmatiques en bénéficient. Deux infirmières, deux médecins, une diététicienne et une coordinatrice composent l'équipe ETP du CMS. Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise « *à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » (OMS Europe 1998). D'après l'HAS, elle « *fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie* ». À Gennevilliers, ce dispositif a vocation à se développer. La fiche action n°3 du nouveau CLS lui est par exemple spécifiquement dédié. De plus, ce dispositif est aujourd'hui largement développé par certains

médecins généralistes libéraux exerçant dans le quartier des Agnettes et du Village. Ce dispositif participant d'une réflexion sur la nature des rapports médecin-patient vise, théoriquement, à donner plus de place à l'autonomie du patient.

La perception qu'ont les médecins de leur propre rôle en tant que promoteur de la santé préventive et du programme de dépistage organisé du cancer colorectal témoigne également du positionnement spécifique de ces professionnels. En effet, une partie des professionnels rencontrés, exerçant majoritairement à Gennevilliers, attribuent la faible participation de leurs patients, dont celle des plus précaires d'entre eux, à leurs propres difficultés à promouvoir le programme. Le manque d'information, mais surtout de motivation des professionnels de santé seraient des facteurs non négligeables de la faible participation des individus à ce programme de santé publique. C'est le cas d'un médecin généraliste exerçant dans le quartier du Village à Gennevilliers, estimant qu'« *il faut convaincre les médecins avant* » (MG n°17, homme, secteur 1, Village, Gennevilliers) de se demander si les patients connaissent et adhèrent au dépistage organisé du cancer colorectal.

En revanche, quelques-uns des médecins rencontrés, boulonnais uniquement, identifient le fait que le patient est acteur de son dépistage comme un frein à la participation à ce programme. Par exemple, d'après une médecin généraliste exerçant au centre de santé de la Croix-Rouge de Boulogne-Billancourt « *ce qui est le plus difficile dans ce test c'est que les individus sont les propres acteurs de leur santé* » (MG n°6, femme, secteur 1, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Cette professionnelle compare ensuite les modalités de réalisation du test Hémoccult à celles du dépistage du cancer du sein : si dans le premier cas le test doit être réalisé par la personne à son domicile et donc sans l'assistance directe d'un professionnel de santé, le second possède « *l'avantage* » d'être réalisé par un professionnel. La « *prise en charge complète du patient* » est d'après elle « *souhaitable* ». L'autonomie, jugée trop importante, serait donc susceptible d'entraver le succès du programme de dépistage organisé du cancer colorectal.

Si des médecins généralistes mettent ainsi en valeur les « *réticences* », les « *gênes* » et « *tabous* » de certains de leurs patients, d'autres évoquent (aussi) la responsabilité du médecin généraliste. Bien que certains professionnels s'inscrivent simultanément dans ces deux postures, deux visions des rapports médecin-patient, des enjeux de pouvoir inhérents à cette relation, et finalement, de l'appréhension de l'autonomie des individus vis-à-vis du programme et du corps médical peuvent ainsi être identifiées.

Certains des résultats d'une étude menée par l'ORS de la région Nord-Pas-de-Calais sur les inégalités face aux cancers corroborent ces données (Raimbault et al. 2016). D'après ses auteurs, le regard des

professionnels vis-à-vis de leurs patients peut s'avérer variable selon les territoires : dans certains cas la responsabilité de la maladie est clairement reportée sur le patient lui-même, et dans d'autres, les conditions de vie des individus comme leur parcours de soins sont envisagés dans une approche plus globale de la maladie (Raimbault et al. 2016).

Un pourvoir parfois trop important

Au travers de ce programme, l'ensemble de la médecine est parfois interrogé. Certains professionnels (majoritairement gennevillois) pointent du doigt les limites de leur profession. Ces limites peuvent être vécues comme de véritables difficultés dès lors qu'elles s'ancrent dans une relation fondée sur la confiance des uns (patients) envers les autres (médecins), considérés comme les détenteurs d'un savoir scientifique infaillible (1.1.1. de ce chapitre).

Une médecin exerçant dans le quartier des Agnettes à Gennevilliers, estime par exemple que sa vision a beaucoup évolué depuis le début de sa carrière : « *à la sortie de la fac je me disais on va faire de la prévention, on va être responsable de la santé de la population qui vient nous voir* […] *on a beaucoup cru en la prévention, au dépistage et tout* » (MG n°30, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). Or, elle considère aujourd'hui que « *l'on donne des illusions aux gens* », car faire la promotion du dépistage des cancers « *c'est mentir aux gens* ». Selon elle, la médecine tend à « *essayer de leur faire croire que l'on va pouvoir les guérir de tout, alors que cela n'est pas vrai* ». De la même façon, un médecin généraliste exerçant dans le centre de la ville de Boulogne-Billancourt estime que « *la médecine ce n'est pas simple* » et que « *ces programmes tendent à faire croire que l'on maîtrise les choses* » (MG n°12, homme, secteur 2, centre-ville, Boulogne-Billancourt). Ces professionnels interrogent ainsi le pouvoir du corps médical, ainsi que celui du statut de leur profession.

Enfin, certains médecins généralistes estiment que les caractéristiques socio-économiques de leur patientèle, qu'ils ou elles qualifient de « *populaire* », favorisent cette relation de confiance, voire « *d'obéissance* » au médecin généraliste. Ces patients seraient « *plus compliants* », « *plus à l'écoute* » des recommandations du praticien, car finalement davantage soumis au statut du médecin en tant que représentant d'une classe (sociale et professionnelle) plus élevée. Cette situation serait plus « *confortable* » pour le médecin que de travailler avec des populations au niveau socio-économique et éducatif équivalent ou supérieur au leur. Par exemple, une médecin installée depuis plusieurs décennies dans le quartier des Agnettes à Gennevilliers déclare apprécier les relations « *simples* » qu'elle entretient avec ses patients. D'après elle, elle n'aurait pas pu travailler dans « *un contexte bourgeois* », car cette « *population*

populaire m'a laissé le temps de me former, d'apprendre mon métier » (MG n°30, femme, Agnettes, Gennevilliers). Elle rappelle qu'« *à l'époque on devenait généraliste sans avoir fait l'internat, donc on se formait sur le tas* ». La confiance accordée par cette population lui a « *permis de douter, tout en essayant de ne pas faire trop de bêtises* ». Elle estime qu'elle n'aurait certainement pas pu le faire avec une population plus aisée et bourgeoise, car les « *patients auraient été plus exigeants* ». De la même façon, une de ses jeunes consœurs déclare lors de notre entretien : « *je me sens utile ici* ». Elle différencie son exercice actuel de celui de son dernier stage à Paris, où elle était considérée comme « *une faiseuse de papier* » et était « *souvent remise en cause* » (MG n°29, femme, Agnettes, Gennevilliers). Cependant, si la première de ces deux médecins est « *toujours aussi étonnée de la confiance que m'accordent les personnes* » (MG n°30, femme, Agnettes, Gennevilliers), cette confiance « *presque aveugle dans certains cas* » s'avère aussi très inconfortable, car en contradiction avec son désir d'autonomisation de ses patients. Plusieurs autres médecins de cette ville témoignent en effet de cette confiance à la fois appréciable et difficile à assumer.

Finalement, les rapports de classes interférant ainsi dans la relation médecin-patient ne s'inscrivent-ils pas dans des processus similaires à ceux décrits par Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot (Pinçon et Pinçon-Charlot 2002) ? La quasi-absence de travaux sur les classes sociales très aisées et cultivées peut ainsi être interprétée comme une recherche -plus ou moins consciente de la part du chercheur, mais ici du médecin- du confort qu'assure une position avantageuse dans la hiérarchie sociale et symbolique (Pinçon et Pinçon-Charlot 2002).

Synthèse

Interroger la relation médecin-patient au travers du dépistage du cancer colorectal participe d'une réflexion sur le rôle de la dialectique savoir/pouvoir dans ce rapport. L'analyse de la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal par ce professionnel révèle à la fois les évolutions du rôle et du statut du médecin généraliste dans la société française, mais aussi certaines permanences de son pouvoir sur les pratiques des individus. Si le médecin tout puissant et incompréhensible de Molière n'existe certainement plus, l'avènement d'une relation partenariale et du « *patient contemporain* » au cœur du parcours de soins, informé et décideur, n'est certainement pas non plus réalisé.

Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés en ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal pour l'ensemble des personnes rencontrées, mais nos résultats montrent également que ces

rapports sociaux s'ancrent dans des contextes qui leur sont propres. Si de grandes tendances sont communes (valorisation de la fidélité à *son* médecin, écoute et confiance, permanence de la hiérarchisation des rôles et des discours entre le patient d'une part et le médecin d'autre part, etc.), la relation médecin-patient est, aussi, le produit d'un contexte particulier (intimité ou familiarité à Gennevilliers versus déférence et distance à Boulogne-Billancourt par exemple). De plus, les modalités d'exercice de la médecine générale ainsi décrite n'apparaissent pas antinomiques de l'histoire sociale et politique de ces deux villes, de leurs compositions socio-démographiques, des contextes locaux de promotion de la santé et les systèmes d'action analysés dans le chapitre précédent ou bien de la structuration de l'offre de soins.

À Gennevilliers, la figure du médecin « de famille », c'est-à-dire l'omnipraticien suivant l'ensemble du foyer depuis de nombreuses années, est largement mise en valeur (valorisation de l'usage des prénoms, de la possession du numéro de téléphone personnel du médecin de la part des patients, et satisfaction vis-à-vis de la confiance et de l'hospitalité des patients à leur encontre de la part des médecins). Toutefois, la relation patient-médecin s'ancre aussi dans un équilibre (toujours fragile et souvent interrogé, critiqué, et parfois détourné) entre le maintien du pouvoir du médecin, la confiance (ou l'obéissance ?) du patient et la critique du rapport hiérarchique inhérente à cette relation et de la figure tutélaire du médecin. Si la recherche de nouveaux modes d'exercice de la médecine générale (développement des ETP) témoigne par exemple de cette tension, transparaît aussi une difficulté, chez les patients comme chez certains professionnels, à se détacher de l'appréciation du médecin omnipotent et détenteur d'un savoir infaillible, pouvant être interprété comme le maintien d'une certaine forme de pouvoir sur la cité.

À Boulogne-Billancourt, à l'inverse, les patients témoignent avant tout d'une certaine déférence et distance à l'égard de leur médecin. Le médecin généraliste est un professionnel, compétent et respecté, mais jamais un « ami » ou un « confident » comme cela est souvent reporté par nos interlocuteurs gennevillois. La majorité des médecins généralistes rencontrés témoignent quant à eux de leur difficulté à se positionner comme le professionnel de santé de référence dans le parcours de soins de leur patient. La santé publique (et la prévention en particulier) est alors « confiée » à la puissance publique.

Promouvoir le dépistage dans ces deux contextes urbains ne nécessite donc certainement pas les mêmes artifices (acteurs à mobiliser, type de message, etc.). Par exemple, si la valorisation du rôle primordial du médecin généraliste est aisée à Gennevilliers, il n'en est pas de même à Boulogne-Billancourt, où ces professionnels ne se sentent majoritairement pas concernés par une mission de santé publique. À

Gennevilliers, le développement de la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal ne pourra certainement pas aboutir sans une communication portant sur ses avantages, mais aussi ses inconvénients et ses limites auprès des professionnels de santé de la ville pour beaucoup attentifs à leur degré d'autonomie (et celui de leurs patients) vis-à-vis du corps médical et des programmes nationaux de santé publique.

Nous proposons, dans la deuxième partie de ce chapitre, d'approfondir l'analyse du rôle du contexte sur les rapports médecin-patient, et surtout, sur les profils des médecins exerçant à Gennevilliers et à Boulogne-Billancourt. De plus, nous montrerons que si l'échelle communale est révélatrice de processus originaux, celle du quartier peut l'être également.

2. Construction socio-territoriale des profils professionnels. La médecine générale actrice des dynamiques locales de santé

La deuxième partie de ce chapitre vise à caractériser les contextes locaux d'exercice de la médecine générale à partir de profils de professionnels. Il s'agit donc d'analyser des territoires au travers des discours des médecins, et donc de leurs représentations de ceux-ci, et inversement de « définir » les médecins généralistes rencontrés par leurs rapports aux territoires sur lesquels ils ou elles exercent.

2.1. Typologie des médecins généralistes : pourquoi et comment ?

À partir des entretiens menés auprès des médecins généralistes exerçant à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt, nous avons construit une typologie de leurs rapports au territoire. Nous proposons, avant d'analyser les profils de professionnels ainsi identifiés, de présenter la méthodologie et les questionnements fondateurs de cette entreprise.

2.1.1. De la nécessité de complexifier/d'affiner l'analyse des discours professionnels

La diversité des représentations et des pratiques des médecins généralistes a fait l'objet de nombreuses recherches, en sociologie ou anthropologie de la santé notamment. Par exemple, les travaux d'Isabelle Baszanger portant sur les modalités d'entrée dans la pratique des jeunes médecins généralistes libéraux,

et donc à l'adaptation du savoir universitaire à la pratique quotidienne, aboutissent à l'identification de quatre profils de professionnels : les médecins soignants ; les médecins-guides de l'individu ; le médecin total de l'homme total ; les médecins de la cité (Baszanger 1985). La prise de distance avec le savoir acquis, les modalités d'insertion dans des réseaux professionnels, la définition de la santé et la place des déterminants sociaux et psychologiques de celle-ci ou bien la nature de la relation médecin-patient recherchée distinguent ces différents profils de médecins généralistes. Plus récemment, les recherches menées par Sylvie Fainzang montrent que pour certains médecins, les patients informés font mieux face à la maladie et comprennent mieux les mesures thérapeutiques, tandis que d'autres préconisent que la véritable information soit réservée aux médecins au motif qu'« *avec l'incertitude, il y a l'espoir* ». Les interprétations du principe d'information, d'autonomie, de partage de l'expertise et des pouvoirs divergent (Fainzang 2006). Or, à notre connaissance, les éventuelles dimensions territoriales de ces résultats ne sont pas interrogées.

C'est ce que notre typologie des médecins gennevillois et boulonnais propose. Elle doit permettre de comparer et d'analyser les discours des médecins généralistes rencontrés en fonction, non seulement de leur situation géographique, mais aussi des rapports qu'ils ou elles entretiennent avec ces lieux.

Nous avons retenu, au regard des discours recueillis, trois critères pour constituer cette typologie : le choix d'installation ; la satisfaction actuelle de son exercice (lieu, patientèle, mode d'exercice) et le niveau ou les modalités d'implication locale des professionnels, c'est-à-dire les rapports entretenus par celui-ci entre le dedans (le cabinet) et le dehors (le quartier et la ville).

2.1.2. Le choix d'installation

En France, le principe de liberté d'installation garantie par la Charte médicale du 30 novembre 1927 permet à tous les médecins, généralistes comme spécialistes, de choisir leur lieu d'exercice[8]. L'implantation de médecins généralistes, que nous savons inégalement répartie (Le Breton-Lerouvillois 2015 ; Alouis 2013) à l'échelle nationale- comme à des échelles plus fines- serait donc le reflet de choix individuels. Les décisions des médecins sont motivées par différents facteurs : géographique, économique, stratégique, administratif, juridique, affectif ou symbolique. Ce que l'on nomme ici

[8] Cette charte définit les principes fondamentaux de la médecine libérale en France : la liberté de choix du médecin par le malade ; la liberté de prescription ; le respect du secret professionnel ; le paiement direct des honoraires par le malade ; la liberté d'installation du médecin. Ces principes sont codifiés à l'article L.162-2 du Code de la sécurité sociale, et la jurisprudence administrative leur a reconnu le caractère de principes fondamentaux de la Sécurité sociale.

facteurs « affectifs ou symboliques » comprend les représentations, les connaissances et les discours sur les lieux. Un territoire peut être érigé comme le symbole d'une idée, d'un type de discours ou d'une catégorie d'espace (Alouis 2013).

Les réponses à la question « Pourquoi avoir choisi d'exercer dans cette ville/dans ce quartier ? » permettent d'interroger les médecins sur les critères qui ont guidé leur choix d'installation dans leur ville et quartier d'exercice, et donc d'appréhender leurs représentations de ces espaces.

Gennevilliers et Boulogne-Billancourt sont deux villes différentes d'un point de vue socio-économique et démographique, mais aussi symbolique. Les individus, mais aussi (et surtout) les médias et les politiques véhiculent des représentations de ces territoires fort différentes. Boulogne-Billancourt évoque majoritairement la richesse, le calme et la proximité à la capitale, alors que la ville de Gennevilliers est davantage associée à la pauvreté, la « banlieue » voire la violence (cf. chapitre 4). Nous considérons que ces représentations véhiculent des *à priori* plus ou moins mélioratifs ou péjoratifs sur les lieux et peuvent contribuer aux choix de ces professionnels.

Nous avons finalement classé les choix opérés par les professionnels de notre panel en cinq dimensions que nous avons nommées *familiale* (reprise du cabinet familial (père ou mère médecin), adéquation avec le lieu de travail d'un conjoint[9]), *géographique* (désir d'exercer dans sa ville de résidence, ou bien proche de celle-ci), *stratégique* (évaluation du besoin ou de la demande potentielle en médecine générale dans un secteur au regard de l'offre disponible), *professionnelle* (désir d'exercer dans un type de structure particulier : centre de santé, CMS) et enfin, *socio-politique* (adhésion aux modes de fonctionnement, à la « *philosophie* » d'un cabinet, ou bien désir d'exercer dans une « *ville populaire* »).

2.1.3. Satisfaction

Le second critère intégré à la construction de la typologie des médecins généralistes correspond à leur niveau de satisfaction vis-à-vis de la situation actuelle (lieu, patientèle et conditions d'exercice). Révélateurs des représentations territoriales des professionnels, ces discours permettent de mieux

[9] Le terme « conjoint » est volontairement accordé au masculin afin d'illustrer la non-mixité de cette situation. En effet, dans notre panel, seules des médecins femmes ont déclaré avoir choisi leur lieu d'exercice en fonction de celui de leur mari, ou d'une mutation professionnelle de celui-ci. Ce résultat s'inscrit dans une tendance générale, qui, en France, implique que les femmes « suivent » beaucoup plus leur époux ou compagnons suite à une mutation professionnelle, que les hommes ne le font. Par exemple, d'après une enquête menée en 2015 par *Expat Value* auprès de 3 000 personnes, 91 % des conjoints d'expatriés à l'étranger sont des femmes (Quillet 2015).

comprendre comment les médecins conçoivent leur lieu d'exercice et leurs rapports avec leur patientèle, mais également, nous le verrons, leur rôle et leur profession.

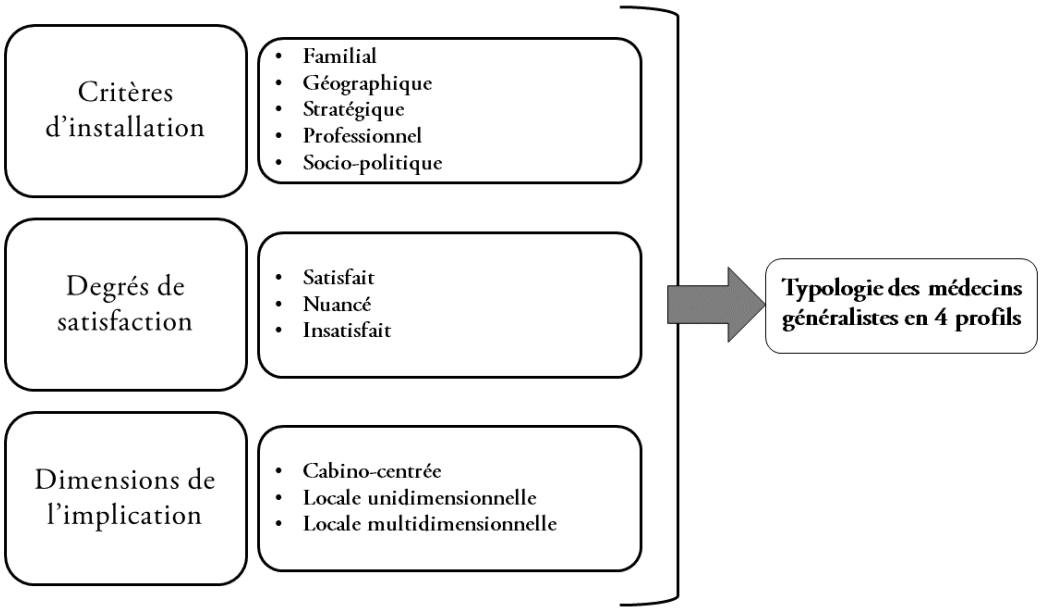
L'analyse de cette dimension des discours des médecins généralistes fait émerger trois positionnements : satisfait, nuancé et insatisfait.

2.1.4. Implication locale

Le troisième critère retenu est l'implication locale du médecin généraliste. Nous considérons que s'impliquer dans une association locale, prendre part à un réseau local de professionnels de la santé, assister à des réunions publiques d'aménagement d'un quartier ou bien organiser des groupes de travail à l'échelle communale démontrent l'ancrage territorial d'un professionnel. Contrairement aux choix d'installation et à la satisfaction, la classification des professionnels vis-à-vis de ce critère repose sur différentes sources données : les discours des médecins généralistes récoltés lors des entretiens, mais également, l'observation et la présence régulière sur le terrain. Trois dimensions (ou niveaux) d'implication des médecins généralistes ont ainsi pu être identifiées.

Ce que nous appelons une approche *cabino-centrée* correspond à des professionnels ne s'impliquant pas dans leur ville, ni leur quartier d'exercice, réalisant « uniquement » leurs consultations au cabinet (ou à domicile). L'*implication locale unidimensionnelle* comprend des médecins impliqués dans des actions de promotion de la santé dans l'espace public, institutionnel ou associatif (actions sur la voie publique, au sein d'antennes de quartiers, dans des FTM ou bien des foyers de personnes âgées) ou bien, et c'est le plus fréquent, impliqués dans un réseau professionnel (amicale des médecins par exemple). Enfin, ce que nous appelons *implication locale multidimensionnelle*, correspond à une implication des médecins dans des actions de promotion de la santé dans l'espace public, institutionnel ou associatif (actions sur la voie publique, au sein d'antennes de quartiers, dans des FTM ou bien des foyers de personnes âgées), dans un réseau professionnel interdisciplinaire visant le partage de connaissances et de pratiques (amicale des médecins par exemple), mais également dans la vie de la cité (animation de débats ou d'ateliers d'information, participation à des réunions publiques d'aménagement d'un quartier, montage d'un groupe de travail à l'échelle communale). L'implication est ainsi à la fois orientée vers la population et vers les professionnels de santé (confrères médecins généralistes, ou bien professionnels du champ médico-social de façon plus large). Le schéma suivant résume les différentes dimensions qui composent notre typologie des médecins généralistes dans leur rapport au territoire (schéma n°10).

Schéma n°10 : Architecture de la typologie des médecins généralistes



2.2. Une typologie des médecins généralistes en quatre profils

Les trois critères présentés (motifs d'installation, degrés de satisfaction et dimensions de l'implication des médecins généralistes) ont été associés pour la construction de la typologie. Le tableau suivant résume la méthodologie adoptée lors de l'attribution des types de profils à chacun des trente-cinq médecins généralistes rencontrés.

Tableau n°26 : Méthodologie de construction de la typologie des médecins généralistes

Critères	*Dimensions des critères*	*Score*
Degrés de satisfaction	Satisfait	2
	Nuancé	1
	Insatisfait	0
Motif(s) d'installation	familiale et/ou géographique	1
	stratégique	2
	professionnelle	3
	socio-politique	4
Implication locale	cabino-centrée	1
	implication locale unidimensionnelle	2
	implication locale multidimensionnelle	3

Score total	Profils attribués au médecin
8 ou plus	ancré-e-s
7 ou 8	engagé-e-s
entre 4 à 6	situé-e-s
2 ou 3	isolé-e-s

Sources : enquête de terrain. Traitement et réalisation : E. Faure.

La typologie des médecins généralistes comporte finalement quatre profils que nous avons nommés les ancré-e-s, les engagé-e-s, les situé-é-s et les isolé-e-s.

2.2.1. Les ancré-e-s

Le nom de ce profil met en valeur l'ancrage territorial des professionnels qu'il caractérise. C'est en effet le groupe le plus actif localement, ayant une connaissance fine des territoires sur lesquels ils ou elles exercent (quartier et ville d'implantation).

Les médecins appartenant à ce groupe ont choisi leur lieu d'exercice en prenant en compte des caractéristiques tangibles, mais aussi subjectives, des lieux. La composition socio-économique supposée de la ville a par exemple été décisive dans leur choix. Le désir de travailler dans une « *ville populaire* » est très souvent évoqué par ces professionnels. Une professionnelle exerçant dans un cabinet de groupe dans le quartier des Agnettes estime par exemple qu'elle n'aurait « *pas pu travailler dans un contexte bourgeois* » (MG n°30, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). Un autre médecin appartenant à ce groupe, un homme exerçant dans le quartier du Village, considère qu'il s'est installé à Gennevilliers « *un peu par un hasard. Enfin pas complètement, car c'est sûr que je ne voulais pas travailler dans une ville bourgeoise. Je ne voulais pas travailler à Neuilly par exemple.* » Selon lui, c'est son « *caractère* » qui l'a poussé à travailler à Gennevilliers, c'est-à-dire sa « *vision de la médecine* » et de sa profession (MG n°17, homme, secteur 1, Village, Gennevilliers). Enfin, une des médecins de ce groupe, exerçant au sein du CMS, estime avoir choisi cette ville et ce mode d'exercice pour la « *vocation sociale de la structure* » et « *la composition de la ville* » c'est-à-dire le caractère « *populaire des gens d'ici* » (MG n°21, femme, secteur 1, Village, Gennevilliers). Ces professionnels s'inscrivent donc dans les deux dernières dimensions du choix du lieu d'implantation, c'est-à-dire la dimension *professionnelle* (désir d'exercer dans un type de structure particulier : centre de santé, CMS) ou bien *socio-politique* (adhésion aux modes de fonctionnement, à la « *philosophie* » d'un cabinet, d'un confrère ou bien désir d'exercer dans une « *ville populaire* »).

De plus, leur choix du lieu d'exercice est très souvent associé par les médecins eux-mêmes à leur vision de la médecine, au rôle qu'ils estiment incomber au médecin généraliste. En effet, ces professionnels revendiquent leur appartenance à « *une médecine sociale* ». Par exemple, alors que notre entretien se termine, un médecin libéral, installé depuis plusieurs décennies dans le quartier du Village, insiste sur le fait qu'il s'agit pour lui, et beaucoup de ces confrères à Gennevilliers, de « *faire une médecine sociale, engagée, sans quoi ce n'est pas de la médecine* » avant d'ajouter que « *tout dépend des médecins, moi par exemple si certaines personnes ne peuvent pas payer, je le sais, je le vois bien, je les connais, et bien ils ne payent*

pas. Il s'agit d'être honnête, on fait de la médecine quand même. Je fais de la médecine humaine » (MG n°17, homme, secteur 1, Village, Gennevilliers). De la même façon, une des médecins de ce profil, exerçant au CMS, apprécie travailler avec des « *populations en nécessité, avec des personnes qui ont des difficultés d'accès aux soins* ». Les difficultés d'accès aux soins de ces patients lui apparaissent comme un signe de son « *utilité* », de la pertinence de sa mission en tant que médecin : « *c'est une ville très spéciale, ici on sort de l'anonymat, on se sent utile* » (MG n°20, femme, secteur 1, CMS, Village, Gennevilliers).

À l'image des résultats d'autres enquêtes sur la médecine générale en France (Vega 2013 ; Baszanger 1985), il semble que l'appartenance à certains syndicats professionnels soit le témoin de cet engagement, mais aussi d'une certaine vision de la médecine générale. Cette question, non anticipée, n'a pas pu être systématiquement renseignée, or, il apparaît que les quelques médecins ayant abordé la question du syndicat et évoqué leur appartenance au SMG, appartiennent tous à ce profil. Ce syndicat de médecins généralistes, créé en 1975, prône (d'après sa charte, relayée sur son site internet[10]) une opposition au « *secteur privé à l'hôpital, le secteur II à honoraires libres, l'inégalité d'accès aux soins, le lobby de l'industrie pharmaceutique, le paiement à l'acte qui incite à une médecine à la chaîne et à l'inflation des consultations et qui ne doit plus être le seul mode de rémunération en médecine ambulatoire. Le SMG analyse les perversions du système actuel et ses dérives. Il met en avant des solutions pour sortir la médecine de la logique marchande, en remettant la santé dans le champ public et politique* ». La revue du syndicat *(Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique*) dans laquelle s'expriment certains de ces médecins gennevillois fait une large place aux inégalités sanitaires et sociales, notamment dans le domaine du travail. Le rapprochement opéré entre SMG et SNPMT[11] en 1979, donc entre médecins généralistes et médecins du travail critiques, au sein d'une Union syndicale de la médecine (USM) dont l'un des principes fondateurs est de « *s'opposer à l'emprise du profit sur la santé* », marque la « *dynamique d'affirmation d'un mouvement "alternatif" au sein de la profession médicale* » (Hassenteufel 2010, p.404).

L'ancrage local de ces médecins généralistes est donc associé à un ancrage politique. Ces professionnels s'engagent dans la promotion de la santé pour tous, et le soutien du rôle politique de leur mission auprès de la population et de la société. Cet ancrage politique de l'exercice de la médecine, accompagné d'une remise en cause de la pratique commerciale de la profession se traduit par exemple par ce que nous pourrions nommer : les « médecins Prescrire ». Plusieurs des professionnels rencontrés, appartenant tous

[10] Les principes du syndicat SMG sont extraits de son site internet (http://www.smg-pratiques.info/Notre-histoire-et-nos-batailles.html) consulté le 11/07/2016.

[11] SNPMT : Syndicat national des professionnels de la médecine du travail.

à ce profil dit ancré-e-s, se sont présentés, au début de nos entretiens, ou bien au cours de nos discussions comme « *des médecins Prescrire* » en référence à la revue spécialisée homonyme, indépendante des lobbies et firmes pharmaceutiques. Ainsi, comme le montre Anne Vega dans son étude des petits, moyens ou gros prescripteurs de médicaments, les pratiques des médecins généralistes s'appuient à la fois sur des modes et instances de socialisation professionnels (études, réunions professionnelles, presse spécialisée, etc.), mais aussi sur un ensemble de valeurs, voire d'opinions politiques (Vega 2013).

Si l'échelle communale est mobilisée par les professionnels, ou bien, plus rarement, celle du cabinet (choix d'un cabinet dit « *militant* », ou bien « *de femmes* » dans le cas d'une médecin généraliste installée dans le quartier du Luth à Gennevilliers par exemple), celle du quartier est absente de leur choix initial d'installation. Cette échelle territoriale apparaît toutefois dans la description de leur implication locale, leur connaissance actuelle de leur territoire d'exercice, et finalement, leur attachement au lieu et à ses habitants.

Les médecins dit ancré-e-s appartiennent à la troisième dimension de l'implication locale, c'est-à-dire l'implication locale multidimensionnelle. Ce sont donc des médecins à la fois impliqués envers la population et envers les professionnels de santé (confrères médecins généralistes, ou bien professionnels du champ médico-social de façon plus large). Les professionnels appartenant à ce profil et exerçant au CMS participent aux actions de promotion de la santé organisées par le service de santé de la ville de Gennevilliers (Octobre Rose, journée contre le sida, interventions en FTM). À Gennevilliers, plusieurs médecins libéraux appartenant à ce profil assurent des permanences d'accès aux droits et aux soins à la Maison de la solidarité. Enfin, la participation à des débats publics sur l'aménagement de leur quartier témoigne également de l'ancrage local de certains de ces médecins généralistes.

Enfin, comme en témoignent les extraits d'entretiens suivants, ces médecins sont très satisfaits de leur exercice actuel et de leurs conditions de travail : « *Je suis très satisfait. Ma patientèle correspond tout à fait à ma vision de la médecine, aux relations humaines dont j'ai envie* » (MG n°28, homme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). Ce médecin estime pouvoir être direct avec les gens, pouvoir dire les choses simplement, tout en prenant en compte leur avis, ce qu'il différencie d'un exercice avec « *les classes bourgeoises* ». Il estime que son travail à Gennevilliers est « *plus intéressant* ». Il insiste sur la valeur des liens humains qui se tissent au fur et à mesure des années dans un cabinet. Nos échanges avec une

médecin généraliste installée dans le quartier des Agnettes reportés dans notre carnet de terrain[12] témoignent également de cette satisfaction à y exercer :

> Elle se dit « *très satisfaite* », et ce « *pour différentes raisons* ». Elle estime que son « *cabinet historique* » correspond tout à fait à l'image qu'elle se faisait, et se fait toujours de son métier. Ce cabinet a été occupé par le MLAC dans les années 1970. L'ancienne équipe du cabinet a contribué à la création du centre IVG de Colombes. Du fait de la présence de plusieurs médecins possédant une spécialité en gynécologie, le cabinet reçoit beaucoup de femmes, ce qu'elle apprécie. La population immigrée est également très importante parmi sa patientèle. Elle apprécie les relations « *simples* » qu'elle a avec ses patients qu'elle estime « *plus sympas, plus accueillants* ». Elle se dit attachée à la médecine qu'elle peut pratiquer grâce au réseau d'acteurs de la santé présent sur le territoire gennevillois. Elle a par exemple fait partie de la création du réseau de santé ARèS92 en 1992 visant à répondre collectivement *« au défi »* du SIDA, puis de la toxicomanie et la de précarité croissante reportée par différents acteurs de terrains.

Ce profil caractérise cinq médecins généralistes. Il s'agit de deux hommes et de trois femmes, exerçant tous à Gennevilliers[13], en secteur 1. Trois d'entre eux exercent dans un cabinet libéral partagé et deux au CMS. Ces médecins exercent depuis des périodes variables (en 2014, deux exerçait depuis 35 ans, un depuis 28 ans, un depuis 1 an et le dernier depuis 8 mois). Il s'agit donc soit de médecins possédant une longue expérience de leur profession (professionnels installés depuis plus de 28 ans) soit de jeunes médecins (exerçant depuis un an ou moins).

2.2.2. Les engagé-e-s

Le second groupe de médecins est appelé « engagé-e-s ». Cette dénomination témoigne de l'attachement de ces professionnels à la ville dans laquelle ils ou elles exercent, bien que cela ne se traduise majoritairement pas par une implication auprès de la population en dehors de leur cabinet.

Les choix de ces professionnels en matière de lieu d'installation s'inscrivent dans les dimensions suivantes : *professionnelle* (désir d'exercer dans un type de structure particulier : centre de santé de la

[12] Le paragraphe suivant est un extrait de mon carnet de terrain. Les notes prises pendant l'entretien ont été complétées par des bribes de conversation mémorisées, et des remarques personnelles, reportées dans le carnet à la sortie de l'entretien (dans la salle d'attente, ou bien dans la rue, juste après).

[13] La répartition spatiale et l'ancrage territorial des médecins des différents profils sont analysés de façon détaillée dans le paragraphe 2.3.2 de ce chapitre.

Croix-Rouge pour une des professionnelles de ce groupe, ou bien recherche d'un travail collectif et « engagé » au sein d'un CMS), *socio-politique* (adhérence aux modes de fonctionnement, à la « *philosophie* » d'un cabinet ou d'un confrère rencontré lors d'un stage d'internat), mais aussi, pour une partie d'entre eux *familiale* (reprise du cabinet familial (père ou mère médecin) pour deux médecins exerçant à Boulogne-Billancourt) et *géographique* (désir d'exercer dans sa ville de résidence pour un médecin boulonnais).

Comme leurs confrères du groupe précédent, la majorité de ces médecins généralistes associent leur choix du lieu d'exercice au type de médecine qu'ils ou elles veulent exercer. Une des médecins dites « engagée » exerçant à Gennevilliers, dans le quartier du Luth explique lors de notre entretien qu'elle pensait s'installer plus tard qu'elle ne l'a finalement fait[14], et souhaitait « *s'installer à Neuilly ou dans le XVIIe, mais je ne sais pas j'ai dû avoir une révélation, j'ai décidé de travailler ici* » (MG n°27, femme, secteur 1, Luth, Gennevilliers). L'attachement à la ville de Gennevilliers, voire un lien quasi affectif, a contribué au choix d'une seconde médecin généraliste de ce profil exerçant au CMS : « *cette banlieue c'est mes racines, mes parents y habitaient. C'est chez moi ici* ». Elle déclare également apprécier « *l'approche militante de la santé à Gennevilliers et dans le CMS* », les « *liens spécifiques avec les patients* », et surtout la conviction de s'y « *sentir utile* » (MG n°33, femme, secteur 1, Village, Gennevilliers).

Si, parmi les médecins de ce profil, la ville est ainsi mobilisée comme facteur d'un choix d'installation professionnel, cet attachement se matérialise davantage à une échelle plus fine : une structure (centre de santé) ou bien un cabinet. Par exemple, une des médecins de ce profil, exerçant au centre de santé de la Croix-Rouge, explique qu'elle n'a pas choisi de travailler à Boulogne-Billancourt, mais qu'elle désirait exercer dans un centre de santé Croix-Rouge. C'est la structure, et non sa commune d'implantation qui l'a incitée à postuler, et finalement, à y travailler (à mi-temps en plus de son activité en libéral dans le département de l'Essonne). À Gennevilliers, certains médecins, impliqués dans la formation de leurs futurs confrères à l'université, et maîtres de stage depuis de nombreuses années jouent ainsi un rôle décisif dans l'attraction de la commune. Par exemple, une jeune médecin ayant initialement obtenu un poste à l'hôpital, travaille aujourd'hui dans un cabinet de groupe du quartier des Agnettes. D'après elle, c'est suite à l'invitation du Dr L. et de sa découverte de « *la manière de faire de la médecine dans ce cabinet* » qu'elle a décidé de s'installer en libéral, dans ce cabinet : « *Je ne connaissais pas la ville avant d'y*

[14] Cette médecin généraliste était, à l'issue de ses études, remplaçante dans un autre cabinet à Gennevilliers. Le médecin avec lequel elle travaillait s'est suicidé en avril 1986. On lui aurait donc proposé de reprendre le cabinet. Contrainte à se décider très rapidement, mais « *attachée à la ville et à ma patientèle* », elle a finalement décidé de rester à Gennevilliers, de s'y installer en libéral.

venir pour travailler. C'est le cabinet m'a séduite, pas la ville c'est vrai » (MG n°19, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers).

Si les médecins appartenant à ce profil sont engagés dans des structures formelles (amicale des médecins, pôle universitaire de santé, CMS) ou informelles (réunion ou discussions spontanées entre confrères) leur permettant de tisser des liens avec leurs confrères à l'échelle locale, ils ne s'investissent que très rarement dans des actions destinées à promouvoir la santé vers la population gennevilloise ou boulonnaise en dehors de leur cabinet[15]. Les médecins généralistes de ce profil s'inscrivent en effet à ce que nous avons nommé l'implication locale unidimensionnelle.

Enfin, ces médecins, comme leurs confrères du profil ancré-e-s, se déclarent tout à fait satisfaits de leur lieu et mode d'exercice. Le fait de se sentir « utile », de pouvoir entretenir une relation de confiance avec leurs patients, ou bien, d'exercer dans des conditions de travail jugées agréables (exercice en groupe, bonne entente entre associés, etc.) sont invoqués. Par exemple, une professionnelle exerçant dans le quartier des Agnettes à Gennevilliers se dit satisfaite d'être une médecin « *de proximité, de premier recours* », elle « *aime avoir ce rôle-là* » et ne pas vouloir « *être le bobologue de service. Ici je me sens utile* » (MG n°18, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). Un autre médecin libéral exerçant également aux Agnettes, estiment quant à elle qu'« *il y a une bonne entente au sein du cabinet, parce que je partage la même vision de la médecine, une médecine humaniste* […] *je peux faire des consultations de vingt minutes. Je peux faire de la prévention. Je suis encore en lien avec l'université. De plus la patientèle est agréable. Il y a une confiance dans le médecin. Je me sens utile ici* » (MG n °29, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). Enfin, une jeune médecin exerçant au CMS de Gennevilliers estime être satisfaite de son lieu d'exercice et de la population qu'elle voit en consultation « *même si c'est un peu difficile* » (MG n°35, femme, secteur 1, village CMS, Gennevilliers). Cette difficulté rencontrée provient des « *problèmes sociaux* » que « *les gens apportent avec eux dans le cabinet* » et qu'elle ne peut pas régler. Or, elle apprécie le contact avec cette patientèle, et l'approche « *plus globale de la santé* » qu'elle peut ainsi mettre en place.

Ce profil comprend seize professionnels. Il s'agit de sept hommes et neuf femmes. Onze exercent à Gennevilliers et cinq à Boulogne-Billancourt. Ils sont quatorze en secteur 1 et deux en secteur 2. Enfin, trois exercent au CMS de Gennevilliers, une au centre santé de la Croix-Rouge de Boulogne-Billancourt, huit en cabinet libéral partagé et quatre en cabinet libéral individuel.

[15] La situation inverse n'existe pas : aucun des médecins ne s'implique sur le territoire en dehors de leur cabinet sans à la fois être impliqué dans des groupes de professionnels à l'échelle locale.

2.2.3. Les situé-e-s

Les professionnels appartenant à ce troisième groupe ont choisi leur lieu d'installation en fonction d'un critère *familial* (reprise du cabinet familial (père ou mère médecin pour plusieurs professionnels boulonnais) et adéquation avec le lieu de travail d'un conjoint), *géographique* (désir d'exercer dans sa ville de résidence ou de naissance) ou *stratégique* (évaluation d'un besoin potentiel en médecine générale dans un quartier à la vue de l'offre disponible). Par exemple un jeune médecin (remplaçant) exerçant dans le sud de la commune de Boulogne-Billancourt, mais résidant dans le XVe arrondissement de Paris déclare que sa décision relève d'« *un choix géographique* […] *j'ai pris les pages jaunes, car je n'ai pas de contacts spécifiques pour faire des remplacements* ». Il a appelé « *les médecins du Sud-Ouest, d'abord dans le XVe, puis le XVIe, puis en banlieue, donc Vanves, Boulogne* » (MG n°15, homme, secteur 1, quartier sud, Boulogne-Billancourt). L'évaluation d'un besoin de médecin, et donc, aussi, l'assurance d'une patientèle assez importante est à l'origine du choix du lieu d'installation de plusieurs médecins appartenant à ce profil. C'est le cas du médecin installé depuis plusieurs décennies dans le quartier du Pont-de-Sèvres : « *Il y avait un besoin dans ce quartier, et peu de médecins, donc j'ai décidé de créer ce cabinet* » (MG n°1, homme, secteur 1, Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt). De la même façon, un médecin généraliste installé proche des anciennes usines Renault, explique avoir choisi de créer un cabinet dans ce quartier, car « *c'était un quartier qui allait beaucoup évoluer or il n'y avait quasiment pas de médecins* » (MG n°11, secteur 1, homme, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Enfin, un médecin généraliste de Boulogne-Billancourt, ayant répondu au questionnaire par mail, indique avoir choisi de s'y installer, car « *J'ai toujours aimé cette ville. J'ai choisi ce quartier parce que la densité de médecins généraliste n'était pas trop importante par rapport à la densité de la population* » (MG n°16, femme, secteur 2, centre-ville, Boulogne-Billancourt).

Ce type d'argument est mobilisé par des professionnels installés à Boulogne-Billancourt, mais aussi par un médecin exerçant à Gennevilliers. En effet, un médecin généraliste installé dans le quartier des Grésillons explique avoir choisi d'exercer dans ce quartier après avoir travaillé comme interne à l'hôpital Saint Jean, et avoir « *constaté qu'il manquait des médecins dans le quartier* » (MG n°25, homme, secteur 1, Grésillons, Gennevilliers). La reprise du cabinet familial concerne plusieurs médecins de ce profil, mais uniquement des professionnels boulonnais[16]. Par exemple, un médecin généraliste exerçant dans

[16] Le paragraphe 2.3.2 de ce chapitre est consacré à l'analyse détaillée de la répartition spatiale de profils, de certains éléments n'apparaissant que dans une des deux communes, voire dans un seul quartier.

le centre-ville de Boulogne-Billancourt occupe aujourd'hui la place de son père, avec qui il a collaboré pendant de nombreuses années, avant le départ à la retraite de celui-ci en 1990.

Les liens entretenus par les médecins généralistes appartenant à ce profil et leur territoire d'exercice sont ténus. En effet, ces professionnels possèdent peu de liens avec la ville ou le quartier dans lequel ils ou elles exercent. Leur engagement auprès de la population se matérialise par leur exercice de médecin au sein d'un cabinet et non pas par une implication dans la cité. Si certains de ces professionnels sont engagés dans des instances professionnelles, des comités d'experts, etc., ces responsabilités ne s'ancrent pas dans une échelle locale, mais plutôt dans un contexte plus vaste, dans une réflexion (voire parfois, une défense) de la profession dans son ensemble.

Enfin, comme leurs confrères des deux profils précédents, mais sans toutefois en détailler les raisons, ces médecins se déclarent majoritairement satisfaits de leur lieu et mode d'exercice de la médecine.

Ce groupe comprend onze médecins, dont cinq femmes et six hommes. Dix d'entre eux exercent à Boulogne-Billancourt et un seul à Gennevilliers. Sept sont en secteur 1 et quatre en secteur 2. Enfin, ils sont cinq en cabinet libéral partagé, cinq en libéral individuel et une travaille au centre de santé de la Croix-Rouge.

2.2.4. Les isolé-e-s

Nous avons qualifié d'« isolé-e-s » les médecins généralistes appartenant au dernier groupe de la typologie.

Leur lieu d'exercice résulte, selon eux, d'un critère *géographique* (désir d'exercer dans sa ville de résidence ou de naissance), voire d'un « *hasard* », d'une « *opportunité* » de reprise de patientèle. Un professionnel exerçant à Boulogne-Billancourt estime par exemple ne pas pouvoir expliquer pourquoi il a choisi de s'y installer, avant d'ajouter « *je suis né à Boulogne, et j'y habite toujours, alors* » (MG n°9, homme, secteur 1, Squares, Boulogne-Billancourt). Un médecin de ce groupe, exerçant quant à lui à Gennevilliers, mentionne qu'il est originaire du sud de la France. À son arrivée en région parisienne (pour raison familiale), il a repris le cabinet dans lequel il exerce toujours « *mais cela aurait pu être ailleurs* » (MG n°24, homme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers).

Ces professionnels ne sont pas du tout impliqués dans des actions de promotion de la santé en dehors de leur cabinet. De plus, à notre connaissance, ces médecins entretiennent très peu, voire pas du tout de liens avec leurs confrères.

Enfin, les médecins généralistes appartenant à ce dernier groupe sont caractérisés par une vision très négative de leur lieu, et de leurs conditions d'exercice. Contrairement à leurs confrères des trois autres groupes, ils se considèrent peu, voire pas du tout épanouis dans leur travail. Par exemple, à la question « Êtes-vous satisfait d'exercer dans cette ville, dans ce quartier ? Pourquoi ? » un de ces professionnels répond « *bof plus ou moins, intellectuellement oui, mais il y a trop de travail* […] *la médecine devient un service comme un autre* […] *et cela n'est pas intéressant d'un point de vue financier par contre* ». Ce professionnel est critique sur son mode d'exercice et surtout sur sa clientèle. Il reçoit « *uniquement sur rendez-vous, car ils ne respecteraient pas les horaires, c'est même pas la peine* » (MG n°24, homme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers). De la même façon, un de ses confrères, exerçant également à Gennevilliers, estime qu'« *aujourd'hui les gens arrivent dans le cabinet et ils savent déjà ce qu'ils ont. Ils sont trop gâtés* » il dit avoir « *un mal fou à convaincre les gens à cause d'internet. Bon avant il y a avait le Larousse médical, mais ce n'est pas pareil. Les gens se rendent compte qu'ils ne vont pas bien en regardant sur internet* » (MG n°34, homme, secteur 2, Agnettes, Gennevilliers).

Seuls trois médecins appartiennent à ce profil. Il s'agit de trois hommes. L'un exerce à Boulogne-Billancourt et les deux autres à Gennevilliers. Deux sont en secteur 1 et un en secteur 2, ils exercent tous en cabinet libéral individuel. Ces médecins exercent depuis plus de vingt-cinq ans, ils sont donc plutôt en fin de carrière.

2.3. Profils, professions, contextes : trois dimensions d'une même équation ?

Alors que la description des quatre profils permet de mieux comprendre la diversité des parcours et des positionnements des médecins généralistes rencontrés, nous proposons dorénavant d'analyser leurs caractéristiques démographiques et leur répartition spatiale de façon plus détaillée.

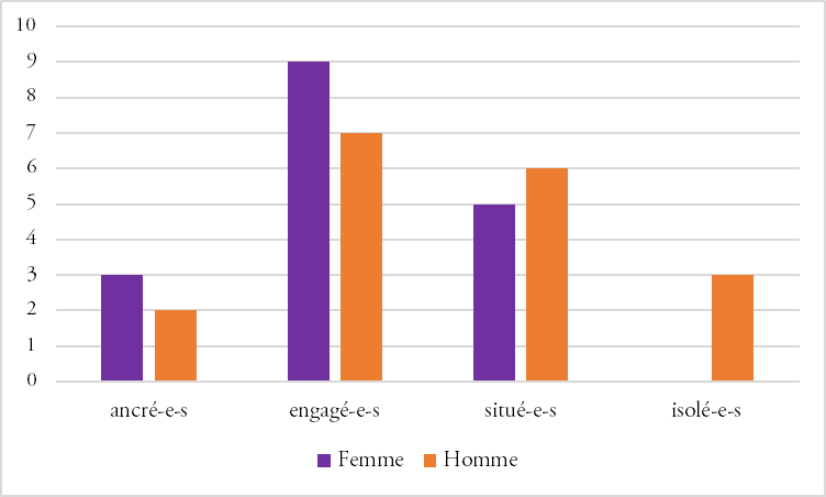
2.3.1. Des profils et des médecins aux caractéristiques et positionnements spécifiques

Les graphiques suivants présentent les quatre profils de notre typologie au regard de différentes caractéristiques sociodémographiques : le sexe, la durée d'exercice (appréhendée au regard de l'année d'obtention de la thèse de médecine) le secteur de conventionnement (secteur 1 ou 2) et le type d'environnement de travail du professionnel (cabinet individuel ou partagé, centre de santé).

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes parmi les médecins appartenant aux profils « ancré-e-e » et « engagé-e-s ». Inversement, la majorité des professionnels appartenant aux profils « situé-e-s » et la totalité des « isolé-e-s » sont les hommes (graphique n°31).

Parmi les médecins rencontrés, les femmes apparaissent donc légèrement plus investies dans leur territoire d'exercice (connaissance et implication dans le quartier ou la ville, liens avec leurs confrères) que leurs homologues masculins.

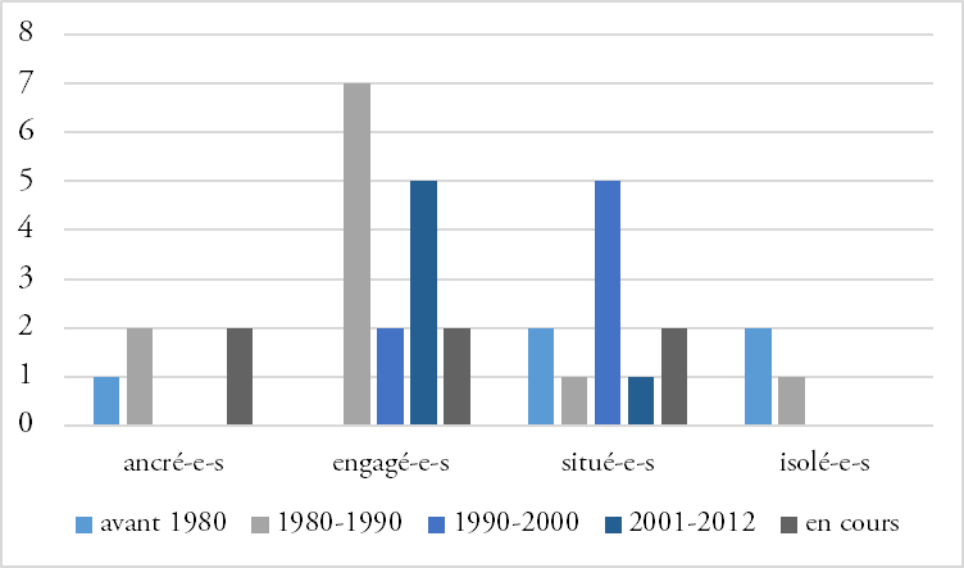
<u>Graphique n°31 :</u> Médecins hommes, médecins femmes : à chacun son profil ?



Sources : enquête de terrain. Traitement et réalisation : E. Faure.

Il n'y a aucune association, sauf pour le profil « isolé-e-s », entre l'appartenance des médecins généralistes à l'un des quatre profils et leur année d'obtention de la thèse de médecine (graphique n°32). En effet, des professionnels ayant obtenu leur thèse de médecine il y a seulement quelques années (voire quelques mois) comme des médecins généralistes exerçant depuis plusieurs dizaines d'années appartiennent indistinctement aux différents profils. Seuls les médecins « isolé-e-s » exercent tous depuis plus de vingt-sept ans au moment de l'enquête.

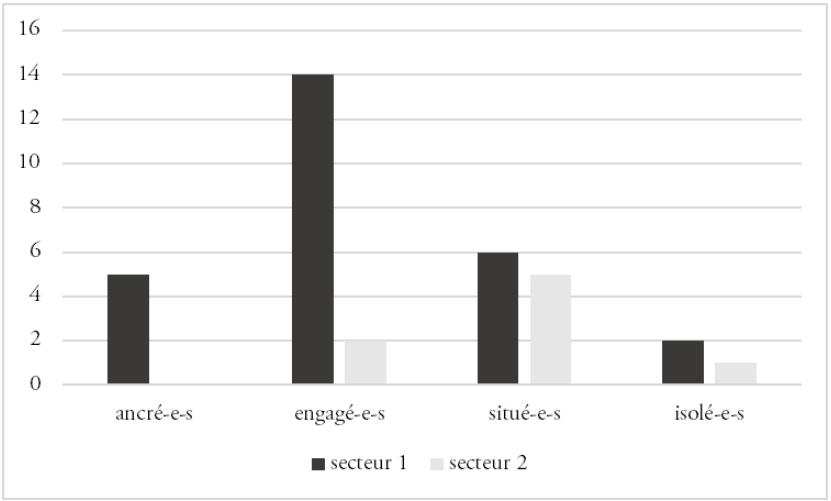
Graphique n°32 : Profils et année d'obtention de la thèse de médecin des professionnels rencontré



Sources : enquête de terrain. Traitement et réalisation : E. Faure.

Les professionnels exerçant en secteur 1 sont largement surreprésentés parmi les médecins appartenant aux profils des « ancré-e-e », « engagé-e-s », et, dans une moindre mesure, « isolé-e-s » (graphique n°33). En effet, quatorze des seize médecins appartenant au profil « engagé-e-s », et la totalité des professionnels dits « ancré-e-s » (cinq médecins) exercent en secteur 1, c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires. Inversement, les professionnels exerçant en secteur 2 sont proportionnellement beaucoup plus nombreux parmi les médecins généralistes appartenant aux profils « situé-e-s » et « isolé-e-s ».

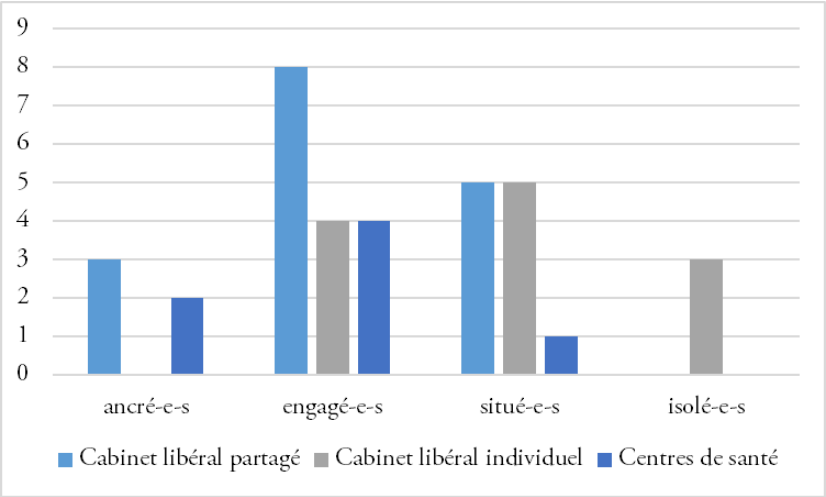
Graphique n°33 : Profils et tarification des consultations en médecine générale



Sources : enquête de terrain. Traitement et réalisation : E. Faure.

Les professionnels des différents profils se différencient également par leur mode d'exercice. Les professionnels appartenant au profil « ancré-e-s » exercent tous dans un cadre collectif, c'est-à-dire en cabinet partagé ou bien en centre de santé (ici au CMS de Gennevilliers). De la même façon, douze des seize professionnels appartenant au profil « engagé-e-s » exercent dans un cadre collectif (cabinet partagé, CMS ou centre de santé de la Croix-Rouge). Inversement, les trois médecins dits « isolé-e-s » sont installés dans un cabinet libéral individuel. Nos résultats montrent que les rapports au territoire appréhendés par notre typologie sont associés aux modes d'exercice de ces médecins généralistes. Des médecins davantage impliqués localement sont aussi davantage enclins à exercer en groupe.

Graphique n°34 : Profils et types d'exercice des médecins généralistes



Sources : enquête de terrain. Traitement et réalisation : E. Faure.

Les médecins appartenant aux profils « ancré-e-s » et « engagé-e-s » sont donc plus souvent des femmes que des hommes, exercent davantage que leurs confrères des autres profils dans un contexte collectif, et très majoritairement en secteur 1. Inversement, les professionnels composant les profils « situé-e-s » et « isolé-é-s » sont majoritairement des hommes, en fin de carrière pour les « isolé-e-s ». Ils sont plus souvent que leurs confrères des deux autres profils, installés dans un cabinet libéral individuel, et en secteur 2.

2.3.2. Répartition spatiale des profils : les territoires de la médecine générale

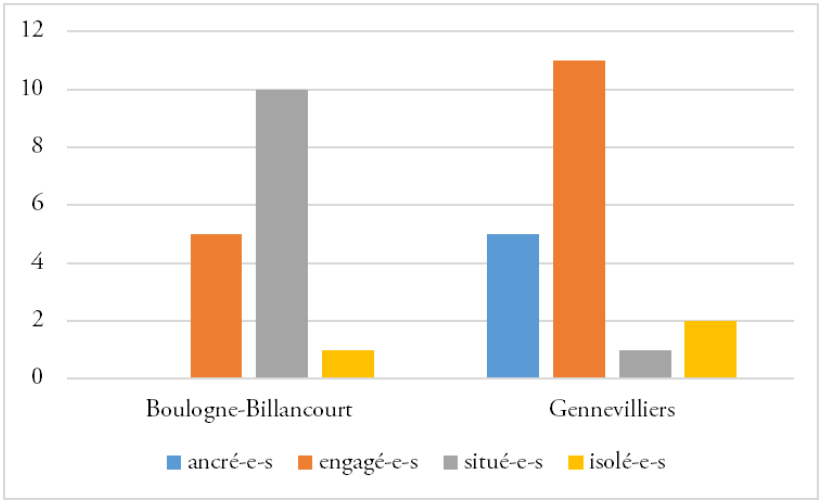
Les discours des professionnels appartenant aux quatre profils de notre typologie montrent que les rapports des médecins généralistes à leur territoire sont complexes, variables et s'inscrivent dans le temps

long (du choix de leur lieu d'installation aux modes d'exercice actuels). Or, ils sont aussi révélateurs de contextes territoriaux originaux.

Des profils de médecins généralistes facteurs et produits de contextes communaux originaux

Comme l'illustre le graphique suivant, les médecins de Gennevilliers et de Boulogne-Billancourt se distinguent relativement nettement vis-à-vis des rapports qu'ils ou elles entretiennent avec leur ville d'exercice. Certains profils sont majoritairement composés de médecins boulonnais (situé-e-s) et d'autres de professionnels de santé gennevillois (ancré-e-s et engagé-e-s) (graphique n°35).

Graphique n°35 : Répartition spatiale des médecins généralistes rencontrés en fonction de leur profil



Sources : enquête de terrain. Traitement et réalisation : E. Faure.

Les médecins généralistes appartenant au profil des « ancré-e-s » exercent uniquement à Gennevilliers. Les médecins dits « engagé-e-s » exercent quant à eux dans les deux villes, mais davantage à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt. Inversement, les médecins appartenant à la catégorie des professionnels dits « situé-e-s » sont installés dans les deux villes, mais majoritairement à Boulogne-Billancourt. Enfin, parmi les « isolé-e-s », un médecin exerce à Boulogne-Billancourt et les deux autres à Gennevilliers.

Certaines dimensions de notre typologie permettent d'affiner cette lecture.

Seuls des médecins généralistes boulonnais déclarent s'être installés à la suite d'un parent, déjà médecin généraliste. Nous n'avions pas anticipé cette question, nous ne sommes donc pas en mesure de renseigner l'origine sociale et familiale de l'ensemble des médecins de notre panel. Or, il apparaît que seuls des professionnels de santé boulonnais déclarent être fils ou fille de médecins. « *Être médecin de*

père en fils, enfin de mère en fils devrais-je dire » (MG n°12, homme, secteur 2, centre-ville, Boulogne-Billancourt) est un facteur important du parcours de certains de ces professionnels. A Boulogne-Billancourt, deux frères exercent dans un même cabinet, un couple partage également un cabinet dans le sud de la ville, enfin deux professionnels précisent que l'un son frère et l'autre son époux sont également médecins.

Cependant, ces médecins ne font en aucun cas exception. Comme le rappellent les auteurs d'une étude portant sur la formation des étudiants en médecine en France « *la sur-sélection sociale qui caractérise les étudiants de médecine fait apparaître un grand nombre d'enfants de cadres ou « professions intellectuelles supérieures » pour lesquels les études de médecine garantissent une reproduction du statut social des parents. Parmi ces derniers, une minorité remarquablement surreprésentée est constituée par les enfants ou petits-enfants de médecin* » (Hardy-Dubernet et al. 2005, p.95). De plus, nous ne saurions attribuer à ces professionnels le seul dessein du maintien d'une position sociale élevée, d'un statut valorisant ou d'un salaire important. Le désir d'atteindre, à l'image des parents, une position sociale reconnue, ou bien de s'inscrire dans la continuité de parents admirés, n'exclut pas celui de se dévouer et de valoriser le fait de « faire du bien » à autrui. Enfin, si seuls des médecins boulonnais évoquent cette filiation, indépendamment de nos interrogations, il est tout à fait possible (et probable compte tenu des statistiques dont nous disposons pour l'échelle nationale[17]) que des médecins installés à Gennevilliers possèdent également des membres de leur famille médecins. En revanche, ils ou elles ne l'ont pas mentionné. Un couple de médecins généralistes est installé à Gennevilliers, mais leur nom de famille distinct, leurs cabinets séparés comme leur silence sur ce point semblent contribuer au caractère privé de cette situation.

Un autre élément témoigne de la spécificité de ces contextes d'exercice de la médecine générale : les réseaux professionnels (formels ou informels). La ville de Gennevilliers est animée par des réseaux de médecins et d'acteurs des champs médicaux et médico-sociaux importants, ce qui est beaucoup moins le cas à Boulogne-Billancourt.

À Boulogne-Billancourt, l'amicale des médecins généralistes joue un rôle important dans la formation continue des professionnels locaux, dans la coordination des soins, et les relations entre les professionnels libéraux et la municipalité (rappelons que l'élu à la santé de cette ville est aussi médecin

[17] Selon la DRESS, sur la période 1990-2002, 40 % des médecins généralistes en activité avaient un père qui est ou était cadre supérieur, contre 29 % de l'ensemble des cadres supérieurs (Brueil-Genier et Sicart 2006).

généraliste, en activité). Cependant, parmi les seize médecins généralistes rencontrés, très peu (deux) évoquent l'existence de cette instance. Les médecins généralistes de cette ville, comme la majorité de leurs confrères (Sarradon-Eck et al. 2008), s'appuient certainement sur des réseaux formels et informels pluridisciplinaires (confrères médecins généralistes, spécialistes, personnel hospitalier, pharmaciens, etc.). Or, à Boulogne-Billancourt, ces liens n'apparaissent majoritairement pas comme un pivot de leur pratique, davantage définie comme solitaire.

À Gennevilliers, ces réseaux sont souvent évoqués par les médecins généralistes rencontrés, et sont considérés comme des soutiens à l'exercice de leur métier. Par exemple, une médecin généraliste, évoquant les bonnes relations existant entre son cabinet et le réseau de santé ArèS92, estime qu'« *ils sont très réactifs. Gennevilliers c'est vraiment bien pour ça, ce n'est pas pareil partout* » (MG n°6, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers), elle cite également « *des collègues avec qui elle peut travailler* » au sein de son cabinet de groupe, mais pas uniquement, car « *sinon c'est l'échec pour nous. Car parfois on se sent impuissant* ». Une autre médecin exerçant quant à elle au CMS de la ville rappelle lors de notre entretien que « *Gennevilliers est une ville dynamique. Il y a des réseaux, un vrai investissement des médecins* » (MG n°20, femme, secteur 1, Village-CMS, Gennevilliers). Ces professionnelles font avant tout référence à des réseaux informels de soutiens et d'échanges entre collègues (dans le cadre d'un cabinet de groupe, ou bien au CMS). Or, il existe également, à l'initiative de certains médecins libéraux gennevillois, un réseau intercommunal et interprofessionnel d'échanges de pratiques et de formation continue : le Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers–Villeneuve-la-Garenne (encadré n°16).

Le pôle de santé a déposé, en partenariat avec le réseau de santé ArèS92 un dossier de financement auprès de l'Agence Régionale de Santé pour expérimenter les nouveaux modes de rémunération. D'après le rapport d'activité du réseau de santé, daté de 2014, ce projet émane de *« la nécessité de coordination de l'offre de soins en raison de l'insuffisance de l'offre de soins dans les quartiers et des problèmes d'organisation de la permanence des soins ; la nécessité d'un travail pluriprofessionnel sur les pratiques, complémentaire de celui proposé par les réseaux, et de la mise en place d'outils de communication entre eux et d'éducation pour les patients ; l'encadrement d'étudiants en stage ; l'amélioration des moyens de communication entre professionnels ».* Cette initiative, comme l'organisation de réunions mensuelles de formation et d'échange entre professionnels, ou bien l'expérimentation dans certains cabinets d'un « *tableau de bord* » visant à faciliter le suivi des patients et la promotion de la prévention grâce à des systèmes d'alarme sur les dossiers, sont autant d'exemples de l'engagement original et innovant d'une partie des médecins généralistes gennevillois.

Encadré n°16 : Le pôle universitaire de santé de Gennevilliers-Villeneuve-La-Garenne

Il s'agit d'un groupe de médecins « hors les murs » regroupant des professionnels de Gennevilliers et de Villeneuve-la-Garenne dans la continuité de l'Association des Professionnels Libéraux de Santé de Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne (créée en 1981). Le pôle se compose aujourd'hui d'environ cinquante professionnels de santé. Il s'agit principalement de médecins généralistes, mais également de pharmaciens, infirmières, orthophonistes, kinésithérapeutes, pédiatres, sages-femmes, etc. D'après sa brochure de présentation, les professionnels du pôle ont « *toujours eu la volonté de développer le travail pluri professionnel et la communication avec les patients* ».

L'objectif de ce pôle de santé est de coordonner et développer des groupes de travail pluriprofessionnels et thématiques visant à identifier des besoins locaux. Si l'échange de pratiques et la formation continue sont au cœur de cette démarche, ces groupes doivent également proposer des actions à mettre en place sur le territoire (au sein des cabinets et des officines comme en dehors). Les réseaux Agékanonix (soutien aux personnes en situation de handicap), ARèS92 et Périnatal nord 92 sont des partenaires privilégiés du pôle de santé. Des travaux ont également été menés avec les EHPAD, CMP et résidences de personnes âgées de la ville. Enfin, le pôle est en relation directe avec le département de médecine générale de la faculté de médecine de Paris 7 (travaux de recherche, accueil de stagiaires, encadrement de thèses en médecine, etc.)

La spécificité du contexte gennevillois réside également, et peut-être surtout, dans l'engagement que nous pourrions qualifier de « militant » d'une partie de ses médecins généralistes. Les professionnels « ancré-e-s », uniquement installés à Gennevilliers, et certains médecins gennevillois appartenant au profil « engagé-e-s », s'inscrivent en effet dans des trajectoires professionnelles et personnelles originales au regard de leurs confrères boulonnais, mais aussi français (Mariette et Pitti 2016 ; Marichalar et Pitti 2013).

À Gennevilliers, ces professionnels, que nous pourrions qualifier de « militants », s'investissent largement dans leur ville et leur quartier. Ils ou elles assurent gratuitement des permanences d'accès aux soins dans des locaux associatifs ou foyers de travailleurs migrants, travaillent en partenariat avec différents réseaux de soins sur la question de précarité, de toxicomanie, etc. Ces professionnels, pour certains dans la continuité de mouvements militants des années 1970 comme le Groupe Information

Santé[18], portent un regard très critique sur l'organisation politique et institutionnelle de la santé, et plus particulièrement de la santé publique. Comme le montrent des travaux sur les mouvements professionnels contestataires de la seconde moitié du XXème siècle, les médecins n'ont pas été les seuls opposants à l'ordre social et professionnel établi[19]. En effet « *qu'il s'agisse des médecins remettant en cause l'exercice libéral de leur profession pour créer des « boutiques de santé » ou des architectes quittant les Beaux-Arts pour fonder une nouvelle école qui deviendra Paris-Belleville, la pensée 68 frottée aux réalités professionnelles fit surgir au sein-même des groupes professionnels les mieux établis et dotés des corporatismes les plus visibles des formes de réflexivité critique aux conséquences pratiques importantes* » (Israël 2009, p.47-48). Toujours très minoritaires, ces médecins parviennent cependant à produire et diffuser un tel message critique, via notamment un syndicat, des associations ou bien des revues. Enfin, certains œuvrent aujourd'hui à la prise en compte du caractère éminemment social de leur profession en donnant des cours à l'université ou encadrant de futurs confrères en stage dans leur cabinet.

L'extrait de carnet de terrain suivant montre par exemple que certains professionnels gennevillois pointent directement du doigt les carences de leur formation en matière de dépistage des cancers (non pas sur l'aspect technique et médical, mais concernant l'ampleur des éventuels débats à leur propos) :

> « Discussion avec de jeunes médecins (femmes) à la sortie de la réunion pôle universitaire de santé de Gennevilliers-Villeneuve-La-Garenne : l'une d'entre elles, exerçant dans un cabinet libéral partagé dans le quartier des Agnettes, estime que « *c'est difficile pour une jeune médecin de s'y retrouver dans les débats autour des dépistages des cancers* ». Elle cite notamment les articles de différentes revues, les discours de collègues qui ne sont pas du tout le reflet de qu'on a pu lui apprendre à la fac. Elle estime que cela « *n'est vraiment pas évident, d'autant plus qu'on ne m'avait pas dit grand-chose durant mes études, en tout cas rien de ces débats* ». On lui avait présenté « *l'aspect médical, les recommandations nationales, mais sans jamais évoquer les possibles interrogations, débats* » (carnet de terrain, décembre 2013, Gennevilliers).

[18] Le Groupe Information Santé est créé en 1972 et œuvrera jusqu'en 1981 dans la lutte pour l'avortement libre et gratuit (publication en 1973 de la brochure *Oui, nous avortons !* et du *Manifeste des 341*), pour la suppression de l'Ordre des médecins (publication du *Manifeste des 600* en 1975) ou bien dans la dénonciation des conditions de travail de salariés d'usines confrontés à des produits toxiques.

[19] Il nous semblerait intéressant de pouvoir, dans la continuité de ce parallélisme, analyser nos profils de médecins généralistes, et surtout leur ancrage territorial avec d'autres professionnels (libéraux) tels que les avocats. Or, à notre connaissance aucun travail -de géographes notamment — ne rend compte d'éventuelles logiques territoriales d'installation (et d'exercice) de ces professionnels.

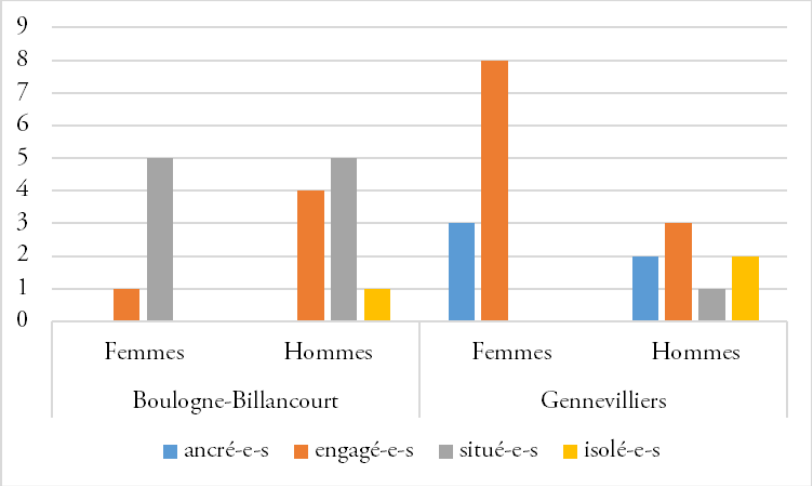
Si les discours comme les pratiques de ces médecins gennevillois témoignent selon nous d'un contexte particulier d'exercice de la médecine, il apparaît que l'originalité de cette commune est à la fois ancienne et connue de certains professionnels extérieurs à la commune. En effet, les auteures d'un article analysant un entretien mené auprès d'un médecin généraliste au profil atypique (militant, engagé dans la défense et la pratique d'une médecine sociale dans un quartier populaire à Saint-Denis (93)) notent que celui-ci s'est installé dans cette ville avec deux confrères, or « *ils regardent d'abord du côté du « berceau Gennevilliers », selon l'expression de Jacques C., où trois médecins généralistes, militants du Groupe information santé (GIS), ont ouvert un premier cabinet de groupe au début des années 1970* » (Mariette et Pitti 2016, p.59-60). Gennevilliers apparaît donc, pour ce professionnel comme un lieu pionnier en matière de développement d'une médecine générale libérale alternative (cabinet de groupe, critique de la hiérarchie entre médecins généralistes, spécialistes et hospitaliers, mutualisation des honoraires à l'échelle du cabinet, etc.). Ces auteures montrent également, au travers du portrait de ce médecin généraliste dionysien, mais aussi d'autres extraits d'entretiens issus de leur enquête, combien l'ancrage dans le quartier (permanence bénévole, travail partenarial avec des associations et maisons de quartier, ou foyers de travailleurs par exemple) est structurant de ce type d'exercice de la médecine (Mariette et Pitti 2016). Si le « *berceau Gennevilliers* » occupe une place particulière dans le paysage de la médecine générale, des processus similaires semblent pouvoir être observés dans des villes aux caractéristiques socio-économiques, aux histoires politiques et ouvrières similaires.

De plus, cette spécificité du contexte gennevillois transparaît également des discours d'autres acteurs locaux de santé. Par exemple, la directrice du réseau de santé ARèS92, dont le local est implanté dans la commune, estime « *qu'être à Gennevilliers est un atout* » car, entre autres arguments (disponibilité du local, identification de celui-ci par les usagers[20], etc.) *« on a la chance d'avoir des professionnels militants »*. Le réseau collabore avec plusieurs structures parapubliques et associatives de la ville, mais aussi avec des professionnels de santé libéraux, dont deux médecins généralistes exerçant dans le quartier des Agnettes et quelques étudiants en stage de médecine générale souvent présents dans ces deux cabinets. La directrice du réseau estime qu'il existe *« une culture de la médecine particulière à Gennevilliers* […] *cela facilite le travail* […] *sur Gennevilliers c'est simple »*. D'autres villes du département possèdent également un réseau d'acteurs engagés (elle cite la ville de Colombes) « *mais ici ce n'est pas pareil* » dit-elle.

[20] Le local était auparavant occupé par l'association Médecins du Monde. Les usagers de cette association et ceux du réseau de santé étant relativement similaires, cette implantation est apparue d'autant plus pertinente qu'elle serait facilement identifiée par les personnes.

Enfin, si le contexte gennevillois apparaît, par différents aspects, original, la place des femmes médecins dans celui-ci l'est certainement tout autant. Comme l'illustre le graphique suivant, la répartition spatiale des profils des médecins généralistes dépend aussi du sexe du professionnel de santé (graphique n°36).

Graphique n°36 : Répartition spatiale des médecins généralistes hommes et femmes en fonction de leur profil



Sources : enquête de terrain. Traitement et réalisation : E. Faure.

Si les médecins appartenant au profil « engagé-e-s » sont surreprésentés dans la ville de Gennevilliers, cela concerne surtout des médecins femmes[21] de cette commune.

Nous considérons, au regard de l'analyse présentée dans le chapitre précédent (1.4.2 du chapitre 5), que le passé militant de la commune et les politiques locales en matière de droit des femmes à disposer de leur corps (présence du MLAC notamment) et de leurs droits de façon plus générale (associations féministes Elles ouvrent la portes ou l'Escale par exemple) constituent un des facteurs de la présence de ces femmes médecins au profil particulier. C'est ce que semblent confirmer les propos de différentes jeunes médecins installées depuis peu de temps à Gennevilliers. Certaines évoquent leur intérêt pour le caractère « *militant* » de leur cadre de travail, comme cette médecin qui déclarer apprécier « *l'approche militante de la santé à Gennevilliers et dans le CMS* » (MG n°33, femme, secteur 1, Village, Gennevilliers) ; ou bien l'engagement politique et l'implication locale de leurs consœurs (parfois ancienne maître de stage) : « *M. est vraiment impliquée ici, c'est un peu une militante de la santé ici* […] *c'est intéressant de travailler dans cet esprit-là* » (MG n°31, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers).

[21] Inversement, seuls des hommes composent le profil des « isolé-e-s ». Nous ne saurions toutefois, au regard du très faible nombre de médecins concernés par ce profil, tirer des conclusions hâtives d'un tel constat.

Des quartiers supports de profils particuliers

Si ces profils de médecins généralistes semblent révélateurs de dynamiques communales originales, certains éléments peuvent également être observés à une échelle plus fine, celle des quartiers.

La répartition de l'offre de soins gennevilloise illustre ce que nous avons déjà pu monter au travers des recours aux soins des individus (chapitre 4), des dynamiques associatives ou bien des représentations territoriales des individus (chapitre 5), c'est-à-dire une organisation territoriale marquée par des identités de quartier affirmées.

Le quartier du Village abrite de nombreux médecins généralistes appartenant aux profils « engagé-e-s » et « ancré-e-s » de notre typologie dont la plupart travaillent au CMS (carte n°65). Or, le quartier des Agnettes retient davantage notre attention dans la mesure où il concerne des médecins généralistes libéraux très impliqués à l'échelle locale.

Parmi les dix médecins généralistes libéraux rencontrés exerçant dans le quartier des Agnettes[22], six appartiennent au profil « engagé-e-s » et deux à celui des « ancré-e-s » (carte n°65). Ce quartier se caractérise donc par la présence de professionnels de santé impliqués localement (permanence d'accès aux soins à la maison de la solidarité implantée dans le quartier (carte n°65), montage du réseau de santé ARèS92, participation à des réunions sur la rénovation du quartier), mais aussi à des échelles plus petites (rédaction d'articles et coordination de numéros dans une revue professionnelle critique comme *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*[23], participation à la formation au sein du département de médecine générale de l'Université Paris 7, etc.).

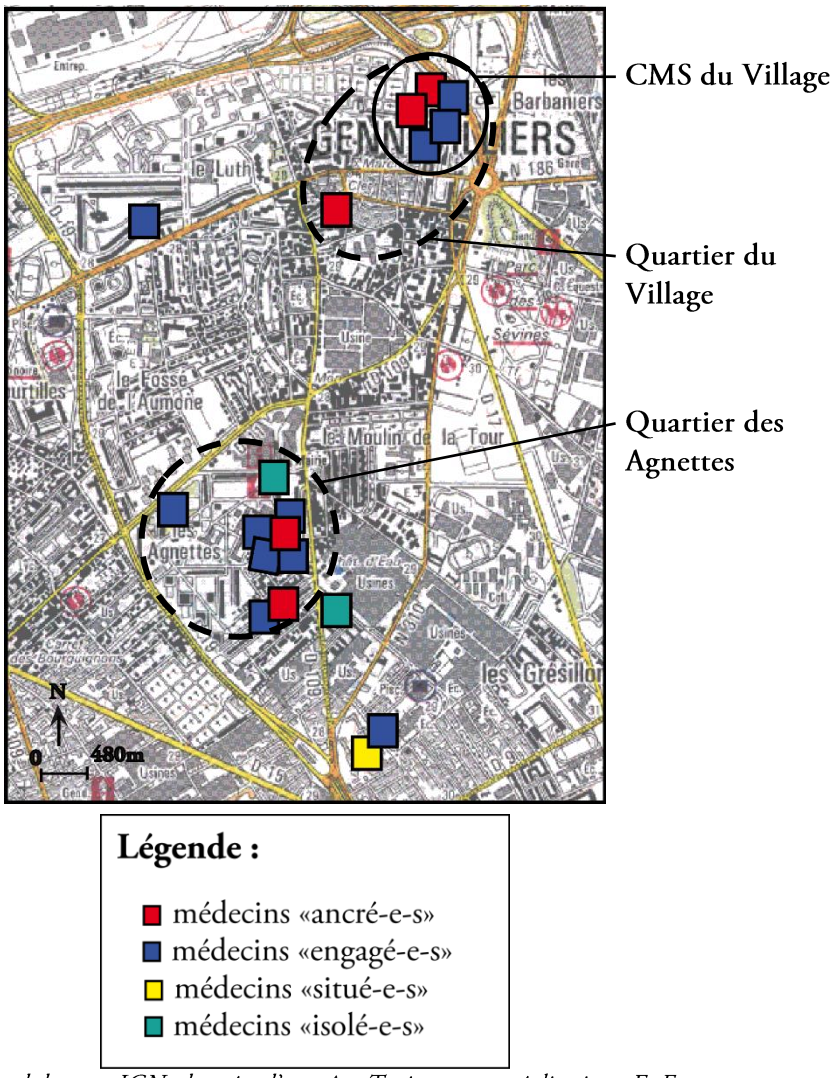
Ces professionnels installés dans le quartier des Agnettes pratiquent, et parfois promeuvent un exercice « militant » de la médecine de ville (adhésion à certains syndicats de médecins critiques vis-à-vis du système de santé actuel comme d'une partie de leur profession par exemple). L'organisation par une médecin généraliste du quartier d'un débat public intitulé « *Austérité + Précarité = Santé en danger !* »,

[22] Nous tenons à attirer l'attention du lecteur sur la forte densité de médecins généralistes du quartier (cf. cartographie de l'offre de soins chapitre 4), mais aussi sur l'important taux de réponses des professionnels de ce quartier à notre enquête (seuls deux professionnels du quartier n'ont pas pu être enquêtés).

[23] Cette revue est « *issue de la réflexion des soignants de différents horizons (généralistes, infirmières, médecins de PMI, psychiatres) c'est une revue de témoignage, de réflexion et d'élaboration d'alternatives. Pratiques se veut être un lieu de débat sur les enjeux de la médecine dans la société. Elle explore les articulations et les paradoxes qui relient les notions de soin, de santé, de social et de politique. En même temps Pratiques s'ouvre à une réflexion transversale vers d'autres horizons avec des spécialistes des sciences humaines, sociologues, historiens, philosophes, ethnologues et d'autres acteurs de terrain sans oublier la réflexion des usagers, malades et bien portants* » (http://pratiques.fr/-Qui-sommes-nous-.html, site consulté le 13/07/2016).

témoigne de l'implication locale de ces professionnels, mais également, de la dimension politique, voire militante[24] de la définition de la médecine portée par certains de ces professionnels. C'est également à l'initiative de médecins de ce quartier qu'a été monté le pôle universitaire Gennevilliers-Villeneuve-La-Garenne (encadré n°16).

Carte n°65 : Répartition spatiale des médecins généralistes gennevillois rencontrés selon leur profil



Sources : Fond de carte IGN, données d'enquête. Traitement et réalisation : E. Faure.

[24] Ce débat public a eu lieu en décembre 2013 à la bourse du travail de Gennevilliers, dans le quartier des Agnettes avec le soutien d'ATTAC, de la CFDT Interco92 section Gennevilliers, d'EELV Gennevilliers, du Front de Gauche, du PCF, etc. autant d'organisations et de partis politiques de gauche et d'extrême-gauche.

Enfin, comme l'illustre l'extrait de carnet de terrain suivant, un groupe de travail composé de médecins généralistes libéraux visent à réfléchir à l'implantation d'une maison pluridisciplinaire de santé dans le quartier.

> « Contexte : réunion de quartier organisé un samedi matin de janvier 2014, portant sur le réaménagent du quartier des Agnettes, sa place dans les dispositifs de politique de la ville et ses futurs liens avec l'éco-quartier en construction de l'autre côté du boulevard.
>
> Le docteur N. intervient en se présentant comme médecin (à Gennevilliers depuis 1976) et habitant du quartier (depuis 1980). Il déclare que « *la profession se féminise, de plus les garçons veulent faire comme les filles. Ils veulent travailler 45 heures, recevoir les patients 20 minutes, se salarier pour beaucoup, travailler en groupe. On est très inquiets. Bientôt il n'y aura plus assez de médecins. Les locaux plus aux normes n'attirent pas les nouveaux médecins* ». Il demande si le nouvel éco-quartier comprendra un cabinet de médecins, d'après lui, c'est essentiel. Il propose de réfléchir à un cabinet de groupe. En effet, « *il faut faire face à l'arrivée de cette nouvelle population* » dit-il. Il évoque la possibilité de mettre en place une maison pluridisciplinaire de santé. Il propose de monter un groupe de travail sur cette question. D'après lui plusieurs de ces collègues y réfléchissent déjà. Le candidat-maire[25] répond (cela sera la seule fois qu'il répondra lui-même à une question de la salle) : il estime qu'un groupe de travail est en effet nécessaire. Il rappelle que des discussions sont en cours pour mettre en place une charte de santé pour la ville. Il insiste sur la nécessaire collaboration entre santé publique et professionnels libéraux. Il promet la mise en place de groupes de travail, mais d'après lui il y a deux choses différentes : le problème de démographie médicale et de l'avenir du quartier d'une part, et, le projet de contrat de santé à l'échelle de la commune d'autre part. »

L'engagement de certains de ces médecins dans le montage d'une maison pluridisciplinaire de santé dans le quartier témoigne du souci de prémunir celui-ci d'une future désertification médicale, mais s'ancre également dans la question de la transmission. En effet, la question du devenir de l'héritage militant de cet exercice de la médecine est évoqué par plusieurs de ces professionnels, par ailleurs conscients que leur quartier « *attire* » encore de nouveaux médecins (plusieurs jeunes médecins se sont en effet installées dans le quartier ces dernières années, dans les cabinets de groupe de ces « médecins militants » notamment). Il convient de remarquer que de la même façon, un projet de maison de santé

[25] Cette réunion a eu lieu en janvier 2014, donc en période de campagne électorale pour les élections municipales.

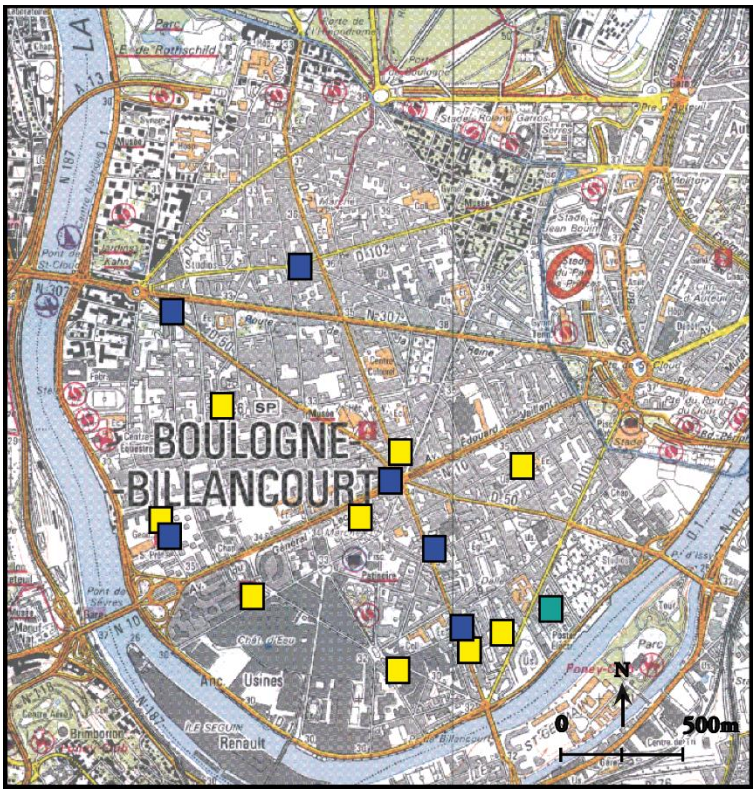
anime le médecin généraliste dyonisien sujet de l'article « *Médecin de première ligne dans un quartier populaire* », cherchant à « *répondre à la désertification médicale dans les quartiers* », « *permettre une meilleure coordination* » et finalement « *assurer la relève* » (Mariette et Pitti 2016). Les auteures de ce travail rappellent que « *la rhétorique de la « démocratie sanitaire » (i.e. la participation des « usagers du système de santé ») et les incitations (notamment financières) à l'exercice regroupé de la médecine » (i.e. les maisons et pôles pluriprofessionnels de santé), au centre des politiques de santé depuis les années 2000, ne doivent pas cacher les formes d'expérimentations mises en œuvre à l'échelle locale depuis plusieurs décennies* » (Mariette et Pitti 2016, p.71). Elles témoignent ainsi de la prise en compte effective et pionnière des inégalités sociales et territoriales de santé par ces professionnels atypiques.

Finalement, le quartier des Agnettes, caractérisé par des indicateurs socio-économiques défavorables, un vieillissement et une paupérisation de sa population (chapitre 2), considéré par de nombreux acteurs politiques et professionnels du champ socio-sanitaire comme « *en déclin* » et « *très peu dynamique* » (chapitre 5), apparaît, aussi, comme le support et le produit d'une offre de soins dynamique et engagée sur son territoire.

Le cas du quartier gennevillois du Luth montre que si le contexte communal peut être facteur de telles dynamiques professionnelles, l'échelle du quartier est révélatrice de processus originaux. En effet, les trois professionnels de santé installés dans ce quartier ne participent pas à ce que l'on pourrait appeler, dans le cas des Agnettes, un réseau professionnel effectif et uni. Une des médecins généralistes du quartier témoigne en effet des relations relativement tendues qui caractérisent ses rapports avec ses confrères : « *il* [un médecin généraliste du quartier] *fait un peu ce qu'il veut. Il vient quand il veut* ». Souvent en déplacement à l'étranger, ce médecin aurait, à plusieurs reprises, placé une affichette sur la porte de son cabinet indiquant « remplaçante = Dr L. », et ce sans le lui demander ni la prévenir. D'après cette professionnelle, le second médecin du quartier prendra bientôt sa retraite. Il ne serait plus présent dans son cabinet que de manière très épisodique : « *alors lui c'est pire il n'y a que la plaque, il est en départ à la retraite depuis des années* ». Si ces éléments semblent illustrer un micro-territoire aux relations interprofessionnelles tendues, nous ne saurions toutefois en tirer des conclusions hâtives, dans la mesure où nous n'avons jamais pu, et ce malgré nos nombreuses relances, rencontrer les deux autres médecins généralistes du quartier.

Inversement, comme le montre la carte suivante, et conformément aux éléments présentés tout au long de cette thèse, la ville de Boulogne-Billancourt n'est pas le support de dynamiques micro-localisées d'offre de soins (carte n°66).

<u>Carte n°66 :</u> Répartition spatiale des médecins généralistes boulonnais rencontrés selon leur profil



Sources : Fond de carte IGN, données d'enquête. Traitement et réalisation : E. Faure.

À Boulogne-Billancourt, si des réseaux d'interconnaissance et des partenariats professionnels existent entre professionnels de cette ville, l'échelle du quartier ne semble être ni le support, ni le produit de profils de médecins généralistes particuliers, et donc de types de rapport de ces professionnels au territoire. Ces deux villes, mais aussi à Gennevilliers le quartier des Agnettes, constituent donc des contextes différents d'exercice de la médecine générale.

<u>Synthèse</u>

Les contextes, réseaux et jeux d'acteurs gennevillois et boulonnais de promotion de la santé sont différents (chapitre 5). Les résultats présentés dans la deuxième partie de ce chapitre (mais aussi dans la

première) montrent que les médecins généralistes boulonnais et gennevillois rencontrés se distinguent également vis-à-vis de leurs rapports au territoire, et participent pleinement aux constructions locales de la santé, et ce à l'échelle communale, mais aussi à l'échelle d'un quartier. Notre typologie a permis de synthétiser l'analyse des liens entre les médecins généralistes et leur territoire d'exercice.

Les médecins appartenant au profil des « ancré-e-s » ont choisi leur lieu d'exercice en prenant en compte des caractéristiques tangibles, mais aussi subjectives, des lieux. De plus, leur choix du lieu d'exercice est très souvent associé par les médecins eux-mêmes à leur vision de la médecine, au rôle qu'ils estiment incomber au médecin généraliste. Ce sont uniquement des femmes à la fois impliquées vers la population et vers leurs confrères médecins généralistes ou professionnels du champ médico-social. Enfin, ces médecins sont très satisfaites de leurs conditions d'exercice.

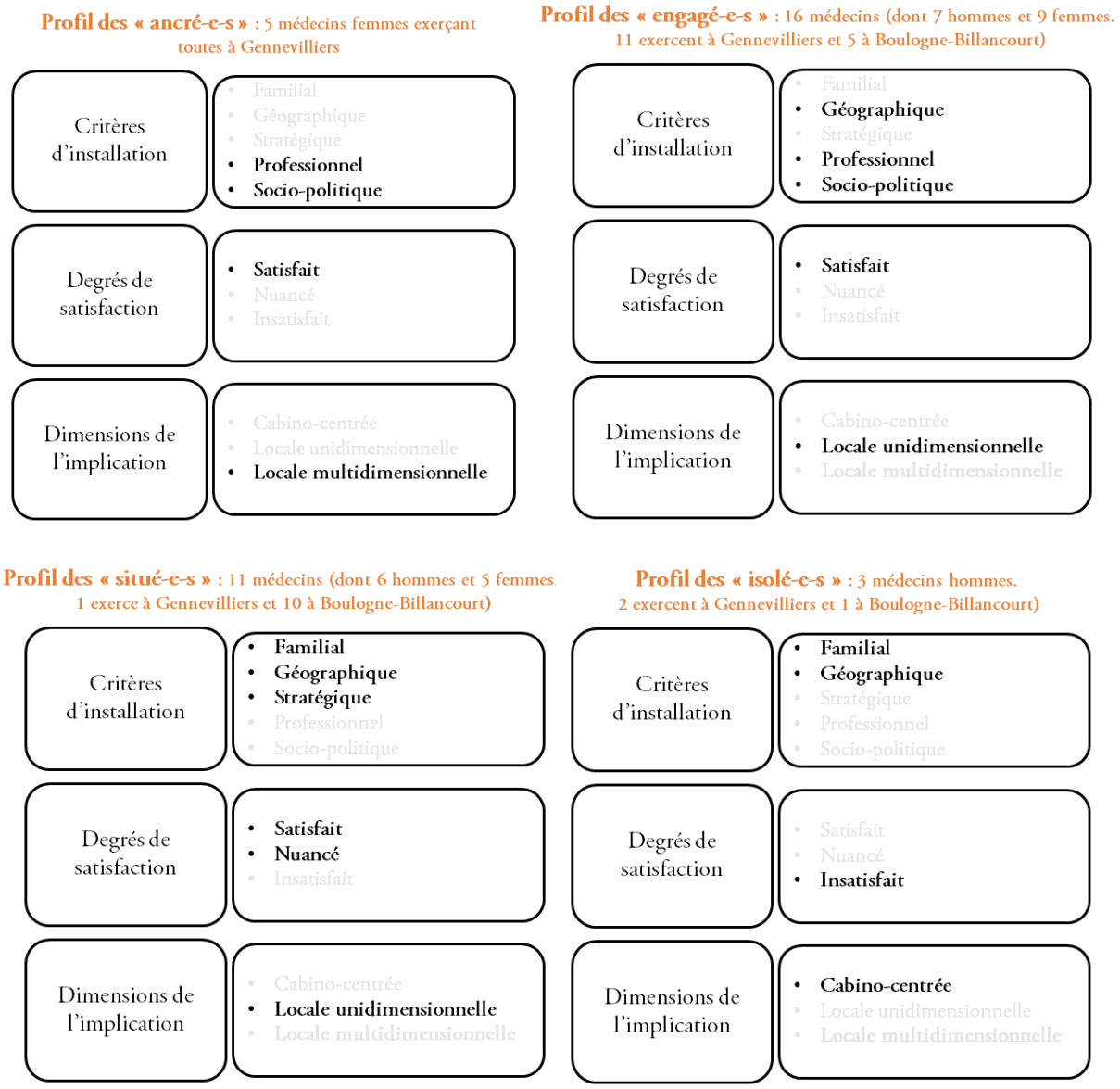
Les médecins appartenant au profil des « engagé-e-s » témoignent de leur attachement à la ville dans laquelle ils ou elles exercent, bien que cela ne se traduise majoritairement pas par une implication auprès de la population en dehors de leur cabinet. Comme leurs confrères du groupe précédent, la majorité de ces médecins associent leur choix du lieu d'exercice au type de médecine qu'ils ou elles veulent exercer. Le critère *professionnel* (désir d'exercer dans un type de structure en particulier), *socio-politique* (adhésion aux modes de fonctionnement d'un cabinet), *familiale* (reprise du cabinet familial) ou *géographique* (ville de résidence) ont également été pris en compte. Enfin, ces médecins se déclarent tout à fait satisfaits de leur lieu et mode d'exercice.

Les professionnels appartenant au troisième groupe, les « situé-e-s » ont choisi leur lieu d'installation en fonction d'un critère *familial* (adéquation avec le lieu de travail d'un conjoint par exemple), *géographique* (ville de résidence ou de naissance) ou *stratégique* (évaluation d'un besoin potentiel en médecine générale). Les liens entretenus par les médecins généralistes appartenant à ce profil avec leur territoire d'exercice sont ténus. Enfin, ils ou elles sont plutôt satisfaits de leurs conditions et lieux d'exercice.

Les professionnels appartenant au profil « isolé-e-s » ont choisi leur lieu d'exercice en fonction de critères *géographiques* (ville de résidence ou de naissance), voire, selon eux, « *par hasard* ». Ces professionnels ne sont pas du tout impliqués dans des actions de promotion de la santé en dehors de leur cabinet, et entretiennent, à notre connaissance, peu de relations avec leurs confrères. Enfin, ils se considèrent peu, voire pas du tout épanouis dans leur travail.

La répartition spatiale de ces profils n'est pas aléatoire (schéma n°11).

Schéma n°11 : Synthèse de profils des médecins généralistes gennevillois et boulonnais



Les médecins généralistes appartenant au profil des « ancré-e-s » exercent uniquement à Gennevilliers. Les médecins dits « engagé-e-s » exercent quant à eux dans les deux villes, mais davantage à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt. Inversement, les médecins appartenant à la catégorie des professionnels dits « situé-e-s » sont installés dans les deux villes, mais majoritairement à Boulogne-Billancourt. Parmi les « isolé-e-s », un médecin exerce à Boulogne-Billancourt et les deux autres à Gennevilliers. Enfin, à Gennevilliers, le quartier des Agnettes, et dans une moindre mesure celui du Luth, montrent que l'échelle du quartier est une maille pertinente pour l'analyse des dynamiques locales d'offre de soins. Ce n'est en revanche pas le cas de la commune de Boulogne-Billancourt, où les profils des médecins généralistes ainsi que leurs répartitions spatiales ne révèlent aucune logique micro-localisée.

Finalement, malgré l'hétérogénéité des parcours professionnels ou des caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes de notre panel, les quatre profils de médecins généralistes (ancré-e-s, engagé-e-s, situé-e-s et isolé-e-s) permettent d'appréhender différentes modalités d'ancrage local de l'exercice de la médecine générale et d'identifier ce que nous appelons des **processus de construction locale de l'offre.**

3. De la catégorisation à la différenciation des pratiques

Nous l'avons montré, Boulogne-Billancourt et Gennevilliers constituent des contextes différents d'exercice de la médecine générale, ce que nous proposons de résumer par la formule suivante : *On n'est pas n'importe quel médecin généraliste n'importe où.* Cependant, dans quelle mesure l'analyse des représentations et pratiques des professionnels en matière de dépistage du cancer colorectal permettent-ils d'enrichir notre analyse de ces contextes ? L'accès à l'information en matière de dépistage organisé du cancer colorectal serait-il « médecin-dépendant » ? Ou bien peut-on identifier des facteurs structurels, voire des constructions territoriales des modalités d'accès à ce programme de santé publique ?

Dans la continuité des résultats de notre enquête exploratoire (Faure 2012), nous posons l'hypothèse que les opinions et pratiques déclarées[26] des médecins généralistes sont hétérogènes. Nous nous demanderons si et comment le lieu d'exercice d'un professionnel (ville ou quartier), mais aussi leurs rapports à ces territoires (appréhender au travers de notre typologie de professionnels) peuvent constituer des facteurs pertinents pour l'analyse de leurs opinions vis-à-vis du dépistage organisé du cancer colorectal, de leurs perceptions des comportements de leur patientèle et enfin de leurs pratiques de promotion de ce programme.

[26] Les pratiques analysées dans ce chapitre ne sont pas le fruit d'observations directes, mais des discours des médecins généralistes recueillis lors de nos entretiens. Il s'agit donc bien d'analyser des pratiques telles qu'elles sont décrites par ces professionnels de santé.

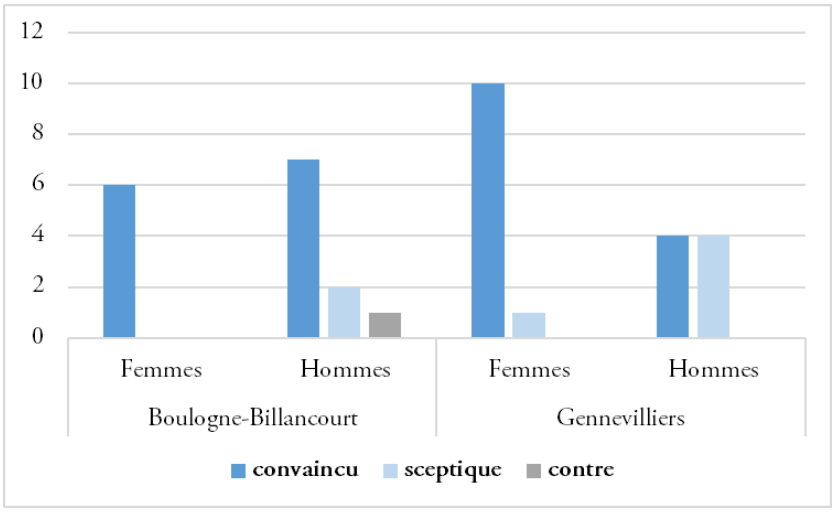
3.1. Difficultés et capacité de persuasion des médecins généralistes, des éléments à géométrie variable

3.1.1. Des médecins, des opinions : de l'approche individuelle à la territorialisation de l'analyse

Un programme de dépistage organisé du cancer colorectal unanimement approuvé ?

Le graphique suivant illustre la répartition de l'opinion des médecins généralistes rencontrés vis-à-vis du dépistage organisé du cancer colorectal en fonction de leur sexe et de leur commune d'exercice. Ces résultats sont issus des entretiens menés auprès de ces professionnels et, plus particulièrement, du traitement de leurs réponses aux questions suivantes : « *Que pensez-vous des recommandations nationales concernant le dépistage organisé du cancer colorectal (tranches d'âge des invite-é-s, test Hémoccult, campagne de deux ans, etc.) ? Pourquoi ?* » et « *Avez-vous toujours eu ces opinions à propos des dépistages des cancers ? Si vos opinions ont évolué, pourquoi ?* » (Questionnaire médecin complet en annexe n°4).

Graphique n°37 : Opinions des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage organisé du cancer colorectal



Sources : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

La majorité des médecins généralistes rencontrés est convaincue de la pertinence du dépistage organisé du cancer colorectal : vingt-sept de ces trente-cinq professionnels se déclarent favorables à ce programme (graphique n°37). Au vu de leur formation, leurs lectures et pratiques de la médecine, ces médecins considèrent que le programme de dépistage organisé du cancer colorectal est un moyen efficace de lutter contre cette maladie et que le test Hémoccult est « *fiable* » et « *efficace* ». Le fait d'avoir dépisté des lésions

précancéreuses chez certains de leurs patients grâce au test Hémoccult participe également à la satisfaction de plusieurs de ces professionnels : « *c'est très bien, même si je ne suis pas certain que sur la masse cela serve à quelque chose. Mais, comme je vous le disais, ce programme m'a permis de sauver cette femme dans mon cabinet, je ne peux pas être contre. Je ne peux pas vous dire que je n'en suis pas très content* » (MG n°25, homme, secteur 1, Grésillons, Gennevilliers).

À Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers, les médecins femmes sont massivement convaincues du bien-fondé du dépistage organisé du cancer colorectal (graphique n°37). Seule une médecin généraliste gennevilloise émet des réserves quant à la pertinence de ce programme. En revanche, les opinions des médecins généralistes hommes sont plus disparates. Les hommes sont proportionnellement, et ce à Gennevilliers comme à Boulogne-Billancourt, moins convaincus par ce programme que leurs homologues féminines. Ces résultats corroborent ceux déjà exposés dans la littérature concernant l'engagement plus massif des professionnels de santé féminins dans une démarche préventive que leurs confrères masculins (Bensing, van den Brink-Muinen, et de Bakker 1993; Bertakis 2009).

Des travaux montrent que la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire significativement la mortalité par cancer colorectal (Honein-AbouHaidar et al. 2014; Lejeune et al. 2010). Cependant, de nombreux débats animent encore la communauté médicale (2.2.1 du chapitre 1) : le manque de fiabilité du test Hémoccult fait l'objet de nombreuses critiques et l'équilibre entre le bénéfice individuel et collectif d'un tel dépistage précoce pose également question. Ainsi, bien que convaincus par le programme, certains de ces professionnels émettent toutefois des doutes quant à la fiabilité du test Hémoccult (et non quant à la pertinence du programme dans son ensemble). Plusieurs médecins considèrent que ce test est perfectible, voire qu'il est impératif de le remplacer le plus rapidement possible. Par exemple, une médecin généraliste boulonnaise déclare, exaspérée, que « *cela fait 10 ans que l'on attend un test plus fiable […] mais je le fais, oui, il faut motiver les patients* » (MG n°5, femme, secteur 2, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Nos résultats montrent également que la prescription d'un test de recherche de sang occulte dans les selles en laboratoire n'est pas forcément le fait de professionnels sceptiques vis-à-vis du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. En effet, les trois médecins généralistes de notre panel ayant déclaré avoir de temps en temps recours à ce canal sont également convaincus du bien-fondé du programme.

D'autres médecins apparaissent bien plus sceptiques vis-à-vis de ce programme et de son test. Ils considèrent que le test Hémoccult n'est ni fiable ni adapté à leur patientèle, et estime que le programme

de dépistage organisé n'est pas convaincant. Le programme est par exemple critiqué pour sa faible efficacité au regard de son coût, ou bien pour les nombreuses difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre. Sept des trente-cinq médecins rencontrés ont ainsi ouvertement critiqué le programme de dépistage du cancer colorectal (graphique n°37). La remise en cause de la fiabilité du test est très souvent associée à des discours portant sur la difficulté de l'arbitrage, et surtout de son explication, entre les bénéfices d'échelle individuelle ou collective d'un tel programme de santé publique. À la question « *Que pensez-vous des recommandations nationales concernant le dépistage organisé du cancer colorectal ? Pourquoi ?* » un médecin boulonnais répond par exemple qu'« *il nous faut un test plus fiable. Tout le monde doute de ce test Hémoccult, il n'est pas fiable à l'échelle individuelle* » (MG n°11, homme, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Il considère que si le programme est peut-être efficace sur un large panel de population, ce n'est pas le cas au niveau individuel « *or moi c'est l'échelle individuelle qui m'intéresse, c'est les gens que j'ai en face de moi dans le cabinet qui m'intéressent* ». Un second professionnel exerçant dans le sud de cette ville estime qu'il est très compliqué d'expliquer à ses patients qu'il ne s'agit pas d'un dépistage individuel, mais d'un dépistage de masse. Ainsi, lorsqu'on ne lui pose pas la question il « *reste flou* », car il ne veut « *pas passer vingt minutes à débattre là-dessus avec chaque patient* » (MG n°8, homme, secteur 2, quartier nord, Boulogne-Billancourt). Cependant, à l'image de l'extrait d'entretien suivant, bien que sceptique, la majorité de ces professionnels préconisent à leurs patients de réaliser le test Hémoccult : « *il n'y a pas de preuve de la baisse de la mortalité* […] *je suis sceptique, mais je le fais quand même* » (MG n°22, homme, secteur 1, Village, Gennevilliers).

Les professionnels que nous avons qualifiés de « sceptiques » sont un peu plus nombreux à exercer à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt (cinq contre deux) et sont majoritairement des hommes (six contre une femme).

Enfin, parmi les médecins généralistes rencontrés, un seul (un homme exerçant à Boulogne-Billancourt) se déclare complètement opposé à ce programme. D'après lui « *il* [le programme de dépistage organisé du cancer colorectal] *est mal ciblé, on devrait proposer la colo et non pas ce test Hémoccult* » (MG n°2, homme, secteur 2, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Il se plaint de « *devoir refaire tout le boulot à chaque fois pour expliquer que la colo c'est beaucoup mieux* ». Il propose systématiquement la coloscopie à ses patients. Il estime que ses patients sont « *compliants* », qu'« *ils écoutent ce que je leur dis. Ils finissent toujours par faire la colo* ». D'après lui la coloscopie possède l'avantage « *de ne pas posséder d'effets secondaires* », et surtout, « *d'être très fiable* », bien que « *cela n'est pas inoffensif, mais il n'y a pas de faux*

positif. Je n'ai jamais entendu qu'un gastro s'était trompé en interprétant une colo, alors qu'avec ce test, ou les mammographies c'est autre chose».

Finalement, 81 % des médecins boulonnais rencontrés et 74 % des professionnels gennevillois enquêtés se déclarent convaincus par le programme. Inversement, 13 % des médecins boulonnais et 26 % des professionnels gennevillois rencontrés se révèlent sceptiques vis-à-vis de ce programme. Si la ville d'exercice s'avère peu discriminante en matière d'opinion vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal, nous aurions pu supposer que les professionnels partageant une vision critique de leur profession, et pour certains (les ancré-e-s) dans une contestation de certaines politiques nationales de santé publique (le dépistage du cancer du sein par exemple, cf. encadré n°12, chapitre 5) expriment davantage de réserves que leurs confrères des autres profils. Inversement, nous aurions pu supposer que ces professionnels, promoteurs d'une vision globale de la santé, se déclarant sensibles aux facteurs socio-économiques de la santé et engagés dans une démarche préventive, seraient, davantage que leurs confrères, de fervents défenseurs de ce programme. Or, il n'en est rien (tableau n°27).

Tableau n°27 : Profils de médecins généralistes et dépistage organisé du cancer colorectal

	convaincu	**sceptique**	**contre**	Total
ancré-e-s	2	3	0	5
engagé-e-s	14	1	1	16
situé-e-s	8	3	0	11
isolé-e-s	2	1	0	3
total	26	8	1	35

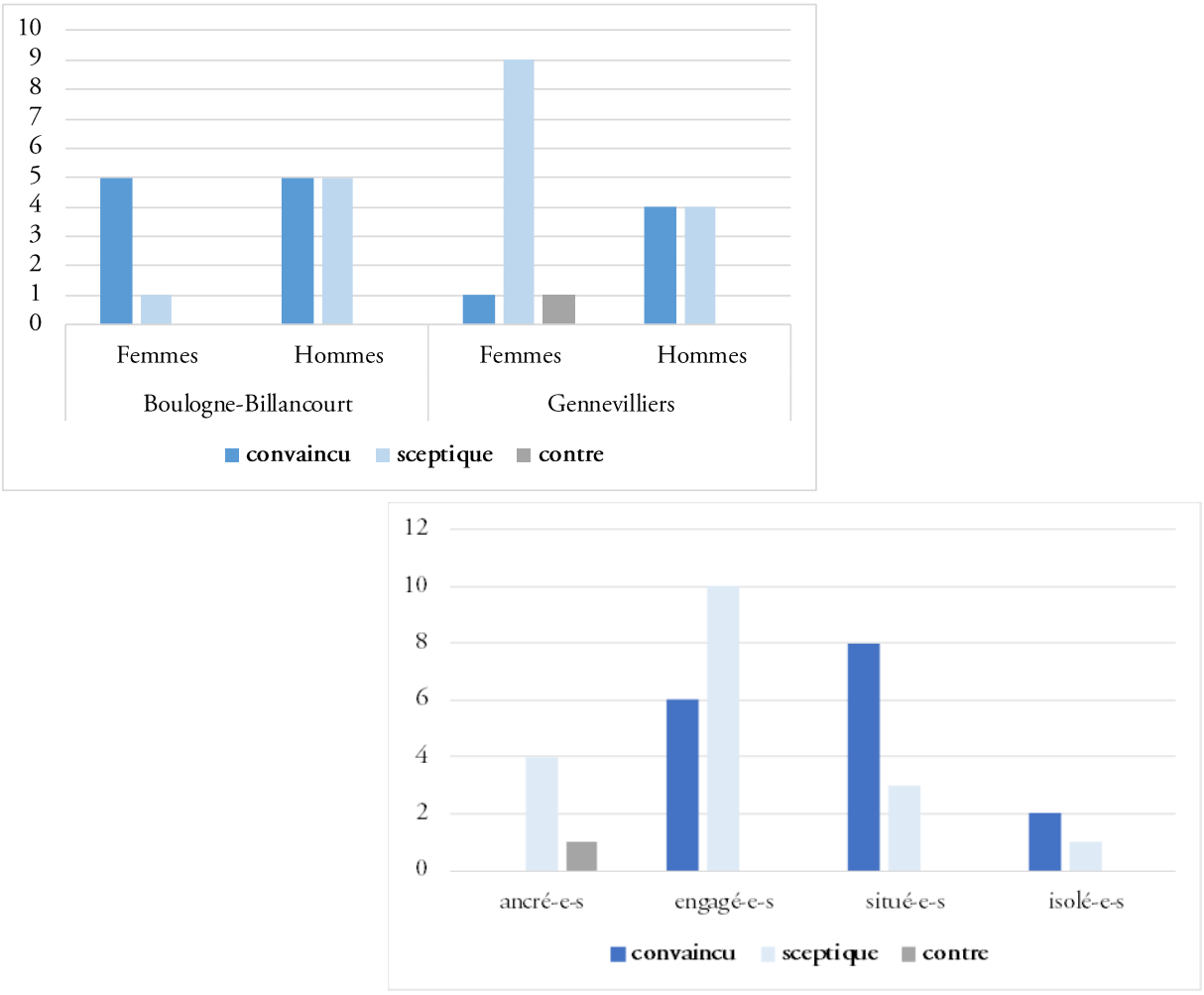
Sources : enquête de terrain. Traitement et réalisation : E. Faure.

Les médecins appartenant aux profils « ancré-e-s » et « engagé-e-s » ne se distinguent pas de leurs confrères des deux autres profils en matière d'opinions vis-à-vis du dépistage organisé.

Le dépistage du cancer du sein, un programme clivant

Contrairement au programme de dépistage organisé du cancer colorectal, nos résultats concernant le dépistage organisé du cancer du sein ne témoignent ni de l'unanimité d'opinion des professionnels boulonnais et gennevillois rencontrés, ni de leur homogénéité (graphique n°38).

<u>Graphique n°38 :</u> Médecins généralistes et dépistage organisé du cancer du sein



Sources : enquête de terrain. Réalisation : E. Faure.

Un nombre important de médecins généralistes s'avère « sceptique » vis-à-vis de ce programme (dix-neuf contre sept pour le dépistage du cancer colorectal). L'adhésion à l'un des deux programmes n'est donc pas automatiquement synonyme d'adhésion au second. En effet, parmi les vingt-six professionnels « convaincus » par le programme de dépistage organisé du cancer colorectal, seule la moitié est également « convaincue » par celui du sein (l'autre moitié se révèle « sceptique » vis-à-vis de ce dépistage). Dans la continuité des extraits d'entretiens de médecins généralistes présentés dans la partie précédente de ce chapitre (1.2.2), ces résultats témoignent des clivages, voire des tensions, entre les différentes spécialités de la profession médicale. Alors que la promotion du programme de dépistage organisé du cancer colorectal incombe à l'unique médecin généraliste, le dépistage du cancer du sein est perçu, par certains professionnels, comme un programme relevant davantage de leurs confrères gynécologues.

Les professionnels dits « sceptiques » vis-à-vis du programme de dépistage organisé du cancer du sein sont majoritairement des femmes, exerçant à Gennevilliers, et des médecins généralistes appartenant

aux profils des « ancré-e-s » et des « engagé-e-s ». En effet, 70 % des « engagé-e-s » et 85,7 % des « ancré-e-s » sont sceptiques vis-à-vis du dépistage systématique du cancer du sein. Inversement, 73,3 % des médecins dits « situés » sont convaincus du bien-fondé de ce programme.

Le positionnement des médecins femmes est donc particulièrement clivé entre celles exerçant à Boulogne-Billancourt et leurs consœurs de Gennevilliers. Alors que la majorité des professionnelles boulonnaises sont convaincues par ce programme (5 sur 6), les Gennevilloises sont massivement sceptiques (9 sur 11).

L'appartenance aux profils « ancré-e-s » et « engagé-e-s » versus « situé-e-s » est donc révélatrice de positionnements très différents vis-à-vis de ce programme de santé publique. Ces résultats montrent que le contexte gennevillois est le support d'une pratique de la médecine relativement critique vis-à-vis des programmes nationaux et recommandations officielles de santé publique, et ce d'autant plus chez les femmes. En effet, nous l'avons montré, la ville de Gennevilliers concentre, à l'inverse de Boulogne-Billancourt, des professionnels engagés sur leur territoire, mais également relativement critiques vis-à-vis de l'organisation du système de santé français. L'intense communication entre professionnels, le crédit accordé à certains d'entre eux ou elles ou bien la lecture de revues médicales critiques (*Prescrire*, *Revue de la médecine utopique*) sont à notre sens à la fois des facteurs et des témoins de cette spécificité gennevilloise.

3.1.2. « *Le cancer colorectal c'est délicat* » : un constat généralisé

Contrairement au dépistage du cancer du sein, il n'y a donc aucun lien entre les profils des médecins généralistes rencontrés, ni leur commune d'exercice, et leurs opinions quant au dépistage du cancer colorectal. La majorité d'entre eux sont convaincus de la nécessité et du bien-fondé de ce dépistage et de son programme organisé. Cependant, quelle que soit leur opinion vis-à-vis du programme de dépistage, la majorité des médecins rencontrés considère que le test Hémoccult est « *délicat* » ou « *compliqué* » pour leurs patients et (donc) pour eux.

Un dépistage et un test difficiles à faire et (donc) à faire faire

L'ensemble des médecins généralistes rencontrés considère que le test Hémoccult serait difficile à réaliser comme à expliquer.

> « *C'est très difficile d'expliquer aux patients* » (MG n°8, homme, quartier nord, Boulogne-Billancourt)

« *Je pense que c'est mieux de tout expliquer, même si des personnes disent oui oui, car une fois chez elles, elles se retrouvent face au test et là c'est plus la même chose* » (MG n°15, homme, quartier sud, Boulogne-Billancourt)

« *Le test c'est pas une mauvaise idée, mais c'est quand même très difficile à faire faire et à expliquer* » (MG n°29, femme, Agnettes, Gennevilliers)

[Enquêtrice] : « *Faites-vous une démonstration à vos patient-e-s ? Pourquoi ?* » [Enquêtée] : « *Oui toujours, je colle les étiquettes, je leur explique bien qu'il ne faut pas en mettre trop, il faut en rire, dédramatiser la chose, c'est un véritable tabou les selles, même avec le médecin* » (MG n°33, femme, Village-CMS, Gennevilliers)

Le dispositif de recueil des selles[27] fourni dans le kit de réalisation du test Hémoccult critiqué par certains médecins généralistes est également remis en cause par les individus rencontrés. Il ne serait pas facile d'utilisation, voire comme l'illustre les extraits d'entretiens suivants, complètement inappropriés : « *C'est trois jours de suite, il faut être tranquille et puis euh, et puis après le procédé pour récupérer les selles c'est pas. Cela ne tient pas forcement bien comme ils le disent. Euh le plastique* » (Femme, 64 ans, Chevrins, Gennevilliers) « *La notice oui elle est bien faite. C'est tout bête. Mais alors ce qui n'est pas pratique c'est cette espèce de truc en plastique* [pause] *quelle horreur ce truc. Alors je n'utilise pas leur méthode, ah ça non* » (Femme, 65 ans, Agnettes, Gennevilliers). Jugé fastidieux, ce procédé est très souvent invoqué comme facteur de non-participation.

Les nombreuses contre-indications (ne pas avoir mangé de boudin, de ne pas poursuivre un traitement visant à pallier des carences en fer ou vitamine C, ne pas avoir ses règles pour les femmes[28]) constituent également des freins à la réalisation du test. Certaines personnes confient que l'ensemble de ces indications, et contre-indications, engendre une appréhension, une « *peur de mal faire* », et parfois un renoncement à la réalisation du test. De la même façon, une médecin travaillant au CMS de Gennevilliers estime que « *c'est très long toutes ces explications sur le test. Les contre-indications, le boudin, la betterave tout ça, c'est trop ça embrouille les gens* » (MG n°20, femme, secteur 1, Village-CMS, Gennevilliers).

[27] C'est-à-dire un morceau de plastique à positionner sur la cuvette des toilettes afin de récupérer la matière fécale sans qu'elle ne touche l'eau de la cuvette (cf. document 2, chapitre 1).

[28] Cette contre-indication apparaît sur la notice du test Hémoccult fournie aux individus souhaitant réaliser le test (cf. document 2, chapitre 1) et doit être rappelée par le médecin généraliste lors de la consultation.

La barrière de la langue

D'après plusieurs médecins, certains de leurs patients, le plus souvent des femmes, sont systématiquement accompagnées d'un proche afin de pallier d'éventuelles incompréhensions. Or, comme le remarque une médecin travaillant au CMS de Gennevilliers « *ce sont souvent des enfants et cela pose parfois des problèmes selon les sujets, pour le cancer colorectal par exemple oui, ou la gynéco* » (MG n°33, femme, secteur 1, Village, Gennevilliers). Si le recours à un tiers (souvent une fille ou une sœur, cf.4.2 chapitre 4) permet donc de dépasser la barrière de la langue, il peut également s'avérer gênant pour la personne concernée, comme pour celle qui l'accompagne.

Si la maitrise de la lecture du français est nécessaire, le test requiert également de savoir écrire. Chaque participant doit en effet indiquer ses coordonnées ainsi que la date des différents prélèvements. D'après les médecins rencontrés, cet élément constitue un obstacle à la participation pour une partie de la population. L'explication du test réclame ainsi beaucoup plus de temps ou bien la mobilisation de supports annexes (schémas ou dessins personnels). Une médecin généraliste de Gennevilliers déclare ainsi faire « *une démonstration à chaque fois, car j'ai une patientèle très illettrée vous savez, et c'est pas facile du tout. C'est important de leur expliquer, car une fois chez eux ils ne peuvent pas lire la notice* » (MG n°29, femme, Village-CMS, Gennevilliers). Elle remplit les fiches de ses patients et colle les étiquettes. Près de la moitié des médecins rencontrés (14 sur 35) déclare coller régulièrement, voire systématiquement, les étiquettes à la place de leurs patients. Par exemple, une des médecins généralistes exerçant au centre Croix-Rouge de Boulogne-Billancourt ouvre systématiquement la lettre avec ses patients, colle les étiquettes, alors qu'une de ses collègues estime que « *cela prend beaucoup de temps à expliquer* [pause] *et le fait de devoir prélever sur trois selles de suite c'est compliqué à expliquer* [pause] *et à faire. Les croquis ne sont pas très compréhensibles.* […] *J'avais beaucoup de tests ininterprétables, car les gens n'ont pas noté la date, ou bien pas collé les étiquettes. Alors maintenant je le fais avec eux, dans le cabinet* » (MG n°6, femme, quartier Sud, Boulogne-Billancourt). De la même façon, un médecin généraliste libéral exerçant dans le quartier du village à Gennevilliers estime avoir pris l'habitude de *« mettre du feutre là où ils devront remplir, coller les étiquettes, ouvrir l'enveloppe. Je leur montre, j'explique comment ça fonctionne, que le papier est réactif, et surtout je leur dis de ne pas en mettre trop* » (MG n°17, homme, Village, Gennevilliers).

À Gennevilliers, un programme toujours inadapté ?

Enfin, comme pour les acteurs politiques, associatifs et socio-sanitaires (chapitre 5), les médecins généralistes exerçant à Gennevilliers, et d'autant plus au CMS, dénoncent l'inadaptation de ce programme et de sa campagne de promotion à leur patientèle ou à leur territoire d'exercice.

Le programme et ses campagnes de promotion n'incluraient pas assez les populations précaires, illettrées, peu en contact avec le corps médical ou la démarche préventive. Par exemple, alors que des médecins généralistes discutent de leurs pratiques quant à la distribution du test Hémoccult (coller ou non les étiquettes, difficultés, etc.) durant l'une des réunions du pôle universitaire de santé de Gennevilliers-Villeneuve-La-Garenne, un professionnel gennevillois déclare que « *s'il faut que les gens écrivent les dates sur les étiquettes alors là ce n'est pas 30 %* [de participation] *que l'on va avoir* ». De la même façon, une de ses consœurs, considère que les campagnes de promotion du dépistage ne sont « *pas adaptées du tout à la réalité, pas adaptées à la population de Gennevilliers* » (MG n°33, femme, secteur 1, Village-CMS, Gennevilliers).

Le temps : un absent pourtant nécessaire

Parmi l'ensemble des difficultés évoquées par les professionnels, la question du temps est sans doute la plus récurrente. En effet, le manque de temps empêcherait les professionnels gennevillois comme boulonnais d'adapter leurs discours (explication du programme, du test, etc.) aux particularités de leurs patients (tabous, réticences, barrière de la langue, etc.) et aux nombreuses difficultés de mise en œuvre de ce programme. Le temps nécessaire à l'explication du programme, mais surtout aux modalités de réalisation du test (ouverture du kit, explication, collage des étiquettes, écriture des coordonnées des personnes, etc.) est jugé long et contraignant par la quasi-totalité des médecins généralistes rencontrés, et ce, qu'ils ou elles soient convaincu(e)s ou plus sceptiques vis-à-vis du programme.

Si le manque de temps apparaît ainsi comme un frein au bon déroulement de ce programme de santé publique, de nombreux travaux montrent qu'il s'agit toutefois d'un problème récurrent et très ancien de la profession. Dès 1973, à la fin de son essai *Grandeurs et tentations de la médecine*, le Professeur Jean Bernard souhaitait par exemple que l'on donne aux praticiens « *le bien le plus précieux, le temps* » ((Bernard 1973) in Berlan & Thévenin, 2005).

Finalement, bien que massivement convaincus par le programme, *faire* comme *faire faire* ce test pose problème à l'ensemble des professionnels de santé rencontrés, et ce quel que soit leur commune d'exercice, leur profil, leur sexe ou leur expérience.

3.2. Essentialisation des comportements de santé : sexe, genre et « culture »

Plusieurs catégories transparaissent des discours des professionnels rencontrés : le sexe, l'âge, l'origine ou bien la catégorie sociale sont perçus comme des facteurs ou des freins à la participation des individus au programme de dépistage du cancer colorectal, mais aussi, parfois, à sa promotion.

3.2.1. Bi-catégorisation, santé préventive et dépistage du cancer colorectal

Il apparaît au travers de la majorité des discours des professionnels rencontrés (plus de 61 %), ce que nous appellerons une bi-catégorisation des individus selon leur sexe. Cela signifie que ces médecins généralistes considèrent que les hommes d'une part, et les femmes d'autre part, constituent deux groupes aux représentations et pratiques de santé tout à fait différentes.

Les hommes sont décrits comme « *curatifs* ». Inversement, les femmes sont considérées comme « *plus soucieuses* », davantage « *préventives* » :

> « *C'est vrai que les femmes sont plus sérieuses, font plus de suivi, et sont plus responsables.* […] *Les hommes sont peut-être moins courageux sur ces questions-là* […] *Les femmes sont plus compliantes, obéissantes ou plus intelligentes peut-être* » (MG n°17, homme, secteur 1, Village, Gennevilliers)

> « *Les femmes sont plus observantes, plus dans les clous, que les hommes de façon générale* ». Elle donne un exemple : lorsqu'elle demande quel est le traitement de monsieur « *c'est quasi systématiquement sa femme qui sait, et qui répond* » (MG n°3, femme, secteur 1, quartier sud, Boulogne-Billancourt)

> « *Les hommes sont moins dans la prévention. La prévention c'est vraiment quelque chose de féminin* » (MG n°5, femme, secteur 2, quartier sud, Boulogne-Billancourt)

Ces représentations sont partagées par des médecins généralistes exerçant autant à Boulogne-Billancourt qu'à Gennevilliers. En effet, huit des seize professionnels boulonnais rencontrés et dix des dix-neuf médecins généralistes gennevillois enquêtés estiment que le sexe est un facteur déterminant des comportements de santé des individus en matière de prévention et de recours au dépistage organisé du cancer colorectal. Le sexe des médecins généralistes n'est pas davantage discriminant. Enfin, ces professionnels appartiennent indistinctement aux différents profils de médecins généralistes définis dans la partie précédente.

Différents arguments sont mobilisés par les professionnels de santé pour expliquer, au regard de leur pratique quotidienne, une telle différence. La majorité des professionnels associe cette spécificité des femmes au fait qu'elles sont concernées par un plus grand nombre d'actes de prévention que les hommes, et ce, plus précocement au cours de leur vie (suivi gynécologique, dépistage du cancer du sein).

> « *Avec le cancer du sein, elles ont l'habitude* » (MG n°5, femme, secteur 2, quartier sud, Boulogne-Billancourt)

> « *Elles sont en générales plus sensibles aux campagnes de prévention* » (MG n°33, femme, secteur 1, Village-CMS, Gennevilliers).

Un second argument relève de ce que nous pourrions rassembler sous la dialectique nature/culture. Certains professionnels mobilisent en effet un cadre de pensée essentialiste, associant le recours massif des femmes au dépistage à une prétendue « nature » féminine plus sensible au soin (de soi et des autres). Ainsi d'après un professionnel exerçant à Gennevilliers « *C'est vrai que les femmes sont plus sérieuses, font plus de suivi, et sont plus responsables, la maternité, les enfants tout ça, ça compte aussi* » (MG n°17, homme, secteur 1, Village, Gennevilliers). De la même façon, un professionnel exerçant dans le quartier des Grésillons estime que « *les femmes en règle générale c'est une population plus médicalisée. Elles sont plus à l'écoute* » (MG n°26, homme, secteur 1, Grésillons, Gennevilliers). Un groupe « des femmes » est ainsi constitué, sans qu'aucun lien ne soit établi entre les différences de comportements observées au travers de leurs pratiques quotidiennes de la médecine et les constructions sociales qui le sous-tendent. Par exemple, un médecin boulonnais remarque que de façon générale les femmes « *font plus attention à leur santé. C'est chromosomique ou culturel, je ne sais pas. C'est lié à leur instinct de survie, leur sens des responsabilités, les enfants tout ça* » (MG n°2, homme, secteur 2, quartier sud, Boulogne-Billancourt). De la même façon, un second médecin exerçant à Boulogne-Billancourt considère que « *la prévention c'est vraiment quelque chose de féminin, car elles sont plus organisées, elles anticipent. La prévention c'est plus naturel pour elles* » (MG n°5, femme, secteur 2, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Toutefois, certains médecins interrogent les normes sociales, et donc les constructions de genre à l'origine de la différenciation des pratiques de santé et de soins. De plus, ces différents arguments ne sont pas exclusifs. Un médecin généraliste peut tout à fait faire référence à la « *nature* » des femmes et leurs « *rapports particuliers* » au corps et aux soins, puis rappeler qu'elles sont aussi davantage sensibles aux campagnes de prévention car socialisées beaucoup plus jeunes que les hommes à ce type de rapport à la santé et la médecine (via la consultation gynécologique, qui, bien que non systématique, est potentiellement

envisageable dès l'adolescence par exemple). La particularisation des femmes, notamment par l'association à leur fonction maternelle, continue ainsi à structurer les représentations médicales (Membrado 2006).

Inversement, les hommes consulteraient davantage que les femmes pour « *des urgences* », ce qui laisserait moins de temps aux médecins pour aborder les questions de prévention :

> « *Ils* [les hommes] *viennent au coup par coup […] quand il y a une urgence […] donc on n'a pas vraiment le temps de faire de la prévention avec les hommes* » (MG n°8, homme, secteur 2, quartier nord, Boulogne-Billancourt)
>
> « *Les hommes repoussent plus l'examen que les femmes* » (MG n°3, femme, secteur 1, quartier sud, Boulogne-Billancourt)
>
> « *Les hommes viennent plutôt après 70 ans, quand ils sont très malades* » (MG n°13, femme, secteur 1, quartier sud, Boulogne-Billancourt)

Des travaux épidémiologiques et sociologiques attestent en effet de cette différenciation des modes de recours entre hommes et femmes (1.3.2 chapitre 1). Toutefois, nos résultats montrent que la majorité des médecins rencontrés apprécient cette différenciation à l'aune d'un référentiel masculin et essentialiste. Par exemple, lorsque les hommes et les femmes sont comparés, c'est, dans la majorité des cas, à partir d'un référentiel masculin. Les femmes sont caractérisées à partir des hommes : elles sont *plus* soucieuses, *plus* attentives, *plus* préventives, etc. La référence à partir de laquelle les professionnels (hommes comme femmes) évaluent les comportements de leurs patients est masculine. Seuls deux médecins boulonnais et deux professionnels gennevillois rappellent que les hommes « *consultent moins souvent* », ou bien sont « *moins investis* » dans l'aspect préventif de la santé que les femmes.

Enfin, ces médecins, quel que soit leur système de référence (habitudes de vie, construction sociale, ou modèle essentialiste), citent différents facteurs expliquant l'investissement des femmes dans la prévention, et le dépistage organisé du cancer colorectal. En revanche, très peu de médecins font part des éventuels fondements du moindre investissement des hommes. En effet, en dépit de nos relances, ces médecins cherchent des explications à l'investissement « *massif* » des femmes dans la prévention, mais très rarement (4 sur les 18 identifiant une différence entre les sexes chez leurs patients) des raisons du moindre investissement des hommes.

3.2.2. Une lecture intersectionnelle des discours professionnels

Nos résultats montrent qu'à cette catégorisation sexuée s'articulent des représentations sur l'origine, l'âge ou la classe sociale des patients. Certaines populations sont en effet considérées comme moins « *observantes* » que d'autres.

Adopter une approche intersectionnelle consiste à prendre en compte non pas l'impact isolé de chacune des catégories structurant la hiérarchie sociale, mais l'imbrication des rapports sociaux (de classe, de genre, de sexualité, d'origine, etc.) et de leurs effets sur les individus. D'après l'une de ses théoriciennes américaines, l'intersectionnalité est « *un cadre théorique permettant de comprendre comment les multiples identités sociales telles que la race, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique et les incapacités se combinent au niveau micro de l'expérience individuelle pour refléter des systèmes interdépendants de privilèges et d'oppression* »[29] (Bowleg 2012, p.1267). Il s'agit d'un outil de critique des systèmes de catégorisation, et de leurs applicabilités dans la société visant à révéler des positions « hors cadre », c'est-à-dire hors du cadre dominant (Jaunait 2015). Ce cadre d'analyse est largement mobilisé par la littérature anglo-saxonne pour appréhender les inégalités vis-à-vis de l'emploi, de la justice, de l'engagement politique, mais aussi de l'accès à la santé et aux soins (van Ryn et al. 2006 ; Aronson et al. 2013 ; Hankivsky 2012). L'Institut national de santé publique du Québec considère ainsi qu'une approche intersectionnelle permet de « *comprendre l'interaction entre différentes positions sociales défavorisées, et aide à comprendre comment ces dernières sont liées aux structures sociales qui les ont créées et qui les maintiennent* » (Morrison 2014, p.1).

En France, sans toujours utiliser cette terminologie, des travaux en anthropologie ou en géographie de la santé montrent que le recours et l'accès aux soins de minorités (de classe, d'origine ou de sexualité) s'ancrent dans un système social inégalitaire aboutissant, dans certaines conditions, à des inégalités de santé voire des processus discriminatoires (Adam et Cognet 2015 ; Cognet, Hoyez, et Poiret 2012a ; Hoyez 2011). En effet, l'imbrication de catégories (de sexe, de genre, d'origine, de classe, d'âge, de sexualité, etc.) structurant les représentations sociales, peuvent influer sur les pratiques de soins des professionnels de santé : on soigne différemment un homme, une femme, une personne avec des ressources ou sans, française ou étrangère, etc. Les pratiques contraceptives (Bajos et al. 2004; Bretin

[29] Traduction de l'Institut national de santé publique du Québec (Morrison 2014).

1992), la périnatalité (Sauvegrain 2012), ou la santé plus généralement (Aronson et al. 2013 ; van Ryn et al. 2006 ; Nacu 2011 ; Dozon et Fassin 2001) ont ainsi été étudiées.

Cette approche fait écho à nos résultats puisque de multiples dimensions identitaires sont mobilisées par les professionnels rencontrés à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers dans la description, et parfois l'explication, de leurs difficultés à promouvoir le dépistage du cancer colorectal comme de celles de leurs patients à adhérer au programme ou à réaliser le test Hémoccult.

Femmes âgées et « femmes maghrébines »

Conformément aux données d'évaluation de la participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal (chapitre 1), un grand nombre de médecins estiment que les personnes les plus âgées de la tranche d'âge concernée par le programme réalisent moins le test Hémoccult que les plus jeunes.

Néanmoins, il apparaît que les médecins, hommes comme femmes, gennevillois comme boulonnais, identifient cette baisse d'implication chez les femmes, et non chez les hommes.

D'après les professionnels rencontrés, les femmes âgées porteraient moins d'attention à la prévention que les plus jeunes. La ménopause est très clairement identifiée (plus que l'âge) comme un moment de rupture dans le parcours de soins de beaucoup de leurs patientes. Ainsi, selon une médecin exerçant à Boulogne-Billancourt : « *les femmes les plus âgées pensent souvent qu'elles sont trop vieilles et que cela n'est pas la peine* ». Cette professionnelle remarque que très souvent, les femmes « *veulent arrêter de faire de la prévention au moment de leur ménopause* » (MG n°13, femme, secteur 1, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Les discours de médecins généralistes rencontrés tendent à montrer que les normes sociales pesant sur les femmes à cette période de leur vie impliquent une redéfinition du rapport au corps et à la santé. Ce constat est d'une extrême violence : les femmes, ne pouvant plus procréer, se désintéresseraient *donc* de leur santé. Si la ménopause est un fait historiquement situé, il l'est aussi culturellement (Héritier 1996). Les discours médicaux et médiatiques contribuent en effet de la construction sociale de la ménopause mettant en jeu des rapports de genre constitutifs d'une homogénéisation et d'une pathologisation des expériences des femmes (Charlap 2015).

Une seconde « catégorie » se distingue parmi les discours recueillis : les « *femmes maghrébines* » ou les « *femmes musulmanes* ». Ces femmes seraient peu mobilisées par le dépistage organisé du cancer colorectal[30], car elles auraient « *des rapports spécifiques au corps* » et aux examens médicaux.

> « *Bon je ne devrais pas dire ça, mais c'est vrai que les femmes musulmanes elles sont moins suivies. Elles sont plus réticentes. Elles n'apportent pas beaucoup la lettre* » (MG n°27, femme, secteur 1, Luth, Gennevilliers)

Quelques professionnels évoquent les caractéristiques socio-économiques de leurs patientes (souvent précaires, et parfois peu assurées dans leur usage du français). Toutefois, la majorité de ces professionnels invoquent, sans les détailler, des facteurs « culturels » ou « culturo-religieux » : rapports « *spécifiques au corps* », « *pudeur* » particulièrement exacerbée, etc. Ces représentations reposent sur une conception essentialisante de la figure de l'Autre, sans que soient prises en considération les conditions de vie ni les contraintes institutionnelles des contextes de soin (accès aux droits, niveau de vie, barrière de la langue, etc.). Nos entretiens montrent par exemple que certaines femmes, estimant ne pas parler aisément le français ou bien, plus nombreuses, ne sachant pas complètement le lire, reconnaissent que la compréhension du courrier d'invitation de l'ADK92 n'a ainsi pas été aisée. La notice explicative du test Hémoccult de l'ADK92 a été traduite en plusieurs langues (dont l'arabe, l'anglais, le chinois, le turc, etc.). Ces brochures sont disponibles sur demande, ou bien sur le site internet de la structure de gestion, mais elles ne sont pas envoyées systématiquement à l'ensemble de la population. L'INCA a également produit des dépliants d'information sur le programme de dépistage du cancer colorectal en anglais, arabe, turc et chinois, mais aucune des personnes rencontrées n'a évoqué, puis une fois présentés, confirmé la connaissance de ces outils de communication. Cependant, il convient de rappeler que ces associations entre culture maghrébine et religion musulmane, ainsi qu'entre religion musulmane, pudeur et soumission des femmes ne sont en aucun cas propres à la sphère médicale, mais bien présentes dans l'ensemble de la société française (Fassin et Fassin 2006 ; Dorlin 2006 ; Delphy 2008).

[30] En France, aucune donnée ne permet de valider ou d'invalider la plus faible participation de certaines populations au dépistage du cancer colorectal en fonction de leur lieu de naissance ou de leur nationalité. Cependant, nous savons qu'alors que la grande majorité des femmes françaises ont déjà subi un examen clinique des seins et un frottis cervical, les femmes immigrées maghrébines y sont moins fréquemment soumises (Wanner, Khlat, et Bouchardy 1995). Les résultats de l'étude plus récente basée sur l'enquête « Santé, inégalités et rupture sociales » datant de 2005 corroborent ces affirmations : les femmes étrangères résidant en région parisienne déclarent ainsi moins fréquemment avoir bénéficié d'un frottis cervical que les Françaises nées de parents français (Vallée et al. 2010). En revanche, il n'y aurait pas de différence significative entre les Françaises nées de parents français et les secondes générations d'immigrées (Berchet et Jusot 2010).

Finalement s'opère, parmi le groupe des femmes à priori « *plus compliantes* », une distinction des patientes en fonction de leur difficulté à réaliser le test mais aussi de leur degré d'acceptation du programme, et donc indirectement, de la difficulté des médecins à le promouvoir.

Les Chibanis[31]*, hommes, précaires et d'origines étrangères : cumul ou imbrication des « handicaps »*

> Les « *Chibanis se préoccupent souvent trop tard de leur santé* […] *Ils échappent toujours aux dépistages* […] *Du coup on détecte des cancers beaucoup trop tard* » (MG n°33, femme, secteur 1, Village-CMS, Gennevilliers).

À l'image de cet extrait d'entretien, certains des médecins rencontrés, à Gennevilliers principalement, considèrent que ces hommes se distinguent également nettement du reste de leur patientèle en matière de prévention et de recours au dépistage du cancer colorectal. Ces hommes sont considérés comme « *à l'écart* » de la prévention et de ce programme de santé publique, mais aussi très difficiles à mobiliser. Les résultats de cette thèse confirment (chapitre3) que les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal enregistrés dans les espaces abritant des foyers de travailleurs migrants sont extrêmement faibles.

La majorité des médecins généralistes rencontrés abordant la spécificité de leurs patients Chibanis estime que les foyers de travailleurs migrants dans lesquels vivent ces hommes sont vétustes et ne permettent pas aux individus qui le souhaiteraient de réaliser le test Hémoccult dans des conditions acceptables. Ces foyers sont en effet majoritairement composés de chambres de très petite taille, de sanitaires communs aux résidents d'un étage dont les toilettes sont souvent « à la turque ».

D'après son bailleur, le foyer Brenu de Gennevilliers compte par exemple 381 chambres individuelles meublées de 7,5 à 15 m^2. Les unités de vie du foyer sont composées de 16 chambres partageant une cuisine collective et une salle de bain. Construit en 1975, il a été entièrement réhabilité en 1995. Le premier étage a été récemment réaménagé pour les personnes âgées dépendantes, mais les sanitaires restent communs. Par exemple, de telles conditions de vie rendraient le procédé de récolte des selles fourni avec le test Hémoccult (2.2.3 du chapitre 1) complètement inadéquat.

[31] En France le terme *Chibani,* littéralement « cheveux blancs » en arabe dialectal, désigne les travailleurs immigrés, généralement maghrébins, mais également originaires d'Afrique subsaharienne, devenus retraités en France. À l'image des discours des médecins généralistes rencontrés, nous restreignons ici l'usage de ce terme aux hommes vivant en foyer de travailleurs migrants. Plusieurs foyers sont implantés dans les deux villes d'enquête.

La précarité économique et administrative d'une grande partie de ces hommes est également mise en valeur par les médecins abordant le cas des Chibanis. Ces hommes vivent très souvent avec des pensions de retraites peu conséquentes et envoient, pour une partie d'entre eux, la majorité de leurs revenus à leurs familles vivant dans leur pays d'origine. De plus, les difficultés rencontrées par ces hommes dans leurs démarches administratives (ouverture de droits à la CMU ou CMU-C, multiplicité des caisses de retraites, etc.) participent à leurs difficultés d'accès aux soins.

Les allers et retours entre la France et leur pays de naissance sont également identifiés comme une entrave à la réalisation du test Hémoccult et au suivi médical de façon générale. D'après certains professionnels, la principale préoccupation de ces personnes est l'envoi d'argent à leurs familles résidant dans leur pays d'origine. Les dépenses de santé jugées inutiles seraient alors délaissées. Par exemple, un médecin généraliste boulonnais considère que « *c'est très difficile avec eux, le message ne passe pas, ils ont d'autres préoccupations* […] *ils ont d'autres priorités vous savez, la famille, oui c'est ça l'envoi d'argent au bled vous savez, ils font un choix, et c'est clair que le dépistage du cancer colo c'est pas vraiment la priorité* » (MG n°11, homme, secteur 1, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Cependant, comme pour les « femmes maghrébines », certains professionnels convoquent des facteurs « culturels » au moindre recours aux soins de ces hommes vivant en foyers de travailleurs.

Les différents arguments évoqués par les médecins pour qualifier la différence entre des patients « *africains* » ou « *maghrébins* » et « *les autres* » (sous-entendus, les personnes assignées françaises, ou « blanches ») identifiés par Marguerite Cognet dans ses travaux correspondent tout à fait à nos résultats (Adam et Cognet 2009). Elle distingue en effet les arguments culturels (la compréhension de la maladie, de la médecine ou des médicaments sont jugés différents selon l'appartenance « culturelle » de la personne), des arguments en lien avec le mode de vie (la mobilité entre la France et le pays d'origine supposant par exemple des risques accrus de contagions et de non-observance de la posologie), de ceux juridiques (la situation légale de l'individu influençant l'accès à la santé de la personne), des arguments économiques (les personnes très précaires auraient d'autres priorités que la santé) enfin des arguments liés aux conditions de vie (logement, accès à des équipements : dans le cas du VIH par exemple l'accès à un réfrigérateur pose problème). Les discours des professionnels gennevillois et boulonnais rencontrés s'ancrent donc dans des processus sociaux de plus vaste ampleur et ne reflètent certainement pas des pratiques localisées de santé (des individus) ou de soins (des professionnels). De plus, certaines de ces représentations sont en partie confirmées par des données épidémiologiques : les femmes participent globalement plus que les hommes à l'échelle nationale, régionale et départementale ; et les campagnes

de promotion de la santé atteignent davantage les classes sociales aisées que les classes sociales populaires. Des études françaises observent également des différences entre les immigrés et les Français en matière de vaccination ou de dépistage (Berchet et Jusot 2010). Nous pouvons également supposer que le manque de temps entrave la prise en charge davantage individualisée de ce dépistage, et donc, d'échapper à ces processus de catégorisation.

3.3. Des pratiques propres à certains contextes

L'ensemble des représentations présentées dans le paragraphe précédent semble partagé par des médecins de Boulogne-Billancourt comme de Gennevilliers, par des professionnels très impliqués localement comme par des professionnels moins ancrés dans leur territoire. Toutefois, la traduction pratique de ces discours réintroduit l'importance de la prise en compte du contexte. Nous proposons donc d'interroger le rôle du contexte dans la compréhension des rapports sociaux de genre, mais aussi de classe, d'origine ou d'âge inhérents à la relation médecin-patient.

Nous posons l'hypothèse que le quartier ou la ville dans lequel s'insèrent à la fois le médecin et le patient joue un rôle dans la nature des rapports sociaux qui s'y produisent.

3.3.1. Une majorité non proactive

Compte tenu de l'ensemble des difficultés rencontrées par les professionnels de santé (tabous, manque de temps, manque de supports adaptés à leur patientèle, etc.), la majorité des médecins généralistes rencontrés déclarent n'aborder que très rarement le sujet spontanément. En effet, plus de 68 % des professionnels déclarent ne pas être à l'initiative de la conversation concernant le dépistage du cancer colorectal. À l'image des extraits d'entretiens suivants, ils ou elles attendent que leurs patients apportent la lettre d'invitation de l'ADK92.

> « *Je ne le propose pas systématiquement c'est vrai, enfin j'attends que les personnes m'apportent la lettre* » (MG n°4, homme, secteur 1, quartier sud, Boulogne-Billancourt)

> « *C'est lettre dépendant* » (MG n°10, homme, secteur 1, quartier nord, Boulogne-Billancourt)

Ces professionnels exercent autant à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt, et dans les différents quartiers de ces deux communes. La proportion d'hommes et de femmes parmi ces médecins considérés

comme « non proactifs » est équivalente. Contrairement à ce que nous aurions pu supposer au regard de la littérature[32], les professionnels exerçant dans un centre de santé ne se déclarent pas plus proactifs que leurs confrères libéraux. Enfin, ces professionnels appartiennent indistinctement aux différents profils de médecins généralistes identifiés dans la partie précédente de ce chapitre.

2.3.2. Une minorité active

Contrairement aux professionnels que nous pourrions qualifier de « non proactifs », certains des médecins généralistes rencontrés tentent d'anticiper la demande de leurs patients en matière de dépistage du cancer colorectal. Or, il apparaît que ces stratégies d'inclusion sont le fait de certains professionnels, exerçant dans certains territoires, et appartenant à certains profils de médecin généraliste.

Modalités (locales) de contournement de la difficulté

Les stratégies mises en place pour tenter de pallier les multiples difficultés rencontrées face au programme de dépistage du cancer colorectal distinguent les médecins en fonction de leur profil et de leur contexte d'exercice.

Les médecins proposant des consultations uniquement dédiées à la prévention (donc, notamment, à l'explication du test Hémoccult, du dépistage du cancer du sein, ou bien à la prévention contre les addictions) appartiennent tous au profil « ancré-e-s », et dans une moindre mesure « engagé-e-s ». Enfin, ils et elles exercent uniquement à Gennevilliers. Parmi eux, un groupe de trois jeunes femmes médecins travaillant au CMS a mis en place un protocole de consultation de vingt minutes (au lieu des quinze minutes habituelles) dans le but de faciliter la prise en charge globale du patient et la prévention. Cette initiative témoigne du souci particulier de certains médecins de développer une médecine préventive, plus que curative, et surtout, plus à l'écoute des nombreux déterminants sociaux de la santé. Au moment de notre travail de terrain, aucune évaluation du dispositif n'était encore disponible. Cependant, d'après nos échanges avec ces professionnelles, si l'intérêt de la démarche semble se confirmer, la plage horaire concédée n'est pas suffisante. Dans cette structure, la multiplicité des sujets à aborder avec leurs patients, majoritairement affectés par une grande précarité sociale et économique, nécessite beaucoup de temps. Les retards continuent à s'accumuler au fur et à mesure de la journée, et, comme en témoigne l'une d'entre elles, « *il faudrait pouvoir parler du cholestérol, du tabac, de l'alcool, de la tension, mais la prévention*

[32] De récents travaux de l'Irdes montrent par exemple que les médecins généralistes exerçant dans des centres, pôles ou maisons de santé possèdent « *une meilleure qualité des pratiques* » en matière de prévention et dépistage que leurs confrères exerçant de manière isolée (Mousquès et Daniel 2015).

c'est le parent pauvre » (MG n°20, femme, secteur 1, Village, Gennevilliers). De plus, cette entreprise demande, elle aussi, du temps pour se mettre en place, et rentrer dans les habitudes de santé des individus : [Enquêtrice] : « *Vous arrive-t-il de proposer au patient de revenir pour une consultation dédiée à la remise du test ? Pourquoi ?* » [Enquêtée] : « *oui je le fais parfois, mais c'est compliqué, souvent les personnes ne reviennent pas. C'est difficile de faire comprendre aux patients que la prévention c'est aussi de la vraie médecine, que cela vaut la peine de prendre un rendez-vous exprès* » (MG n°10, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers).

Enfin, trois médecins généralistes gennevillois, exerçant dans le quartier des Agnettes et appartenant également au profil des « ancré-e-s » ou des « engagé-e-s », utilisent un rappel automatique des différents actes préventifs dans le dossier de chacun de leurs patients. Ces professionnels s'inscrivent dans une démarche de mutualisation des expériences et des pratiques développées au sein du pôle universitaire de santé de Gennevilliers-Villeneuve-La-Garenne.

Les Chibanis, exemple de l'ancrage local des stratégies professionnelles

Comme nous l'avons montré, la majorité des médecins généralistes rencontrés considère qu'il est « *très difficile* » de promouvoir le programme de dépistage du cancer colorectal auprès des Chibanis résidant en foyers de travailleurs migrants.

S'appuyant sur des arguments avant tout culturalistes, mais aussi sur un rappel de l'inadéquation de ce test avec leurs conditions et modes de vie (3.2.2), certains professionnels déclarent ne pas leur proposer de réaliser ce dépistage organisé. En effet, ces hommes ne se voient pas systématiquement proposer le test Hémoccult, jugé trop contraignant « *pour eux* ». Par exemple, un médecin boulonnais considère que « *c'est très difficile avec eux, le message ne passe pas, ils ont d'autres préoccupations* […] *c'est vrai que je ne leur demande même pas, ils ont d'autres priorités, vous savez. La prévention non c'est très difficile* » (MG n°11, homme, secteur 1, quartier sud, Boulogne-Billancourt). Dans ses travaux, Estelle Carde propose une typologie des processus de discrimination dans l'accès à la santé selon l'origine des personnes qui nous semble ici instructive (Carde 2007). Elle identifie deux dimensions des discriminations : l'une est fondée sur des processus qu'elle qualifie de *délégitimation* et l'autre s'ancre dans des représentations dites de *différenciation.* La vision culturaliste des médecins choisissant de ne pas proposer le test Hémoccult à certains hommes supposant que « *de toute façon ils ne le feront pas* », correspond, nous semble-t-il, à ce que l'auteure décrit comme des processus de discrimination fondés sur une *différenciation.* En effet, la différenciation des pratiques (ici le fait de ne pas proposer le test à une certaine partie de sa patientèle)

relève d'une interprétation surdéterminante de la différence (culturelle, mais aussi socio-économique ou liée aux conditions de vie de l'individu) et une anticipation de l'issue — supposée — de leur proposition.

En revanche, d'autres professionnels mettent en place des stratégies d'inclusion et de promotion de ce programme au sein, comme à l'extérieur de leur cabinet. L'identification de la spécificité de cette population se traduit en effet aussi par la mise en place d'actions ciblées de promotion de la santé et du dépistage.

Comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, à Boulogne-Billancourt des associations d'accès aux droits (Migration Santé, ou le réseau de soin ARèS92) interviennent ponctuellement dans un foyer de travailleurs migrants de la ville (par exemple en organisant un forum santé, des permanences ponctuelles, etc.). À Gennevilliers en revanche, des médecins généralistes salariés du CMS mettent en place des actions de promotion de la santé dans les FTM de la ville. Cependant, des professionnels libéraux, installés dans le quartier des Agnettes et appartenant aux profils des « ancré-e-s » et « engagé-e-s », participent également à la mise en place d'actions de sensibilisation à la prévention auprès de ces hommes. Ils et elles sont par exemple impliqués dans des actions de sensibilisation à la santé dans les foyers ou bien à la Maison de la solidarité (structure qui accueillent beaucoup de ces hommes) depuis de nombreuses années. Le volontarisme et l'engagement professionnel et politique de ces médecins généralistes gennevillois témoignent de choix individuels (désir de mettre en application une vision de la médecine « au service » des plus démunis, intérêt pour une médecine sociale ancrée dans un territoire et non pas seulement dans un cabinet et donc un colloque singulier entre deux personnes). Ces choix s'ancrent aussi dans un contexte, gennevillois, où la valorisation de l'engagement citoyen ou politique est omniprésente (chapitre 5).

Les femmes au cœur de stratégies micro-localisées

Un groupe de médecins généralistes se distingue également des autres praticiens en matière de promotion du dépistage du cancer colorectal. Il s'agit de femmes médecins, installées à Gennevilliers uniquement. Ces professionnelles mettent en place des stratégies spécifiques dans le but d'anticiper les demandes de leurs patients. Cependant, ces stratégies, consistant à associer le cancer colorectal à d'autres thématiques de santé ou d'autres programmes de santé publique comme les dépistages des cancers du sein ou de l'utérus, affectent finalement davantage les femmes que les hommes :

> *« Je pense que j'ai des oublis, cela serait mentir de dire que je le fais à chaque fois, surtout chez les hommes, ce qui est difficile c'est de trouver le moment pour en parler dans une consultation. Avec les*

femmes c'est plus facile d'en parler, car il y a le suivi gynéco, mais pour les hommes, du coup je l'oublie plus souvent » (MG n°32, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers)

« *J'ai du mal avec ce dépistage, bon j'ai des stratégies, j'en parle après celui du sein, après le frottis, mais du coup c'est vrai que cela passe souvent à la trappe surtout pour les hommes* » (MG n°29, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers)

De la même façon, une autre médecin de cette ville estime « *voir moins d'hommes dans mon cabinet donc j'ai du mal à faire des généralités* […], *mais j'essaye de l'aborder* [le dépistage du cancer colorectal] *avec d'autres thématiques de santé* ». Elle cite le tabac, l'alcool et la vaccination. D'après elle, « *on essaye, mais cela n'est pas simple, c'est compliqué avec les hommes. On n'a pas fini de leur expliquer pour la prostate qu'il faut tout recommencer pour celui-là, ça me saoule c'est vrai, mais je le fais parce que j'y tiens* ». Enfin, elle oppose cette difficulté à aborder le sujet avec les hommes à sa plus grande habitude à discuter de prévention avec les femmes : « *Via le frottis, c'est facile de parler de prévention avec les femmes* » (MG n°30, femme, secteur 1, Agnettes, Gennevilliers).

Ces médecins déclarant avoir davantage de difficulté avec les hommes que les femmes appartiennent aux profils de professionnels dits « ancré-e-s » et « engagé-e-s ». Ces médecins sont donc engagées localement, elles ont choisi leur lieu d'exercice en rapport avec leur définition d'une « *médecine sociale* » et d'une « *ville populaire* ». Enfin, elles sont insérées dans des réseaux professionnels locaux, participant à la fois à la promotion de la prévention et à la remise en cause de certaines recommandations nationales qui ne s'adapteraient pas à leur patientèle ou bien du pouvoir de certains lobbies pharmaceutiques. Enfin, ce sont toutes des femmes exerçant toutes dans le quartier des Agnettes. Elles exercent donc à Gennevilliers, un contexte local caractérisé par l'engagement de la municipalité dans la promotion de la santé publique, et dans le soutien aux initiatives facilitant l'accès à la santé de toutes et tous.

Les « conditions » d'exercice de la médecine générale à Gennevilliers, et d'autant plus dans le quartier des Agnettes, semblent donc participer de leur approche proactive en termes de prévention. Or, paradoxalement ces pratiques aboutissent également à une discrimination entre les sexes (dans le sens littéral du terme, c'est-à-dire celui d'opérer une différence). Par ailleurs, ces résultats posent la question du rôle de telles pratiques dans l'accentuation des processus de catégorisation dissociant, nous l'avons vu, les femmes dites « préventives » des hommes considérés comme « curatifs ».

Une telle surreprésentation des femmes dans les temps et lieux de promotion de la santé (au sein de certains cabinets médicaux, mais aussi, nous l'avons montré, dans différentes instances de socialisation

ou actions locales de promotion de la santé) pourrait laisser supposer qu'elles participeraient beaucoup plus que les hommes au dépistage organisé du cancer colorectal. Des écarts entre hommes et femmes sont en effet enregistrés. Les femmes participent davantage que leurs homologues masculins. Cependant, bien différents selon les territoires, les sexes-ratios de participation au dépistage organisé du cancer colorectal restent relativement modérés (chapitre 3). Comment expliquer cet apparent paradoxe ?

Nos entretiens auprès des Gennevillois et Gennevilloises, des Boulonnais et Boulonnaises mais aussi des acteurs du champ socio-sanitaire et des médecins généralistes montrent que les femmes, gestionnaires de la santé du foyer, dans une classe d'âge majoritairement en couple, incitent leurs compagnons masculins à réaliser le test Hémoccult. De la même façon, d'après une étude portant les facteurs de recours au dépistage du cancer colorectal en Grande-Bretagne (Van Jaarsveld et al. 2006), les femmes mariées participant au programme de dépistage jouent un rôle important sur la décision de leurs maris. Des travaux soulignent également combien, dans un couple, les femmes ont une influence directe sur les décisions de leurs compagnons en matière de santé et de recours aux soins (Courtenay 2000 ; Norcross, Ramirez, et Palinkas 1996). En France, des études menées sur les modes de consommations alimentaires témoignent également que le fait d'être en couple a une influence sur la consommation de légumes pour les deux sexes, mais est davantage bénéfique pour l'homme que pour la femme (Plessz et Guéguen 2015). Ces conclusions, comme nos résultats concernant les pratiques de dépistage du cancer colorectal à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt posent finalement la question suivante : à qui bénéficie le couple ? C'est-à-dire à qui bénéficie la répartition des rôles sociaux en matière de santé dans le couple ?

L'apparent paradoxe entre un écart relativement peu important entre hommes et femmes en termes de participation au programme et la place particulière des femmes dans les dynamiques locales de santé est, en partie, attribuable à un « effet d'entrainement » des femmes sur les hommes. À l'échelle locale, la place attribuée aux femmes dans les lieux et actions de promotion de la santé peut ainsi contribuer au renforcement de certaines normes de genre assignant les femmes à la gestion de la santé (prise de rendez-vous chez les professionnels de santé, accompagnement de leurs compagnons lors de visites médicales ou d'examens, etc.).

Synthèse

Dans la troisième partie de ce chapitre, les profils des professionnels préalablement constitués (2.) ont été mobilisés dans l'analyse des discours, puis des pratiques, de ces médecins vis-à-vis de la population cible du dépistage, en lien avec des représentations liées au sexe, au genre, à l'âge ou à l'origine de leurs patients.

La majorité des médecins rencontrés déclare être convaincue de l'utilité de ce dépistage et de son programme organisé. Les professionnels sceptiques sont peu nombreux et répartis dans l'ensemble des profils. Le programme de dépistage du cancer colorectal est pourtant qualifié de « *délicat* » ou « *difficile* » par la quasi-totalité des médecins rencontrés, et ce quel que soit le sexe, le profil ou le lieu d'exercice du professionnel. Les médecins gennevillois dénoncent tout particulièrement l'inadaptation de ce programme et de sa campagne de promotion à leur patientèle et/ou à leur territoire d'exercice (discours sur « la banlieue » comme un territoire spécifique au regard de la santé, programme qui n'inclut pas assez les populations précaires et dépistage impliquant « *trop de papiers* » par exemple).

Une approche multiscalaire et intersectionnelle des discours de ces professionnels de santé a également permis de mieux appréhender les enjeux sociaux et territoriaux de la mise en œuvre du dépistage organisé du cancer colorectal. La majorité des médecins rencontrés (hommes comme femmes, exerçant à Boulogne comme à Gennevilliers et appartenant aux différents profils) considère que le test Hémoccult est plus difficile *à faire faire*, car particulièrement difficile *à faire* pour certaines catégories de patients. Les discours de la majorité des médecins rencontrés (hommes comme femmes, exerçant à Boulogne comme à Gennevilliers et appartenant aux différents profils) témoignent d'une bi-catégorisation des individus selon leur sexe. Les hommes sont décrits comme « *curatifs* ». Inversement, les femmes sont considérées comme « *plus soucieuses* » de leur santé et davantage « *préventives* ». À cette catégorisation sexuée s'articulent des représentations sur l'origine, l'âge et/ou la classe sociale des patients (les hommes, les « *femmes maghrébines* », les « *femmes musulmanes* » ou bien les Chibanis étant considérés comme moins « *observants* » que d'autres).

La majorité des médecins généralistes rencontrés déclare ne pas être à l'initiative de la conversation concernant le dépistage du cancer colorectal et attend que leurs patients leur apportent la lettre d'invitation. Pourtant, ce sont paradoxalement les médecins les plus investis dans une démarche réflexive sur la santé et engagées dans la promotion de la prévention qui, en tentant *malgré tout* de promouvoir plus largement ce dépistage, « privilégient » davantage les femmes que les hommes. Ces

médecins appartiennent à un certain profil de professionnels (« ancré-e-s » et dans une moindre mesure « engagé-e-s ») et exercent à Gennevilliers, un contexte local caractérisé par l'engagement de la municipalité dans la promotion de la santé publique, et le soutien aux initiatives facilitant l'accès à la santé de toutes et tous. Les « conditions » d'exercice de la médecine générale à Gennevilliers participent à leur approche proactive en termes de prévention. Dans le même temps, comme le montre l'exemple des Chibanis, cet investissement local peut aussi être porteur d'actions ciblées envers des catégories très vulnérables de populations et ainsi participer à une plus large diffusion de ce programme de santé publique.

À l'échelle du cabinet médical, la promotion et la mise en œuvre du programme sont donc l'objet de pratiques et de stratégies originales, ancrées dans des contextes locaux particuliers. Nous considérons donc que l'accès à l'information en matière de dépistage organisé du cancer colorectal ne peut pas être considéré comme « médecin-dépendant ».

Une telle surreprésentation des femmes dans les temps et lieux de promotion de la santé (au sein de certains cabinets médicaux gennevillois, mais aussi, nous l'avons montré dans le chapitre précédent, dans différentes instances de socialisation boulonnaises et gennevilloises) pourrait laisser supposer qu'elles participeraient beaucoup plus que les hommes au dépistage organisé du cancer colorectal. Des écarts entre hommes et femmes sont en effet enregistrés. Les femmes participent davantage que leurs homologues masculins. Cependant, bien différents selon les territoires, les sexes-ratios de participation au dépistage organisé du cancer colorectal restent relativement modérés. Comment expliquer cet apparent paradoxe ?

Nos entretiens auprès des Gennevillois et Gennevilloises, des Boulonnais et Boulonnaises, mais aussi des acteurs du champ socio-sanitaire et des médecins généralistes montrent que les femmes, gestionnaires de la santé du foyer, dans une classe d'âge majoritairement en couple, incitent leurs compagnons masculins à réaliser le test Hémoccult. En effet, certains acteurs de la promotion de la santé comptent sur ce rôle de « médiatrice » au sein de la sphère privée (médecins se réjouissant du rôle des femmes sur la participation de leurs maris ou animateur relativisant la surreprésentation des femmes dans certaines actions par leur rôle « *d'infirmière à la maison* » par exemple). De la même façon, d'après une étude portant les facteurs de recours au dépistage du cancer colorectal en Grande-Bretagne (Van Jaarsveld et al. 2006) les femmes mariées participant au programme de dépistage jouent un rôle important sur la décision de leurs maris. Des travaux indiquent combien, dans un couple, les femmes ont une influence directe sur les décisions de leurs compagnons en matière de santé et de recours aux

soins (Courtenay 2000 ; Norcross, Ramirez, et Palinkas 1996). En France, des études menées sur les modes de consommations alimentaires démontrent également que le fait d'être en couple a une influence sur la consommation de légumes pour les deux sexes, mais est davantage bénéfique pour l'homme que pour la femme (Plessz et Guéguen 2015). Ces conclusions, comme nos résultats concernant les pratiques de dépistage du cancer colorectal à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt, posent finalement la question suivante : à qui bénéficie le couple ? C'est-à-dire à qui bénéficie la répartition des rôles sociaux en matière de santé dans le couple ? L'apparent paradoxe entre un écart relativement peu important entre hommes et femmes en ce qui concerne la participation au programme, et la place particulière des femmes dans les dynamiques locales de santé peut donc être interprété à l'aune d'un « effet d'entrainement » des femmes sur les hommes. À l'échelle locale, la place attribuée aux femmes dans les lieux et actions de promotion de la santé peut ainsi contribuer au renforcement de certaines normes de genre assignant les femmes à la gestion de la santé (de l'échelle du foyer à celle de la société), elles-mêmes supports d'inégalités entre les sexes.

Conclusion

Les organismes de gestion des dépistages des cancers et les autorités sanitaires mettent l'accent sur le rôle du médecin généraliste en tant qu'acteur individuel clé du programme de dépistage du cancer colorectal. Des formations sont par exemple organisées par l'ADK92 en direction des médecins généralistes du département afin qu'ils acquièrent une meilleure connaissance du dispositif. L'échelle individuelle est donc privilégiée. Or, nos résultats montrent qu'une approche géographique, multiscalaire (du cabinet à la ville) et intersectionnelle de la relation médecin-patient et des profils de ces professionnels de santé permet de mieux prendre en compte les multiples facteurs sociaux et territoriaux de la mise en place de ce programme de santé publique.

Appréhendée au travers de la promotion et de la mise en œuvre du dépistage du cancer colorectal, la relation médecin-patient apparaît marquée par de grandes tendances : valorisation de la fidélité à *son* médecin, écoute et confiance, permanence de la hiérarchisation des rôles et des discours, etc. Toutefois, nos résultats montrent qu'elle est aussi le produit du contexte dans lequel elle s'insère. À Gennevilliers, l'intimité ou la familiarité sont mises en valeur par une majorité de patients et de nombreux professionnels de santé rencontrés. Dans cette commune, la relation patient-médecin s'ancre aussi dans une tension entre le maintien du pouvoir du médecin, la confiance (ou l'obéissance ?) du patient et la critique du rapport hiérarchique inhérent à cette relation. À Boulogne-Billancourt, à l'inverse, les patients font avant tout part du respect, mais aussi d'une certaine déférence et distance à l'égard de leur médecin. Les professionnels témoignent quant à eux de leur difficulté à se positionner comme l'interlocuteur de référence dans le parcours de soins de leur patient. Le cabinet du médecin généraliste est ainsi un « *lieu chargé de pouvoir* » (Valentine 2007), mais aussi un lieu de contestation ou de critique de ce pouvoir dont l'intensité et les modalités varient selon les contextes.

Notre typologie des médecins généralistes en quatre profils (ancré-e-s, engagé-e-s, situé-é-s et isolé-e-s) a permis de détailler puis de synthétiser l'analyse des liens entre les médecins généralistes et leur territoire d'exercice. Gennevilliers est une ville populaire dont la municipalité est engagée depuis des décennies dans la promotion de la santé. De nombreux acteurs y sont impliqués dans la diffusion de messages de santé publique (chapitre 5). Gennevilliers s'avère également être le support et le produit d'un exercice de la médecine générale pas uniquement, mais majoritairement engagé dans une posture quasi militante (surreprésentation des profils « engagé-e-s » et « ancré-e-s »). La majorité des professionnels rencontrés à Gennevilliers adhère à ce qu'ils ou elles nomment une « *médecine sociale* ». Beaucoup sont engagés dans

une démarche réflexive sur leur profession et prônent une prise en compte des facteurs socio-économiques de la santé, et non pas seulement ses aspects biologiques. Enfin, ils et elles œuvrent à la fois à l'échelle micro-locale de leur cabinet, mais aussi, pour une partie d'entre eux (mais surtout d'entre elles) à des échelles plus vastes : le quartier, la ville voire la communauté médicale et la société (via la publication d'articles dans des revues médicales critiques par exemple). Inversement, le contexte local de promotion de la santé ainsi que les réseaux et les jeux d'acteurs impliqués sur la commune de Boulogne-Billancourt témoignent d'une prise en compte avant tout individuelle et libérale de la santé. Les profils des médecins boulonnais rencontrés, appartenant majoritairement au groupe des « situé-e-s », s'ancrent dans des logiques similaires. Beaucoup s'inscrivent, mais nous l'avons vu, sont aussi inscrits par leurs patients, dans un schéma davantage biomédical de la santé et de ses déterminants.

De plus, dans la continuité des résultats présentés dans les chapitres précédents (trajectoires de recours aux soins, dynamiques associatives, organisation et territorialisation des politiques publiques de santé), la répartition spatiale des quatre profils de médecins généralistes confirme la pertinence de l'échelle du quartier dans l'appréciation des processus gennevillois de construction territoriale de la santé, et inversement, de ses limites dans le cas boulonnais. La concentration de médecins gennevillois aux profils particuliers (les « ancré-e-s » notamment) dans certains territoires (dans le quartier des Agnettes, et dans une moindre mesure au Village) témoigne de ce nous pourrions qualifier d'effet de lieu. À Gennevilliers l'échelle du quartier apparaît d'autant plus pertinente qu'elle est le support d'initiatives particulières : réseaux partenariaux interprofessionnels (le pôle de santé universitaire implanté aux Agnettes) et intersectoriels originaux (partenariats entre des médecins généralistes et des associations du quartier des Agnettes notamment). Les médecins généralistes se distinguent donc vis-à-vis de leurs rapports au territoire, et participent pleinement aux constructions locales de la santé, et ce à l'échelle communale, mais aussi à l'échelle d'un quartier (les Agnettes à Gennevilliers notamment). Les profils des médecins généralistes sont ainsi le produit de positionnements individuels et politiques, mais également des dynamiques territoriales dans lesquels ils s'inscrivent.

Enfin, si le cabinet médical est un espace « *chargé de pouvoir* » (Valentine 2007), c'est aussi un lieu banal, dans la mesure où les médecins n'échappent pas aux représentations largement véhiculées dans la société française (en termes de genre, de classe, d'origine, etc.). Par exemple, les propos de la majorité des médecins rencontrés (hommes comme femmes, exerçant à Boulogne comme à Gennevilliers et appartenant aux différents profils) accusent d'une bi-catégorisation des individus selon leur sexe. Les hommes sont considérés comme « *curatifs* » et les femmes comme « *plus soucieuses* » de leur santé et

davantage « *préventives* ». À cette catégorisation sexuée s'articulent des représentations sur l'origine, l'âge et/ou la classe sociale des patients (les hommes, les « *femmes maghrébines* », les « *femmes musulmanes* » ou bien les Chibanis étant considérées comme moins « *observants* » que d'autres).

Ces discours, et les pratiques de promotion du dépistage à travers lesquelles elles se traduisent, reflètent des conditions d'exercice différentes (caractéristiques socio-économiques de la patientèle, exercice solitaire ou en groupe, libéral ou salarié, etc.), des parcours (formation initiale et continue, définition de sa profession et de ses missions, rencontres, etc.) des positionnements professionnels et personnels originaux. Or, si le cabinet médical est un « *lieu chargé de pouvoir* » (Valentine 2007), un lieu banal, il est aussi ancré dans un territoire particulier. Nos résultats montrent que les pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage du cancer colorectal (appréciation du programme et du test Hémoccult, mais aussi des difficultés de leurs patients et donc de leurs propres difficultés à le promouvoir, stratégies individuelles et collectives de promotion, etc.) s'ancrent dans des rapports sociaux (de genre, de classe, d'âge ou d'origine), mais aussi dans des dynamiques territoriales originales (singularité de certaines médecins installées dans le quartier des Agnettes à Gennevilliers). L'histoire d'un territoire, l'implication des acteurs locaux, les profils des médecins généralistes sont autant de facteurs des dynamiques territoriales, supports de pratiques intersectionnelles originales : femmes « privilégiées » par certaines stratégies de promotion du dépistage mises en places par des femmes médecins « ancré-e-s » de Gennevilliers, promotion de la santé et du dépistage auprès des Chibanis et des résidents de FTM par des acteurs « allogènes » à Boulogne-Billancourt ou « locaux », mais « cloisonnés » (services municipaux d'une part et médecins généralistes « ancré-e-s ou « engagé-e-s » d'autre part) à Gennevilliers.

La relation médecin-patient, ainsi que les représentations et les pratiques de ces professionnels de santé ne sont donc pas seulement le produit de positionnements individuels, mais aussi des dynamiques territoriales gennevilloises et boulonnaises appréhendées tout au long de cette thèse. Analyser les discours puis les pratiques des médecins généralistes rencontrés non pas seulement au regard de leur ville d'exercice, mais aussi de leurs rapports avec leur territoire a permis de définir ce que nous proposons de qualifier de **processus de construction locale de l'offre**. La typologie des médecins généralistes proposée s'avère être un outil pertinent permettant d'affirmer que si les façons de se soigner s'ancrent dans des logiques sociales, culturelles, mais aussi territoriales, il en va de même des façons de soigner et de se faire soigner.

Conclusion générale

Dans quelle mesure le concept de genre constitue-t-il une clé de lecture pertinente pour comprendre les rapports entre dynamiques territoriales et dynamiques sanitaires ? Pour répondre à cette interrogation, nous avons analysé la participation au dépistage organisé du cancer colorectal et sa promotion dans deux villes du département des Hauts-de-Seine (92). Nous avons comparé les communes de Boulogne-Billancourt et Gennevilliers, et deux quartiers populaires de chacune d'elles : le Luth et les Agnettes à Gennevilliers, et le Pont-de-Sèvres et les Squares à Boulogne-Billancourt. Nous avons mobilisé une approche mixte associant des données quantitatives (taux de participation au dépistage) et qualitatives (observations, entretiens semi-directifs).

D'une part, l'analyse du recours au dépistage organisé du cancer colorectal révèle des représentations de l'espace et des pratiques territoriales (usage des lieux, formes d'appropriation territoriale, etc.) spécifiques à chaque territoire (communaux ou infra-communaux), mais aussi, propres aux hommes et aux femmes de ces espaces. D'autre part, l'étude de la promotion de ce dépistage permet de mieux comprendre les modes d'organisation et de développement des communes et quartiers ciblés (types et réseaux d'acteurs politiques, professionnels ou associatifs, profils des médecins généralistes, etc.). Enfin, cette approche illustre la nécessité de prendre en compte le genre dans l'analyse des déclinaisons locales d'une politique nationale de santé publique.

Notre thèse est la suivante : **les modalités de recours au dépistage organisé du cancer colorectal et de sa promotion s'inscrivent dans des rapports sociaux de genre** (notamment) **et des dynamiques territoriales** originales (histoires et organisation des territoires, réseaux et jeux d'acteurs, politiques publiques, etc.).

À l'issue de ce travail, **le programme de dépistage du cancer colorectal s'avère un outil pertinent pour la lecture des territoires et des normes de genre qui s'y inscrivent.** Cette thèse propose de nouveaux éléments pour dépasser la « simple » (bien que nécessaire) comparaison entre les hommes et les femmes en matière de santé et de représentations ou de pratiques de l'espace.

Cette conclusion rappelle les principaux résultats et les apports de notre travail au regard des deux dimensions du dépistage organisé du cancer colorectal envisagées : les manifestations socio-territoriales du recours au dépistage organisé du cancer colorectal d'une part, et les modalités de sa promotion d'autre part. Enfin, cette conclusion présente des pistes de réflexion pour la recherche, mais aussi pour l'action publique.

Le recours au dépistage organisé du cancer colorectal : révélateur des pratiques territoriales des hommes et des femmes et d'une organisation spatiale multiscalaire

Cette thèse propose une **géographie comparative et multiscalaire du recours des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal.**

Les taux de participation de trois campagnes (2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013) ont été analysés à différentes échelles (départementale, communale et infra-communale).

Les Hauts-de-Seine enregistre des taux de participation faibles au regard du reste de la France (17,9 % en 2008-2009 ; 21,1 % en 2010-2011 et 14,3 % en 2012-2013 contre respectivement 33,8 % ; 32,1 % et 31 % à l'échelle nationale). La baisse de la participation observée entre la deuxième et la troisième campagne au plan national et régional est particulièrement forte dans le département. Enfin, les femmes participent systématiquement davantage que les hommes et l'écart entre les sexes reste constant (ratio : 1,2). Toutefois, ces moyennes masquent des disparités infra-départementales. Par exemple, en 2010-2011, les taux de participation par commune sont compris entre 16 % (Ville-d'Avray) et 25,5 % (Antony) et les ratios femme/homme entre 0,86 (Marnes-la-Coquette) et 1,6 (Gennevilliers).

À l'échelle infra-communale, Gennevilliers et Boulogne-Billancourt accusent d'importantes disparités de participation au dépistage du cancer colorectal. De plus, si les Boulonnaises et les Gennevilloises participent davantage que leurs homologues masculins, les écarts entre sexes sont plus élevés à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt. Enfin, la répartition spatiale des taux de participation des Boulonnais et des Boulonnaises est très variable. Elle est à l'inverse beaucoup plus stable à Gennevilliers, laissant supposer l'existence d'ancrages locaux des pratiques de santé des Gennevillois et Gennevilloises.

L'analyse comparative des taux de participation des quatre quartiers étudiés montre que les facteurs du recours des hommes et des femmes s'ancrent dans des logiques micro-locales complexes et évolutives. Le quartier boulonnais des Squares enregistre des taux de participation proches des moyennes communales, mais des ratios femme/homme très variables d'une campagne à l'autre. Inversement, dans le quartier du Pont-de-Sèvres, les taux de participation sont stables et les écarts entre les hommes et les femmes non significatifs. Dans le quartier gennevillois du Luth, la participation globale au dépistage du cancer colorectal est moyenne. De plus, si le ratio femme/homme n'est pas systématiquement significatif, les femmes participent un peu plus que leurs homologues masculins. Enfin, à Gennevilliers, le quartier des Agnettes se distingue par la stabilité des pratiques de dépistage des individus et l'importance des écarts entre les hommes et les femmes.

Les caractéristiques socio-économiques des habitants et des habitantes de ces différentes entités urbaines ne suffisent pas à expliquer les disparités spatiales et sexuées de santé préventive.

Le traitement des données de participation au dépistage organisé du cancer colorectal à une échelle spatiale fine permet pour la première fois d'objectiver la très faible participation des hommes résidant dans des foyers de travailleurs migrants.

Enfin, outre une meilleure connaissance des facteurs associés aux pratiques préventives des individus, l'analyse de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal réalisée à l'échelle de carroyages de 50 mètres sur 50 mètres et les techniques de lissage qui l'accompagnent offrent de **nouvelles perspectives dans l'étude des variations intra-urbaines des faits de santé.** Notre travail propose une **analyse critique du recours systématique aux mailles administratives ou statistiques** (communes, Iris) dont on a pu révéler qu'elles associent des espaces parfois très hétérogènes, ou au contraire séparant des territoires aux logiques sociales communes. Ainsi, à Boulogne-Billancourt la géographie de la participation au dépistage du cancer colorectal est caractérisée par une mosaïque de situations d'échelles bien plus restreintes que celle des Iris. Inversement, à Gennevilliers la répartition spatiale des taux de participation est caractérisée par de vastes espaces continus de forte ou de faible participation, correspondant à l'échelle des quartiers, et souvent au découpage de la ville en Iris.

Notre analyse de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal s'appuie également sur l'étude des logiques individuelles et collectives à l'œuvre dans le choix d'un médecin généraliste et les trajectoires de recours à ce professionnel, acteur clé du programme. La proximité du cabinet à son domicile apparaît primordiale, quel que soit le sexe, l'âge, ou le lieu de résidence des individus. Toutefois, ces flux de recours au médecin généraliste mettent aussi en valeur des modes d'organisation spatiale spécifiques. Par exemple, à Boulogne-Billancourt ces trajectoires révèlent une opposition entre le nord et le sud de la ville et un morcellement de l'espace urbain en de nombreux micro-territoires. Les dimensions économiques (choix de soin médecin soumis à la pratique du tiers payant par exemple), symboliques (frontières symboliques structurant des pratiques spatiales) ou idéologiques (représentation de la médecine ou de la profession de médecin généraliste par exemple) du recours au médecin généraliste donnent également à voir des territoires gennevillois et boulonnais originaux. À Gennevilliers par exemple, l'importante politisation et la médiatisation des questions de santé participent au sentiment d'attachement des habitants et des habitantes à une médecine dite « engagée » permettant de mieux comprendre certaines trajectoires de recours à la médecine générale. Enfin, si le sexe du médecin est peu pris en compte, certains des choix opérés par les individus témoignent de normes de genre

attribuant aux femmes la gestion de la santé du foyer (recommandation d'un médecin *entre* femmes *versus* hommes qui s'appuient sur la recommandation *de* femmes).

L'analyse de la **répartition spatiale et sexuée des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal** met donc en évidence des **dynamiques communales et infra-communales variées.** Les **structurations spatiales** ainsi appréhendées (logiques de proximité, de continuités ou de discontinuités) s'avèrent **différentes en fonction des territoires** étudiés. Elles sont notamment marquées par des formes de polarisation se concentrant sur de tout petits espaces (échelle de la rue ou du micro-quartier) à Boulogne-Billancourt, et sur des espaces plus vastes à Gennevilliers (quartiers). Enfin, ces dynamiques sont bien plus stables à Gennevilliers qu'à Boulogne-Billancourt, et ce pour les femmes comme pour les hommes. De plus, la comparaison de Boulogne-Billancourt et Gennevilliers au travers du recours des hommes et des femmes à la médecine générale, permet donc d'identifier **différentes formes d'appropriation et d'organisation de l'espace urbain.** Enfin, cette thèse met en valeur des **processus socio-territoriaux et genrés de recours à la médecine générale.**

Le dépistage organisé du cancer colorectal : outil de lecture des contextes et systèmes locaux de promotion de la santé

Nous avons interrogé le rôle des acteurs politiques, socio-sanitaires et associatifs dans l'accès à la prévention des hommes et des femmes et leur (éventuel) rôle dans la construction d'inégalités de santé. Cette **géographie de la promotion** du dépistage organisé du cancer colorectal témoigne des rapports complexes entre normes de genre et dynamiques territoriales de santé.

Le profil des élus, la légitimation du rôle de la municipalité en matière de santé, les thématiques et les populations priorisées, la prise en compte des inégalités de santé et leurs articulations avec d'autres dimensions (de genre notamment) sont autant d'éléments qui participent à la différenciation des **contextes locaux de promotion de la santé.** L'analyse des modalités gennevilloises de promotion du dépistage permet ainsi d'identifier un **système local d'action** à la fois multipolaire et mono-scalaire. Il est qualifié de multipolaire en ce que différentes initiatives mobilisent le service de prévention de la municipalité et le CMS d'une part, et certains professionnels de santé libéraux ou des associations d'autre part. Peu de partenariats associent la sphère publique au secteur libéral. Ce système est aussi mono-scalaire car les acteurs locaux (ou municipaux) travaillent peu avec des professionnels intervenant à des échelons de niveau supérieur (département, région). La situation boulonnaise est quant à elle caractérisée par un système local d'action plus restreint, centralisé et multiscalaire. Les actions de

promotion du dépistage du cancer colorectal sont en effet coordonnées par le service municipal de santé. Ce service est composé d'un nombre restreint de professionnels, mais s'appuie sur de nombreux partenariats avec des acteurs locaux, mais surtout départementaux et régionaux.

De la **comparaison de Gennevilliers et Boulogne-Billancourt** émanent **deux formes de constructions territoriales de la santé** correspondant à des **visions politiques différentes.** À Gennevilliers, l'engagement ancien et important de la municipalité en matière de santé, s'ancre dans une histoire sociale et militante originale se traduisant aujourd'hui par un rejet de mesures considérées comme inappropriées. Boulogne-Billancourt est quant à elle caractérisée par un engagement moindre des pouvoirs publics locaux en matière de santé, mais par le développement de partenariats supports d'une déclinaison des directives nationales de santé publique sur le territoire communal.

Nos résultats montrent que malgré des contextes locaux de promotion de la santé relativement distincts, des systèmes locaux d'action boulonnais et gennevillois également différents, des modes d'organisation et des représentations territoriales originales à l'échelle des quartiers, ce sont majoritairement **les femmes** qui **sont au cœur des actions de promotion de la santé.** Du foyer au cabinet médical, du local associatif au quartier, les femmes sont en effet assignées ou confirmées dans leur rôle de gestionnaire de la santé. Toutefois, ces processus se manifestent différemment selon les territoires et les acteurs impliqués. Au Pont-de-Sèvres comme au Luth cela s'illustre par la gestion féminine de beaucoup d'associations, le public touché par les actions de promotion de la santé, ou bien l'importance de la santé dans les discussions et les transmissions de savoirs entre femmes. Aux Agnettes, la santé fait beaucoup moins l'objet d'échanges et de mobilisations. Elle est davantage restreinte à la sphère privée, et ce pour les hommes comme pour les femmes. Enfin, dans le quartier des Squares, un dynamisme récent autour des questions de santé se matérialise par l'organisation d'ateliers ou d'interventions de professionnels de santé au centre social, centre dont les femmes sont les principales bénéficiaires.

Enfin, nous avons porté une attention particulière à l'acteur clé de la promotion et de la mise en œuvre de ce programme : le médecin généraliste. Cette thèse témoigne d'une relation médecin-patient empreinte de normes sociales et culturelles. De grandes tendances sont ainsi communes à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt : valorisation de la fidélité à *son* médecin, écoute et confiance, permanence de la hiérarchisation des rôles et des discours entre le patient d'une part et le médecin d'autre part, etc. Or, **la relation médecin-patient est aussi le produit des territoires dans lesquels elle s'inscrit** : intimité ou familiarité à Gennevilliers *versus* déférence et distance à Boulogne-Billancourt par exemple.

Notre travail montre également que les profils des médecins généralistes résultent de normes sociales et de parcours individuels (formation, représentation de la profession, de la santé, etc.), mais sont aussi modulés par le territoire d'exercice du professionnel de santé. La démonstration s'appuie sur la constitution d'une **typologie des médecins généralistes** constituée de quatre profils : « ancré-e-s », « engagé-e-s », « situé-e-s » et « isolé-e-s ». Cette typologie résume les rapports de ces professionnels de santé à leur ville d'exercice. Elle permet d'appréhender les différentes **modalités d'ancrage local de l'exercice de la médecine générale** et d'identifier ce que nous proposons d'appeler les **processus de construction locale de l'offre de soins.**

L'histoire, l'organisation, ou les politiques publiques des deux communes étudiées participent en effet à la construction de l'offre de soins locale. Par exemple, une pratique quasi militante, ancrée non pas exclusivement dans l'espace du cabinet, mais aussi dans celui de la cité, s'avère caractéristique de l'exercice de nombreux médecins gennevillois. La répartition spatiale des médecins généralistes en fonction de leurs profils (« ancré-e-s », « engagé-e-s » ou « situé-e-s ») donne également à voir un territoire gennevillois dans lequel l'échelle du quartier s'avère structurante. Inversement, nous avons mis en évidence une relative *a-territorialisation* de l'exercice de la majorité des professionnels boulonnais.

Enfin, cette typologie des professionnels enrichit l'analyse des représentations et des pratiques des médecins en matière de dépistage du cancer colorectal (appréciation du programme et du test Hémoccult, stratégies individuelles et collectives de promotion, etc.). Elle montre combien ces représentations et pratiques professionnelles s'ancrent dans des rapports sociaux (de genre, de classe, d'âge ou d'origine assignée ou autodéfinie) et des dynamiques territoriales originales. Ainsi, ce sont paradoxalement les médecins les plus investis dans une démarche réflexive sur la santé et engagés dans la promotion de la prévention, qui, en essayant de promouvoir plus largement ce dépistage, « privilégient » davantage les femmes que les hommes (par l'association de ce dépistage à celui du sein par exemple). Ces médecins appartiennent à un certain profil de professionnels (« ancré-e-s » et dans une moindre mesure « engagé-e-s »). Elles exercent à Gennevilliers, un contexte local caractérisé par un engagement local important dans la promotion de la santé, mais aussi par des écarts de participation entre les hommes et les femmes plus importants qu'à Boulogne-Billancourt.

Tout en nous inscrivant dans la continuité des travaux menés en géographie de la santé, nous apportons de **nouveaux éléments à l'étude de l'offre de soins.** Cette typologie constitue en effet un **nouvel outil d'analyse des liens réciproques entre dynamiques sanitaires et dynamiques territoriales** : le **profil des professionnels étant à la fois produit et facteur des dynamiques territoriales locales.** De plus,

elle participe d'une remise en cause de la distinction souvent établie entre les professionnels libéraux et salariés. En effet, aucune correspondance systématique ne peut être établie entre le profil d'un médecin généraliste et son mode d'exercice. Enfin, cette typologie pourrait être mobilisée dans l'étude de la territorialisation d'autres professionnels de santé, par exemple celle de gynécologues ou de dentistes. Elle permettrait également d'enrichir l'analyse des liens entre espace et société au travers des rapports au territoire d'autres acteurs ou professionnels libéraux bénéficiant d'une liberté d'installation (les avocats par exemple).

La campagne nationale de promotion du dépistage du cancer colorectal se décline donc différemment selon les territoires (communaux et infra-communaux). Ces déclinaisons dépendent des **contextes locaux** (histoire et organisation du territoire, politiques publiques, facteurs sociaux, etc.) dans lesquelles elles s'inscrivent, ainsi que des **systèmes locaux de promotion de la santé** (rapports entre acteurs, partenariats locaux ou au contraire multiscalaires, profils des médecins généralistes, etc.). Enfin, notre hypothèse selon laquelle **ces contextes et systèmes d'acteurs locaux sont le support et le produit de pratiques genrées de la promotion de la santé** est validée. En effet, à l'échelle locale, les **hommes et les femmes ne sont pas ciblés ni touchés de la même façon par les messages de promotion de la santé et du dépistage organisé du cancer colorectal.**

<u>Constructions socio-territoriales de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal</u>

Les résultats de ce travail valident l'hypothèse selon laquelle les disparités inter ou infra-communales et sexuées de recours au dépistage organisé du cancer colorectal ne sont pas uniquement le reflet de la répartition spatiale des niveaux de vie des individus. Ces disparités sont le produit de dynamiques territoriales complexes, intervenant à différentes échelles : politiques locales de santé, réseaux et jeux d'acteurs, profils et pratiques des médecins généralistes, manifestations des normes de genre dans les représentations et les pratiques des lieux et des messages de promotion de la santé, etc. Inversement, la géographie du recours à ce programme de santé publique donne à voir des territoires aux structures et modes d'organisation spécifiques.

La faiblesse des taux de participation observés peut être interprétée à l'aune des tabous spécifiques liés à ce dépistage (manipulation de selles) et des difficultés rencontrées par les acteurs locaux de la promotion de la santé. En effet, malgré la diversité des dynamiques territoriales et sanitaires décrites, le dépistage du cancer colorectal est considéré comme « *délicat* » par la majorité des acteurs gennevillois et boulonnais ainsi que par des professionnels intervenants au sein d'associations ou d'instances départementales

directement impliquées dans la mise en œuvre du programme. La faible participation au dépistage organisé du cancer colorectal fait également échos aux difficultés reportées par les médecins généralistes, à Boulogne-Billancourt comme à Gennevilliers : manque de temps et d'outils de communication adaptés, questionnement quant à la fiabilité du test Hémoccult, etc.

À Gennevilliers, la présence d'un service de santé municipal ancien et dynamique, le développement de projets participatifs et innovants ou l'articulation de différents domaines de la lutte contre les inégalités (de santé et de genre) témoignent de l'engagement fort de la municipalité. Le dynamisme du réseau associatif et la présence de médecins (salariés du CMS mais également libéraux) engagés dans une mission de santé publique constituent également des conditions favorables à la santé et à la réduction des inégalités. Or, les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal de cette ville ne sont pas beaucoup plus importants que les taux observés à Boulogne-Billancourt. Cette thèse montre que les contextes et systèmes d'action impliqués dans la promotion de ce programme fournissent des clés de lecture aux écarts de participation observés entre les villes. En effet, la campagne nationale de promotion du dépistage du cancer colorectal est relayée à Boulogne-Billancourt et les acteurs de cette commune s'attachent à décliner localement les messages et les outils proposés par des instances supra-communales de santé publique. La situation gennevilloise témoigne quant à elle d'une remise en cause, voire d'une opposition à certaines de ces directives nationales. D'après certains professionnels du service de santé municipal, les messages et les outils proposés ne sont pas adaptés à leur territoire et sa population. De la même façon, davantage de médecins gennevillois que boulonnais se déclarent « sceptiques » vis-à-vis de ce programme.

Gennevilliers est composée de vastes quartiers de grands ensembles cohérents d'un point de vue socio-économique et support de représentations territoriales ou de pratiques spatiales spécifiques. L'importance du sentiment d'appartenance à *sa* ville, mais aussi à *son* quartier, ou bien l'absence d'un réel centre-ville participent d'une organisation spatiale gennevilloise où l'échelle des quartiers est structurante. L'originalité de certains quartiers gennevillois se manifeste également par leurs caractéristiques urbanistiques (quartiers de grands ensembles, cité jardin ou centre ancien du village). À Boulogne-Billancourt, les inégalités sociales sont bien plus importantes, or elles s'ancrent dans une organisation spatiale plus diffuse et complexe dans laquelle l'échelle du quartier est moins centrale. Nos résultats attestent également de la multiplicité et de la finesse des territoires supports des pratiques spatiales des Boulonnais et des Boulonnaises : sentiment d'appartenance qui se déclinent de la cour au « *bon escalier* » aux Squares, ou opposition entre « *ceux d'en face* » et « *nous* » dans le quartier du Pont-de-

Sèvres par exemple. Les dynamiques urbaines de ces communes apportent ainsi des pistes de lecture aux variations de participation très contrastées dans un cas (Boulogne-Billancourt) et peu dans l'autre (Gennevilliers). Elles permettent également de mieux comprendre que l'ancrage des pratiques de dépistage s'opère à des échelles différentes en fonction des territoires : mosaïque de situations microlocalisées à Boulogne-Billancourt et ancrage des pratiques gennevilloises à l'échelle des quartiers.

Dans les quartiers du Pont-de-Sèvre et du Luth, les instances de socialisation sont nombreuses, mais majoritairement non-mixtes. Les femmes occupent une place particulière dans les actions de promotion de la santé mise en place à l'échelle locale. Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal de ces deux quartiers sont moyens ou faibles et sans grand écart entre les hommes et les femmes. En revanche, dans les quartiers des Agnettes et des Squares, la santé fait beaucoup moins l'objet d'échanges et de mobilisations collectives. Elle apparaît davantage restreinte à la sphère privée, et ce pour les hommes comme pour les femmes. Ces quartiers sont animés par un réseau associatif extrêmement restreint. Enfin, le quartier des Squares se distingue par des conditions de vie bien plus dégradées que dans les autres quartiers étudiés (paupérisation, sentiment d'abandon et de dégradation du quartier, manque de commerces et de lieu de socialisation, etc.). Dans ces contextes *a priori* « défavorables » à la diffusion de messages de promotion de la santé et du dépistage, les taux de participation globale au dépistage organisé du cancer colorectal ne sont pas systématiquement plus faibles que les moyennes communales. En revanche, les écarts entre les hommes et les femmes sont importants et statistiquement significatifs (sauf aux Squares lors de la seconde campagne). Finalement, à l'échelle infra-communale, les dynamiques territoriales potentiellement « favorables » à l'engagement dans une démarche de santé (Luth et Pont-de-Sèvres) sont avant tout garantes d'un rapprochement des comportements des hommes et des femmes, plutôt que d'un engament massif de tous les individus. Inversement, l'assignation de la santé à la sphère privée (du foyer ou du cabinet médical) et l'absence d'interlocuteurs locaux (Squares et Agnettes) sont synonymes de taux globalement moyens, mais d'écarts entre les hommes et les femmes plus importants que dans les autres territoires.

Cependant, alors que le quartier des Squares est marqué par un certain niveau d'isolement (en retrait par rapport aux centralités boulonnaises, absence de relais associatif, sentiment d'abandon d'une partie de la population, etc.) ses taux de participation ne sont pas beaucoup plus faibles que ceux des autres quartiers étudiés. Le volontarisme de certains des médecins généralistes installés à proximité du quartier participe certainement à cette situation, de même que des facteurs d'échelle individuelle, ou au contraire, d'échelles plus vastes que celle du quartier. Il reste également difficile d'identifier les processus,

qui, dans ce quartier, participent à l'importante variabilité des écarts entre les hommes et les femmes. Mener davantage d'entretiens auprès des habitants et des habitantes de ce quartier permettrait peut-être d'apporter de nouveaux éléments. Dans ce quartier, la variation de l'écart entre les hommes et les femmes est majoritairement imputable à la baisse de la participation des femmes entre les deux campagnes. Il serait donc intéressant de comparer ces données à celles du programme de dépistage du cancer du sein ou bien du cancer du col de l'utérus (prochainement généralisé). Cette comparaison pourrait permettre d'identifier la particularité du dépistage organisé du cancer colorectal, ou bien celle des pratiques de santé des femmes de ce quartier.

Enfin, les taux de participation extrêmement faibles enregistrés dans les foyers de travailleurs migrants font échos aux conditions de vie de leurs résidents (logements et sanitaires vétustes, précarité économique et administrative d'une majorité d'individus, cumul des problèmes de santé, etc.). Mais l'absence d'interlocuteurs (peu d'actions, intervenants sociaux présents sur place peu informé de l'existence et des modalités de réalisation de programme, etc.) et les difficultés des médecins généralistes à mobiliser cette population doivent également être prises en compte.

Les dynamiques territoriales et les modalités locales de promotion de la santé analysées dans cette thèse permettent donc de mieux comprendre l'ampleur et les modalités participation des hommes et des femmes au dépistage du cancer colorectal ainsi que leurs répartitions spatiales variées.

De la construction socio-territoriale de la santé des hommes et des femmes à l'appréhension d'inégalités de santé plurielles : ouvertures et perspectives

Ce travail montre que l'apparent paradoxe entre un écart relativement peu important entre hommes et femmes en ce qui concerne la participation au programme, et la place particulière des femmes dans les dynamiques locales de santé, peut être interprété à l'aune d'un « effet d'entrainement » des femmes sur les hommes. Dans une perspective opérationnelle, nous pourrions donc, comme le suggèrent les auteurs d'une étude anglaise sur le sujet (Van Jaarsveld et al. 2006), proposer d'expérimenter l'invitation simultanée au dépistage du cancer colorectal. Il s'agirait d'envoyer les courriers d'invitation et de relance à l'ensemble des membres d'un foyer au même moment. Or, le rôle d'un tel procédé d'optimisation d'un programme de santé publique dans le renforcement des normes de genre, assignant les femmes à la gestion de la santé du foyer, ne doit pas être négligé.

Cette recherche, proposant d'interroger le rôle des normes de genre dans la constitution d'inégalités socio-territoriales de santé, répond également à la question suivante : si les femmes sont plus souvent que les hommes au cœur des actions, discours et pratiques de promotion de la santé, peut-on pour autant parler « d'inégalité en faveur » des femmes ? Nos résultats incitent à répondre par l'affirmative si l'on considère qu'elles sont, à l'échelle locale, davantage bénéficiaires des efforts de promotion de la santé que les hommes. Toutefois, nous pouvons aussi considérer que l'assignation des femmes à la gestion de la santé est une charge, et non pas une « inégalité en faveur des femmes », mais plutôt un facteur du renforcement de certaines normes de genre assignant les femmes à la gestion de la santé (de l'échelle du foyer à celle de la société) — phénomène largement décrit par la littérature du *care*.

Affirmer que le genre est un concept utile et nécessaire à l'analyse des constructions socio-territoriales de la santé ne signifie pourtant pas que les autres rapports sociaux doivent en être exclus ou considérés indépendamment. En effet, **les modalités de participation des individus au dépistage et de promotion de ce programme sont ancrées dans de multiples processus de catégorisation** (genre, classe, origine assignée ou autodéfinie, etc.). Dans le cas de la participation des Chibanis par exemple, si le genre ne peut être ignoré, il ne doit pas être considéré indépendamment des autres rapports sociaux à l'œuvre. Cette thèse montre également que les ratios femme/homme de participation sont significativement plus élevés dans les communes appartenant à des profils socio-économiques défavorisés. Inversement, ces écarts ne sont pas significatifs, ou très peu, dans les communes appartenant à des profils socio-économiques très favorisés. Mener un travail comparatif sur des quartiers abritant une population aisée permettrait alors de mieux comprendre ces résultats, et d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes. Dans ces espaces, les modalités de promotion de la santé sont-elles davantage orientées et appropriées autant par les hommes que par les femmes ? Dans quelle mesure la relation médecin-patient, les politiques publiques locales ou bien les représentations et pratiques des professionnels ou associatifs, peuvent-elles participer à une homogénéisation des comportements sanitaires des hommes et des femmes ? Dans les Hauts-de-Seine, des quartiers nord de Boulogne-Billancourt (Route de la Reine, Parc aux princes) ou de Neuilly-sur-Seine pourraient tout à fait être analysés au regard de la grille (recours/promotion) proposée dans cette thèse.

Enfin, tout en apportant des résultats sans doute différents, mais permettant d'interroger la spécificité du programme de dépistage organisé du cancer colorectal, d'autres sujets peuvent sans doute participer à la compréhension des rapports entre genre, territoire et santé. Dans le champ de la santé publique, citons le dépistage des risques cardio-vasculaires, la lutte contre le tabagisme ou l'alcoolisme, qui dans

la littérature sont profondément marqués par des normes de genre et accusent d'importantes disparités sociales et spatiales (Beck, Legleye, et Peretti 2006 ; Héron 2010 ; Salem, Rican, et Kürzinger 2006 ; Salem, Rican, et Jougla 1999). La méthodologie développée dans cette thèse peut être transposée à la géographie de la santé dans son ensemble. En effet, au-delà du dépistage du cancer colorectal ou de faits de santé préventive, la prise en compte du genre en géographie de la santé permet de mieux comprendre la complexité des rapports entre la société et son territoire.

Le nécessaire dialogue entre chercheurs, professionnels et décideurs

Au-delà de son intérêt scientifique, cette thèse répond à un besoin sociétal fort : la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, la capacité à mobiliser des outils d'observation multiscalaire permet à la géographie d'apporter des éléments de réflexion et de compréhension aux inégalités socio-territoriales de santé.

Le développement **d'actions de promotion de la santé ne peut se comprendre sans l'analyse détaillée et dynamique du contexte socio-politique local**. De plus, malgré leurs spécificités, les contextes boulonnais et gennevillois illustrent la nécessité de **l'intégration des questions de genre dans la construction et l'analyse de programme de santé publique.**

Cette thèse a été l'occasion de produire des connaissances plaidant pour une **adaptation d'un programme national de santé publique aux réalités sociales et territoriales locales.** Les contextes et système d'actions, les caractéristiques et modes d'exercice de la médecine générale, les dynamiques associatives ou professionnelles communales et infra-communales, les histoires et les politiques publiques gennevilloises et boulonnaises sont distinctes. Pour être accessible à toutes et à tous, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal se doit donc non pas d'être décliné de la même façon partout (dans une logique égalitariste républicaine), mais de s'adapter à ces dynamiques territoriales (s'inscrivant ainsi dans un modèle d'équité et de justice sociale et spatiale). À Gennevilliers un travail de sensibilisation des médecins généralistes (libéraux et salariés du CMS) au dépistage organisé du cancer colorectal pourrait être mis en place. Toutefois, pour être pertinente et adaptée, cette information devra proposer une réflexion sur les bénéfices, mais aussi les difficultés et les limites du programme. Les modes de coopération des professionnels du pôle universitaire de santé de Gennevilliers-Villeneuve-la-Garenne et de certains médecins du CMS, illustrent l'importance accordée aux échanges de pratiques et aux débats interprofessionnels s'appuyant sur des résultats scientifiques variés (littérature, rapport de stage, thèse, etc.). À Boulogne-Billancourt, de nouvelles stratégies de

promotion du dépistage du cancer colorectal pourraient être orientées vers les habitants et les habitantes en valorisant non pas uniquement le recours à ce programme, mais, de façon plus générale, le rôle du médecin généraliste en tant qu'acteur clés de la santé préventive. Enfin, l'organisation actuelle des campagnes de promotion du dépistage du cancer colorectal correspond à une logique descendante (*top-down*). Les messages et outils de communication sont élaborés à l'échelle nationale ou régionale. Ils sont ensuite diffusés auprès des acteurs locaux (ASV, services santé, médecins, etc.) afin qu'ils ou elles les mobilisent auprès de la population. Or, comme c'est le cas dans certaines villes ou structures associatives concernant le dépistage du cancer du sein (Cambon, Barthelemy, et Mangin 2007), pourquoi ne pas développer une logique inverse (*bottum-up*) ? Il s'agirait par exemple de constituer des groupes de réflexions composés d'acteurs locaux (professionnels du champ sanitaire et social, médecins, habitants et habitantes) pour identifier les messages, les supports de communication, les lieux et les temps de diffusion de l'information jugés les plus adaptés à chaque contexte.

Nous avons également montré que si certaines dynamiques territoriales peuvent s'avérer favorables à la promotion de la santé, à la transposition de programmes nationaux comme à l'innovation, elles peuvent aussi être le support de nouvelles inégalités de santé, non plus uniquement socio-spatiales mais de genre. En effet, la prise en compte de la santé des femmes peut, dans certains territoires, à la fois pleinement participer à la lutte contre les inégalités de santé entre les sexes et y participer. Résoudre cette tension suppose de penser la place des hommes et des femmes dans les dispositifs de promotion de la santé. En effet, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ne saurait renforcer des normes assignant d'une part les hommes à la robustesse, la force et la bonne santé (Courtenay 2000), et d'autre part les femmes à la gestion de la santé (Paperman et Laugier 2011). Il convient ainsi de repenser dans son ensemble les moyens de communication, les lieux et les messages de promotion de la santé, afin d'impliquer hommes et femmes en prenant au sérieux les normes de genre sous-jacentes à leur actuelle non-mixité. Comme le montre l'exemple des risques cardio-vasculaires, dont l'incidence et les symptômes des femmes ont longtemps été sous-évalués (Héron 2010), omettre la question du sexe et des normes de genre, adoptant un regard neutre — mais finalement masculin — sur la santé des individus peut mettre en danger une partie de la population.

Cette thèse montre que le genre participe aux constructions socio-territoriales de santé. En tant que concept désormais majeur dans les sciences sociales, s'il ne peut pas être considéré comme *la* clé de lecture de l'ensemble de ces processus, il permet d'éclairer de manière originale l'ancrage territorial des faits de santé et de participer au développement de la géographie de la santé.

Bibliographie

A

Adam Emilie, Cognet Marguerite. 2009. Pratiques de soignants dans la prise en charge de patients migrants. Intervention au colloque « Santé et mobilités au Nord et au Sud : circulations des acteurs, évolutions des pratiques », Université Toulouse II Le Mirail, 16 septembre, Toulouse.

ADK92. 2014. Rapport d'activité et de gestion année 2013. Association pour le dépistage des cancers dans les Hauts de Seine (92). Nanterre : ADK92.

Aïach Pierre, Didier Fassin. 1994. Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris : Anthropos.

Aïach Pierre, Didier Fassin. 2004. « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé ». La Revue du praticien, (54): 2221-27.

Aïach Pierre, Dominique Cèbe, Geneviève Cresson, Claudine Philippe. 2001. Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques. Rennes : Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Aïach Pierre. 2010. Les inégalités sociales de santé. Paris : Economica.

Airey Colin, Stephen Bruster, Bob Erens, Sarah-Jane Lilley, Kevin Pickering, Laura Pitson. 1999. The National Surveys of NHS Patients : General Practice 1998. Londres : NHS Executive.

Aliaga Chritel. 2002. « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes ». Insee première, 869 (octobre): 4.

Alouis Karine. 2013. La géographicité des médecins libéraux : application à la métropole parisienne de la fin du XIXème siècle à 2012. Thèse de doctorat en géographie de la santé, Université Paris X Nanterre.

Altobelli Emma, Amedeo Lattanzi, Riccardo Paduano, Giustino Varassi, Ferdinando di Orio. 2014. « Colorectal cancer prevention in Europe: Burden of disease and status of screening programs ». Preventive Medicine, 62 (mai): 132-41.

Amsellem Norbert, François Beck, Arnaud Gautier. 2010. Représentations des soins et information sur le cancer. Baromètre Cancer 2010. Paris : Inpes.

Armoogum Jimmy, Elisabeth Bouffard-Savary, Yann Caenen, Christine Couderc, Jérémy Courel, François Delisle, Phillipe Duprat. 2010. « La mobilité des Français : Panorama issu de l'enquête nationale transports et déplacements 2008 ». La revue du CGDD, 228.

Aronson Joshua, Diana Burgess, Sean M. Phelan, Lindsay Juarez. 2013. « Unhealthy Interactions: The Role of Stereotype Threat in Health Disparities ». American journal of public health, 103 (1): 50-56.

ARS Île-de-France. 2012. Contrat local de santé de la ville de Gennevilliers.

B

Bacqué Marie-Hélène, Sylvie Fol. 1997. Le devenir des banlieues rouges. Paris : l'Harmattan.

Bajos Nathalie, Pascale Oustry, Henri Leridon, Jean Bouyer, Nadine Job-Spira, Danièle Hassoun. 2004. « Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France ». Population, (3-4): 479-502.

Bard Christine. 2004. Le genre des territoires : masculin, féminin, neutre. Angers : Presses de l'Université d'Angers.

Barlet Muriel, Clémentine Collin, Mélanie Bigard, David Lévy. 2012. « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité ». Insee première, (1418): 1-4.

Barlet Muriel, Magaly Coldefy, Clémentine Collin, Véronique Lucas-Gabrielli. 2012. « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France ». Document de travail Irdes 51. Paris : Irdes.

Baszanger Isabelle, Simone Bateman, Anne Paillet. 2002. Quelle médecine voulons-nous ? États des lieux. Paris : La Dispute.

Baszanger Isabelle. 1985. « Les jeunes généralistes face à leurs pratiques ». Prospective & santé, (34): 87-96.

Beaud Stéphane, Florence Weber. 2010. Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques. Paris : La Découverte.

Beck François, Stéphane Legleye, Gaël De Peretti. 2006. « L'alcool donne-t-il un genre ? » Travail, genre et sociétés, 15 (1): 141-60.

Bellegot Sébastien. 2015. Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le grand-paris ? Thèse de médecine, Université Paris Diderot - Paris 7.

Bensing Jozien, Atie van den Brink-Muinen, Dinny de Bakker. 1993. « Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners ». Medical care, 31 (3): 219-29.

Berberova Nina. 1989. C'est moi qui souligne. Arles : Actes Sud.

Berberova Nina. 1992. Chroniques de Billancourt. Arles : Actes sud.

Berchet Caroline, Florence Jusot. 2010. « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France ». Revue économique, 61 (6): 1075-98.

Berchi Célia, Véronique Bouvier, Jean-Marie Réaud, Guy Launoy. 2004. « Cost-Effectiveness Analysis of Two Strategies for Mass Screening for Colorectal Cancer in France ». Health Economics, 13 (3): 227-38.

Bereni Laure, Sébastien Chauvin, Alexandre Jaunait. 2008. Introduction aux gender studies : manuel des études sur le genre. Bruxelles : De Boeck.

Berg Lawrence, Robyn Longhurst. 2003. « Placing Masculinities and Geography ». Gender, Place & Culture, 10 (4): 351-60.

Berger Anne. 2008. « Petite histoire paradoxale des études dites de « genre » en France ». Le français aujourd'hui, 163 (4): 83-91.

Berlan Hélène, Étienne Thévenin. 2005. Médecins et société en France : du XVIe siècle à nos jours. Toulouse : Privat.

Bernard Jean. 1973. Grandeurs et tentations de la médecine. Paris : Buchet-Chastel.

Bernard-Hohm, Marie-Christine, Cécile Rasselet. 2001. Usages de la ville par le genre. Rapport A-urba - ADES-CNRS.

Bertakis Klea. 2009. « The influence of gender on the doctor–patient interaction ». Patient Education and Counseling, 76 (3): 356-60.

Bezançon Albert, Gérard Caillet. 1984. Histoire de Boulogne-Billancourt. Boulogne-Billancourt : Ville de Boulogne-Billancourt.

Binder-Foucard F, A Belot, P Delafosse, L Remontet, AS Woronoff, N Bossard. 2013. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.

Blache Chris. 2014. « Au-delà des questions de sécurité, analyse de l'usage de la ville selon le genre ». In les rencontres thématiques du réseau « territoires franciliens pour l'égalité ! » In Les marches exploratoires pour lutter contre le sentiment d'insécurité des femmes dans l'espace public, Paris : Centre Hubertine Aucler, 24-25.

Blacking, John. 1977. The Anthropology of the body. Londres : Association of social anthropologists of the Commonwealth press.

Blidon Marianne. 2004. « article "Genre" ». Dictionnaire en ligne « Hypergeo ».

Blidon Marianne. 2012. « Géographie de la sexualité ou sexualité du géographe ? Quelques leçons autour d'une injonction ». Annales de géographie, 687-688 (5): 525-42.

Blocker Jean, Douglas Eckberg. 1989. « Environmental issues as women's issues: general concerns and local hazards ». Social Science Quarterly, 70: 586-93.

Bloy Géraldine. 2010. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Bochaton Audrey, Clélia Gasquet-Blanchard, Sandrine Halfen. 2015. « Santé et inscription territoriale des populations - apports et enjeux autour des notions de genre, territoire et santé - Entretien avec Claire Hancock ». Revue francophone sur la santé et les territoires, 1-5.

Bondi Liz. 2002. Subjectivities, knowledges, and feminist geographies: the subjects and ethics of social research. Lanham : Rowman & Littlefield Publishers.

Bonnet François. 2009. « La distance sociale dans le travail de terrain : compétence stratégique et compétence culturelle dans l'interaction d'enquête ». Genèses, 73 (4): 57-74.

Bonnet Carole, Emmanuelle Cambois, Chantal Cases, Joëlle Gaymu. 2011. « La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? » Populations et Société, 483(novembre).

Bouchet Céline, Habitants du Luth. 2007. Le Luth. Mémoires vivantes. Pantin : Le temps des cerises.

Boudaquin Agnès, Annie Jobard. 2012. « Hommes, femmes : à chacun son métier ». Insee Première, 84(mars).

Bowleg Lisa. 2012. « The Problem with the Phrase Women and Minorities: Intersectionality-an Important Theoretical Framework for Public Health ». American Journal of Public Health, 102 (7): 1267-73.

Bretin Hélène. 1992. Contraception : quel choix pour quelle vie. Paroles de femmes, paroles de médecins. Paris : Inserm-La Découverte.

Brispot Lydia. 2013. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? Etude quantitative en Midi-Pyrénées. Thèse de médecine, Toulouse : Université Toulouse III – Paul Sabatier.

Broclain Dominique. 1994. « La médecine générale en crise ? » In Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, par Pierre Aïach et Didier Fassin, Paris : Anthropos, 121-56.

Brody Jeanne. 2005. La rue. Toulouse : Presses universitaires du Mirail.

Brueil-Genier Pascale, Daniel Sicart. 2006. « L'origine sociale des professionnels de santé ». Etudes et résultats, (496): 1-8.

Brunet Roger, Robert Ferras, Hervé Théry. 2005. Les mots de la géographie : dictionnaire critique. Montpellier : La Documentation Française.

Bulot Thierry, Vincent Veschambre. 2006. « Sociolinguistique urbaine et géographie sociale : articuler l'hétérogénéité des langues et la hiérarchisation des espaces ». In Penser et faire la géographie sociale Contribution à une épistémologie de la géographie sociale, par Raymonde Séchet et Vincent Veschambre, Rennes : Presses universitaires de Rennes, 305-24.

Bungener Martine, François Eisinger, Gilles Erriau, Isabelle Aubin-Auger, Christian Ghasarossian. 2011. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Enquête et rapport. Paris : Institut National du Cancer.

Bureau Eve, Judith Hermann-Mesfen. 2014. « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire ». Anthropologie & Santé, 8(mai).

Buthion Valérie, Jennifer Ramone-Louis, Sophie Rousseau, Mathilde Chanal, Mélissa Amate, Camille Allary. 2015. COLONAV : La navigation pour favoriser la participation des populations défavorisées au dépistage du cancer colorectal. Rapport de recherche. Lyon : Université lumière Lyon 2.

Butler Ruth, Hester Parr. 1999. Mind and body spaces: geographies of illness, impairment, and disability. Londres : Routledge.

C

Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). 2012. « Une étude de l'Assurance Maladie sur la pratique des coloscopies en France ». Paris : Point d'information.

Cambon Linda, Lucette Barthelemy, Grazzia Mangin. 2007. « Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité ». *Santé Publique* 19 (6): 513-23.

Carde Estelle. 2007. « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». Santé Publique, 19 (2): 99-109.

Caselli Graziella, Jacques Vallin, Guillaume Wunsch. 2002. Démographie : analyse et synthèse. III : Les déterminants de la mortalité. Paris : Éd. de l'Institut national d'études démographiques.

Catarino Christine, Mirjana Morokvasic. 2005. « Femmes, genre, migration et mobilités ». Revue européenne des migrations internationales, 21 (1): 7-27.

Cattan Nadine, Stéphane Leroy. 2010. « La ville négociée : les homosexuel(le)s dans l'espace public parisien ». Cahiers de géographie du Québec, 54 (151): 9-24.

Cavanagh Sheila L. 2010. Queering Bathrooms: Gender, Sexuality, and the Hygienic Imagination. Toronto : University of Toronto press.

Cefaï Daniel. 2006. « Une perspective pragmatique sur l'enquête de terrain ». In La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain, par Pierre Paillé. Paris : Armand Colin, 33-63.

Célant Nicolas, Stéphanie Guillaume, Thierry Rochereau. 2014. « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 ». Rapport de l'Irdes n°556.

Chapman Rosemary. 1997. « L'écriture de l'espace au féminin : géographie féministe et textes littéraires québécois ». Recherches féministes, 10 (2): 13-26.

Charlap Cécile. 2015. « La question de la ménopause dans le contexte français. Entre médicalisation genrée et résistances des femmes ». Gérontologie et société, 37 (148): 123-34.

Charmes Eric. 2006. La rue, village ou décor ? Parcours dans deux rues de Belleville. Grâne : Creaphis.

Chasles Virginie. 2011. « Genre et santé, logiques sociales et pratiques spatiales. » In Santé et géographie. Nouveaux regards. Paris : Economica Anthropos, 101-12.

Chevillard, Guillaume. 2015. Dynamiques territoriales et offre de soins : étude de l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine. Thèse de doctorat en géographie, Université de Paris X Nanterre.

Chivallon Christine. 2001. « Les géographies féministes : un plaidoyer convaincant pour la constitution de connaissances 'situées' ». In Géographies anglo-saxonnes. Tendances contemporaines, par Jean-François Staszak, Paris : Belin, 57-61.

Clavier Carole. 2009. « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux ». Sciences sociales et santé, 27 (2): 47-74.

Cognet Marguerite, Anne-Cécile Hoyez, Christian Poiret. 2012. « Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations ». Revue européenne des migrations internationales, 28 (2): 7-10.

Coldefy Magali, Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli. 2011. « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine ». Etudes et résultats, (764): 1-8.

Collectif. 2001. « 14-18. Le magazine de la Grande Guerre », 1(avril-mai).

Collectif. 2008. « Une famille de médecins : les Bezançon ». Mémoire Vive Le bulletin des archives municipales de Boulogne-Billancourt, janvier.

Collectif. 2015. « Plan local d'urbanisme. Rapport de présentation. » PLU. Boulogne-Billancourt.

Collignon Béatrice, Jean-François Staszak. 2004. Espaces domestiques : construire, habiter, représenter. In Actes du Colloque international sur les espaces domestiques, 17 au 20 septembre 2002, Institut de géographie de Paris. Rosny-sous-Bois : Bréal.

Colonna Marc, Edouard Chatignoux, Laurent Remontet, Nicolas Mitton, Aurélien Belot, Nadine Bossard, Pascale Grosclaude, Zoé Uhry. 2015. Estimation de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.

Comelli Cécilia. 2013. « Quelle incidence du genre sur la vie nocturne des étudiants bordelais ? » In Genre et construction de la géographie, par Kamala Marius et Yves Raibaud, Pessac : Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 109-25.

Consedine Nathan S., Maike K. Reddig, Inga Ladwig, Elizabeth A. Broadbent. 2011. « Gender and Ethnic Differences in Colorectal Cancer Screening Embarrassment and Physician Gender Preferences ». Oncology Nursing Forum, 38 (6): 409-17.

Couratier, Eugène, Albert Bezançon. 1972. Boulogne-Billancourt et son histoire. Arras : Société d'édition du Pas-de-Calais.

Courtenay Will H. 2000. « Constructions of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health. » Social Science and Medicine, 50 (10): 1385-1401.

Cousin Gaëtan, Mariannev Schmid Mast. 2010. « Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? » Revue médicale suisse, (257): 1444-47.

Cousteaux Anne-Sophie. 2011. Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales. Thèse de doctorat en sociologie, Institut d'Etudes Politiques de Paris.

Coutras Jacqueline. 1996. Crise urbaine et espaces sexués. Paris : A. Colin : Masson.

Coutras Jacqueline. 2001. « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. » In Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques, par Pierre Aïach, Dominique Cèbe, Dominique Cresson, et Claudine Philippe, Rennes : Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 303-28.

Coutras Jacqueline. 2005. Les peurs urbaines et l'autre sexe. Paris : L'Harmattan.

Cresson Geneviève. 1995. Le travail domestique de santé : analyse sociologique. Paris : L'Harmattan.

Crimmins E. M., Y. Saito. 2001. « Trends in Healthy Life Expectancy in the United States, 1970-1990: Gender, Racial, and Educational Differences ». Social Science & Medicine, 52 (11): 1629-41.

D

Dagouat Fabienne. 2012. « Un centre qui respire la santé ». GenMag - Gennevilliers Magazine.

Dancourt Vincent, Jean Faivre. 2004. « Épidémiologie et dépistage des cancers colorectaux : Cancers colorectaux ». La Revue du praticien, 54 (2): 135-42.

Delattre Daniel. 2010. Les Hauts-de-Seine, les 36 communes. Grandvilliers : Delattre.

Delphy Christine. 2001. L'ennemi principal, 2 : Penser le genre. Paris : Syllepse.

Delphy Christine. 2008. Classer, dominer : qui sont les autres. Paris : la Fabrique.

Denèfle Sylvette. 2004. Femmes et villes. France : Presses universitaires François Rabelais.

Dénoyel-Jaumard Alice, Audrey Bochaton. 2015. « Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ? » Revue francophone sur la santé et les territoires, 2: 14p [On line].

Dénoyel-Jaumard Alice. 2014. « Genre et stratégies de localisation des professionnels de santé de proximité en Bourgogne : l'impact des représentations ». Communication scientifique orale, Université Paris Diderot, janvier 17.

Després Caroline, Paul Dourgnon, Romain Fantin, Florence Jusot. 2011. « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique ». Questions d'économie de la santé, 170 : 1-6.

Després Caroline. 2013. « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité ». Anthropologie & Santé, 6 [On line].

Dezin Norman K. 2009. The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods. New Brunswick : Aldine Transaction.

DHSS. 1980. Black Report : Inequalities in Health : Report of a research working group. Londres : Department of Health and Social Security.

Di Méo Guy. 1994. « Epistémologie des approches géographiques et socio-anthropologiques du quartier urbain ». Annales de Géographie, 103 (577): 255-75.

Di Méo Guy. 1996. Les territoires du quotidien. Paris : L'Harmattan.

Di Méo Guy. 2007. « Identités et territoires : des rapports accentués en milieu urbain ? » Métropoles, 1.

Dorlin Elsa. 2005. « De l'usage épistémologique et politique des catégories de « sexe » et de « race » dans les études sur le genre ». Cahiers du Genre, 39 (2): 83-105.

Dorlin Elsa. 2006. La Matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française. Textes à l'appui. Paris : La Découverte.

Douglas Mary. 1981. De la souillure essai sur les notions de pollution et de tabou. Paris : F. Maspero.

Dozon Jean-Pierre, Didier Fassin. 2001. Critique de la santé publique : une approche anthropologique. Paris : Balland.

Duplan Karine. 2012. « Les géographies des sexualités et la géographie française peuvent-elles faire bon ménage ? » Géographie et cultures, 83(novembre): 117-38.

Duport Nicolas, D Serra, Hélène Goulard, J Bloch. 2008. « Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins (sein et col utérin) en France ? » Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 56 (5): 303-13.

Dupuy Catherine. 1998. « Politique et logement ouvrier à Gennevilliers ». In Ouvriers en Banlieue XIX – XXe siècle, par Jacques Giraut, Paris : Les éditions de l'atelier, 243-61.

Dyck Isabel, Nancy Lewis, Sara L. McLafferty. 2001. Geographies of women's health. Londres : Routledge.

Dyck Isabel, Parin Dossa. 2007. « Place, health and home: Gender and migration in the constitution of healthy space ». Health & Place, 13 (3): 691-701.

Dyck Isabel. 1995. « Putting chronic illness 'in place'. Women immigrants accounts of their health care. » Geoforum, 26 (3): 247-60.

E

Elliott Susan, Joan Gillie. 1998. « Moving Experiences: A Qualitative Analysis of Health and Migration ». Health & Place, 4 (4): 327-39.

Enewold Lindsey, Marie-Josèphe Horner, Craig D. Shriver, Kangmin Zhu. 2014. « Socioeconomic Disparities in Colorectal Cancer Mortality in the United States, 1990-2007 ». Journal of Community Health, 39 (4): 760-66.

Euler-Chelpin My von, Klaus Brasso, Elsebeth Lynge. 2010. « Determinants of Participation in Colorectal Cancer Screening with Faecal Occult Blood Testing ». Journal of Public Health, 32 (3): 395-405.

Evans Ruth E.C., Hannah Brotherstone, Anne Miles, Jane Wardle. 2005. « Gender differences in early detection of cancer ». The Journal of Men's Health & Gender, 2 (2): 209-17.

F

Fainzang Sylvie. 2006. La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris : PUF.

Fainzang Sylvie. 2012. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Paris : PUF.

Faivre Jean, Vincent Dancourt, Catherine Lejeune, Mohamed A. Tazi, Joseph Lamour, Dominique Gerard, Frederic Dassonville, Claire Bonithon-Kopp. 2004. « Reduction in Colorectal Cancer Mortality by Fecal Occult Blood Screening in a French Controlled Study ». Gastroenterology, 126 (7): 1674-80.

Faivre, Jean. 2010. « Le dépistage organisé du cancer colorectal en Europe : état des lieux ». Cancéro digestive, 2.

Fassin Didier. 1998. Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales. Paris : La Découverte.

Fassin Didier. 2000. Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte.

Fassin Didier. 2006. Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud. Paris : La Découverte.

Fassin Éric, Didier Fassin. 2006. De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française. Paris : La Découverte.

Faure Emmanuelle. 2011. Des constructions socio-territoriales aux constructions « spatio-genrées » de santé. Un certain regard sur les comportements liés aux sentiments amoureux et à la sexualité des adolescent-e-s résident-e-s de quartiers « politique de la ville » aux Mureaux (Yvelines). Mémoire de master, Université Paris X Nanterre.

Faure Emmanuelle. 2012. Inégalités d'accès au dépistage du cancer colorectal : un révélateur des constructions socio-territoriales et spatio-genrées de santé à Clichy-la-garenne (92) ? De l'utilité de mobiliser le concept de genre en géographie de la santé. Mémoire de master 2, Université Paris X Nanterre.

Faure Emmanuelle. 2015. « L'intersectionnalité au cœur des discours et pratiques de médecins généralistes : une nouvelle approche des inégalités socio-spatiales de santé préventive dans les Hauts-de-Seine ? » Communication scientifique orale présenté à Approche intersectionnelle en santé publique : Une nouvelle perspective pour l'étude des inégalités sociales de santé ? Séminaire interdisciplinaire EHESP, Villejuif.

Fee Elizabeth, Nancy Krieger. 1994. Women's Health, Politics, and Power: Essays on Sex/Gender, Medicine and Public Health. Amityville : Baywood Publishing Co.,Inc.

Feldman Jacqueline. 2002. « Objectivité et subjectivité en science. Quelques aperçus ». Revue européenne des sciences sociales, 15 (3): 6-6.

Feuillet Anaïs. 2013. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loir. Thèse de médecine, Tours : Université François-Rabelais - faculté de médecine de Tours.

Fleury Antoine. 2009. « La rue : un objet géographique ? » Tracés. Revue de Sciences humaines, 5(janvier).

FNARS, InVS. 2013. Étude ProSanté 2010-2011. Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.

Foucault Michel. 1994. « Entretien avec Michel Foucault ». In Dits et Écrits II. Paris: Gallimard.

Fourcade Nathalie, Lucie Gonzalez, Sylvie Rey, Marie Husson. 2013. « La santé des femmes en France ». Etudes et résultats, 834(mars).

Fourcaut Annie. 1992. Banlieue rouge 1920-1960. Années Thorez, années Gabin : archétype de populaire, banc d'essai des modernités. Paris : Autrement. Mémoires.

Fournier Jean Marc, Emmanuèle Sabot. 2001. « Comparer : une démarche de recherche stimulante et risquée. » Travaux et Documents, Univerité de Caen RESO - Université Rennes II ESO, (16): 59-63.

Frederiksen B. L., T. Jørgensen, K. Brasso, I. Holten, M. Osler. 2010. « Socioeconomic Position and Participation in Colorectal Cancer Screening ». British Journal of Cancer, 103 (10): 1496-1501.

Frémont Armand. 1976. La région, espace vécu. Paris : PUF

Frémontier Jacques. 1971. La forteresse ouvrière : Renault. Le Monde sans Frontières. Paris : Arthème Fayard.

Frohlich Katherine, Louise Potvin. 2008. « Transcending the Known in Public Health Practice. The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations ». American journal of public health, 98 (2): 216-21.

Frye Victoria, Sara Putnam, Patricia O'Campo. 2008. « Whither Gender in Urban Health? » Health & Place, 14 (3): 616-22.

Fulton, J.P., Wu, X.-C., Carozza, S.E., Greenlee, R., Liu, L., Steele, B., W Chen, V., 2005. Variation in colorectal cancer incidence among states and metropolitan areas in the United States. Rapport "Cancer in North America, 1993–1997". Incidence, 72-77.

G

Gallois Pierre, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc. 2005. « Dépister les cancers, mais à quelles conditions ?» Médecine, Stratégies. Des données pour décider en médecine générale, novembre, 72-77.

Galonnier Juliette. 2011. Faire et défaire la comparaison : choisir ses cas, ses objets, ses méthodes. Le projet comparatif en débat, retour sur les difficultés d'élaboration d'une comparaison France/Etats-Unis/Inde en sociologie urbaine. Intervention au séminaire : « Comparer en sciences sociales : une science inexacte ? », Ecole Thématique internationale de Sciences-Po, Observatoire Sociologique du Changement.

Garnier Jean-Pierre. 2010. Une violence éminemment contemporaine. Essais sur la ville, la petite bourgeoisie intellectuelle et l'effacement des classes populaires. Marseille : Agone.

Garnier Jean-Pierre. 2012. Un espace indéfendable : L'aménagement urbain à l'heure sécuritaire. Paris : Le Monde à l'envers.

Gascoigne Pat, Bruce Whitear. 1999. « Making sense of testicular cancer symptoms: a qualitative study of the way men sought help from health care services ». European Journal of Oncology Nursing, 3 (2): 62-69.

Gascoigne Pat, M D Masson, E Roberts. 1999. « Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: results of a qualitative study ». Psychooncology, 8 (2): 144-54.

Georges Philippe, Cécile Wacquet. 2013. Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soin de demain. Paris : Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Germa Marion. 2014. "La ville comme espace genré" : entretien avec Édith Maruéjouls. L'observatoire du design urbain [On line : http://obs-urbain.fr/ville-espace-genre-entretien-edith-maruejouls/].

Gervais-Lambony Philippe. 2004. « De l'usage de la notion d'identité en géographie. Réflexions à partir d'exemples sud-africains // The notion of identity in geography, a reflection through South African exemples ». Annales de Géographie, 113 (638): 469-88.

Gilligan Carol. 2008. Une voix différente : pour une éthique du care. Paris : Champs essais, Flammarion.

Gilligan Carol. 2009. « Le care, éthique féminine ou éthique féministe ? » Multitudes, 37-38 (2): 76.

Girault Jacques. 1998. Ouvriers en banlieue, XIXe-XXe siècle. Paris : l'Atelier-Ouvrières.

Giraut Frédéric, Myriam Houssay-Holzschuch, Sylvain Guyot. 2008. « Au nom des territoires ! » L'Espace géographique, 37 (2): 97-105.

Globocan. 2008. Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC Cancer Base.

Gober Patricia. 1994. « Why Abortion Rates Vary: A Geographical Examination of the Supply of and Demand for Abortion Services in the United States in 1988 ». Annals of the Association of American Geographers, 84 (2): 230-50.

Goffman Erving. 2002. L'arrangement des sexes. Paris : Série Le genre du monde, La Dispute.

Gorin Sherri Sheinfeld, Alfred R. Ashford, Rafael Lantigua, Farida Hajiani, Rebeca Franco, Julia E. Heck, Donald Gemson. 2007. « Intraurban Influences on Physician Colorectal Cancer Screening Practices ». Journal of the National Medical Association, 99 (12): 1371-80.

Goulard Hélène, Marjorie Boussac-Zarebska, Nicolas Duport, Juliette Bloch. 2009. « Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007 ». Bulletin épidémiologique hebdomadaire, (2-3): 25-30.

Goulard Hélène. 2008. « Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal en France : étude Fado-colorectal ». Poster présenté à Journées de veille sanitaire 2008 – Institut de veille sanitaire, Journées de veille sanitaire 2008 – Institut de veille sanitaire.

Gregory Dereck, Ron Johnston, Géraldine Pratt, Michael J. Watts, Sarah Whatmore. 2009. The Dictionnary Of Human Geography. Oxford : Blackwell Publishing Ltd.

Guionnet Christine, Érik Neveu. 2009. Féminins-masculins : sociologie du genre. Paris : Collection U. Série Sociologie, Armand Colin.

Gumuchian Hervé, Eric Grasset, Romain Lajarge, Emmanuel Roux. 2003. Les acteurs, ces oubliés du territoire. Paris : Anthropos.

H

Hallier-Nader Brigitte. 2011. Les territoires de vie des 75 ans et plus à Paris : quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ? Thèse de doctorat en géographie, Université Paris-Est Créteil.

Hamel Christelle, Wilfried Rault. 2014. « Les inégalités de genre sous l'oeil des démographes ». Populations et Société, 517(décembre).

Hancock Claire. 2002. « Genre et géographie : les apports des géographies de langue anglaise ». Espace, populations, sociétés, 20 (3): 257-64.

Hancock Claire. 2004. « L'idéologie du territoire en géographie : incursions féminines dans une discipline masculiniste ». In Le genre des territoires : masculin, féminin, neutre, par Christine Bard. Angers : PUA.

Hancock Claire. 2011. « Le corps féminin, enjeu géopolitique dans la France postcoloniale ». L'Espace Politique, [Online] 13(mai).

Hancock Claire. 2012. « Une lecture de politiques urbaines genrées dans des pays émergents ». EchoGéo, 21(octobre).

Hankivsky Olena. 2012. « Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality ». Social Science & Medicine, 74 (11): 1712-20.

Hardcastle J. D., J. O. Chamberlain, M. H. Robinson, S. M. Moss, S. S. Amar, T. W. Balfour, P. D. James, et C. M. Mangham. 1996. « Randomised Controlled Trial of Faecal-Occult-Blood Screening for Colorectal Cancer ». Lancet, 348 (9040): 1472-77.

Hardy-Dubernet Anne-Chantal, Charles Gadéa, Sophie Divay, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy. 2005. « De "faire médecine" à "faire de la médecine" ». Document de travail -Série Etudes, 53. Paris : DREES.

Harrison Margaret. 1995. « A doctor's place: female physicians in Mexico DF ». Health and Place, 1 (2): 101-11.

Hassenteufel Patrick. 2010. « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes ». In Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, par Géraldine Bloy et François-Xavier, Paris : Presses de l'EHESP, 403-15

Henon Dominique. 2010. La santé des femmes en France. Avis et rapports du conseil économique social et environnemental. Paris : Délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes.

Herbert Caroline, H. Lefèvre, M. Gignoux, Guy Launoy. 2002. « Influence of social and occupational class and area of residence on management and survival in patients with digestive tract cancer : a population study in the Calvados area (France) ». Revue d'épidémiologie et de santé publique, 50 (3): 253-64.

Héritier Françoise. 1996. Masculin-féminin. La pensée de la différence. Paris : OJacob.

Hoerni Bernard, Jacques Roland, Henri Pujol. 2008. La relation médecin-malade : l'évolution des échanges patient-soignant. Paris : Imothep.

Honein-AbouHaidar Gladys N., Monika Kastner, Vincent Vuong, Laure Perrier, Linda Rabeneck, Jill Tinmouth, Sharon Straus, Nancy N. Baxter. 2014. « Benefits and Barriers to Participation in Colorectal Cancer Screening: A Protocol for a Systematic Review and Synthesis of Qualitative Studies ». BMJ, 4 (2): e004508.

Hoyez Anne-Cécile. 2011. « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales ». Cybergeo : European Journal of Geography.

Hubbard Phil. 2004. « Revenge and Injustice in the Neoliberal City: Uncovering Masculinist Agendas ». Antipodes, 665-86.

Humain-Lamoure Anne-Lise. 2007. « Le quartier comme objet en géographie ». In Le quartier. Enjeux scientifiques, actions politiques et pratiques sociales, par Jean-Yves Authier et France Guérin-Pace. Paris : La Découverte, 41-51

Humphries Niamh, Ruairí Brugha, Hannah McGee. 2008. « Overseas Nurse Recruitment: Ireland as an Illustration of the Dynamic Nature of Nurse Migration ». Health Policy, 87 (2): 264-72.

Hunt Kate, Sally Macintyre. 1998. « Genre et inégalités sociales de santé ». In Les inégalités sociales de santé, par Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminsky, Thierry Lang, Paris : La Découverte, 363-75.

I

INCA. 2011. « La situation des cancers en France en 2011 ». Rapports et Synthèses. Boulogne-Billancourt : INCA.

INCA. 2014. Plan Cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Paris : INCA.

INCA. 2015. Les cancers en France. Edition 2014. Boulogne-Billancourt : INCA.

Inserm. 2012. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances. Paris : Collection Expertise collective - Inserm.

Israël Liora. 2009. « Un droit de gauche ? Rénovation des pratiques professionnelles et nouvelles formes de militantisme des juristes engagés dans les années 1970 ». Sociétés contemporaines, 1 (73): 47-71.

J

Jaunait Alexandre. 2007. « La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient. Commentaire ». Sciences Sociales et Santé, 25 (2): 69-72.

Jaunait Alexandre. 2015. « Les theories de l'intersectionnalité ». Séminaire interdisciplinaire EHESP présenté à Approche intersectionnelle en santé publique : Une nouvelle perspective pour l'étude des inégalités sociales de santé ? 15 avril 2015,Villejuif.

Jaurand, Emmanuel. 2005. « Territoires de mauvais genre ? Les plages gays ». Géographie et cultures, (54): 71-84.

Jones Adele, Antonia Bifulco, Jonathan Gabe. 2009. « Caribbean Nurses Migrating to the UK: A Gender-Focused Literature Review ». International Nursing Review, 56 (3): 285-90.

Jouffe Yves. 2014. « La mobilité des pauvres ». Informations sociales, 2 (182): 90-99.

K

Kerssens Jan, Jozien Bensing, Margriet Andela. 1997. « Patient preference for genders of health professionals ». Social science & medicine, 44 (10): 1531-40.

Kinser Patricia A., Judith A. Lewis. 2005. « Understanding Gender Construction: Creating Space for Feminist Health Care Practice and Research ». Health Care for Women International, 26 (5): 422-29.

Klabunde Carrie, Johannes Blom, Jean-Luc Bulliard, Montse Garcia, Lea Hagoel, Verna Mai, Julietta Patnick, Heather Rozjabek, Carlo Senore, Sven Törnberg. 2015. « Participation Rates for Organized Colorectal Cancer Screening Programmes: An International Comparison ». Journal of Medical Screening, 22 (3): 119-26.

Klein Alexandre. 2012. « Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé : du selfcare au biohacking ». Histoire, médecine et santé, (1): 115-28.

Kronborg Ole, Claus Fenger, Jøn Olsen, Ole Dan Jørgensen, Ole Søndergaard. 1996. « Randomised Study of Screening for Colorectal Cancer with Faecal-Occult-Blood Test ». Lancet, 348 (9040): 1467-71.

L

Laffitte Jean. 1970. Gennevilliers, évocation historique. Tome 2 : de la fin du 19ème à 1970. Gennevilliers : Ville de Gennevilliers.

Lahire Bernard. 2011. L'homme pluriel : Les ressorts de l'action. Paris : Collection Essais & Recherches, Nathan.

Lai Sue-Min, Kevin B. Zhang, Robert J. Uhler, Jovanka N. Harrison, Gayle G. Clutter, Melanie A. Williams. 2006. « Geographic Variation in the Incidence of Colorectal Cancer in the United States, 1998-2001 ». Cancer, 107 (5 Suppl): 1172-80.

Laqueur Thomas Walter. 1992. La fabrique du sexe : essai sur le corps et le genre en Occident. Paris : Gallimard.

Laugier Sandra. 2010. « L'éthique du care en trois subversions ». Multitudes, 42 (3): 112-25.

Laurent Éloi. 2013. Vers l'égalité des territoires : dynamiques, mesures, politiques rapport à la Ministre de l'égalité des territoires et du logement. Paris : Collection des rapports officiels, La Documentation française.

Le Breton-Lerouvillois Gwénaëlle. 2015. Atlas de la démographie médicale en France. Paris : Conseil national de l'ordre des médecins.

Le Robert. 2010. Le nouveau Petit Robert de la langue française. Paris : Le Robert.

Leclerc Annette, Didier Fassin, Hélène Grand-jean, Monique Kaminsky, Thierry Lang. 2000. Les inégalités sociales de santé. Paris : Inserm-La Découverte,.

Leclerc Annette, Monique Kaminsky, Thierry Lang. 2008. Inégaux face à la santé. Paris : La découverte.

Ledoux Danièle, Henri-Claude Bonnet. 2006. Jean Grandel : un homme du peuple dans l'histoire. Pantin : Le Temps des cerises.

Legros Michel, Marie-Odile Gilles-Simon. 1996. « Le non-recours chez les plus pauvres : une approche empirique ». Recherches et Prévisions, 43 (1): 51-58.

Lejeune Catherine, Vincent Dancourt, Patrick Arveux, Claire Bonithon-Kopp, Jean Faivre. 2010. « Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in France using a guaiac test versus an immunochemical test ». International Journal of Technology Assessment in Health Care, 26 (1): 40–47.

Leroy Stéphane. 2005. « Le Paris gay. Eléments pour une géographie de l'homosexualité ». Annales de Géographie, 114 (646): 579-601.

Lévy Jacques, Michel Lussault. 2003. Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés. Paris : Belin.

Lieber Marylène. 2008. Genre, violences et espaces publics : la vulnérabilité des femmes en question. Paris : Les presses de Sciences Po.

Lombrail Pierre. 1998. « Accès aux soins ». In Les inégalités sociales de santé, par Didier Fassin. Paris : La Découverte, 403-18

Loncle Patricia. 2009. « La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne » ». Sciences sociales et santé, 27 (1): 5-5.

Loncle Patricia. 2011. « La jeunesse au local : sociologie des systèmes locaux d'action publique ». Sociologie, 2 (2): 129-47.

Longhurst Robyn. 2000. « Geography and Gender: Masculinities, Male Identity and Men ». Progress in Human Geography, 24 (3): 439-44.

Louargant Sophie. 2002. « De la géographie féministe à la « gender geography » : une lecture francophone d'un concept anglophone. From feminist geography to "gender geography": a French interpretation of an Anglo-Saxon concep. » Espace, Population et société, (3): 397-410.

Louargant Sophie. 2015. « Penser la métropole avec le genre ». Travail, genre et sociétés, 33 (1): 49-66.

Luxembourg Corinne. 2008. Villes en transition : les avatars de l'industrie dans les villes françaises petites et moyennes (Blagnac, Bourges, Gennevilliers, Le Creusot, Valenciennes). Thèse doctorat en géographie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.

M

Macintyre Sally, A Ellaway, et Steven Cummins. 2002. « Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them ? » Social Science & Medicine, 55: 125-39.

Macintyre Sally, Kate Hunt, Helen Sweeting. 1996. « Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? » Health & Place, 42 (4): 617-24.

Macintyre Sally, Kate Hunt. 1997. « Socio-Economic Position, Gender and Health How Do They Interact? » Journal of Health Psychology, 2 (3): 315-34.

Manser Christine N., Peter Bauerfeind. 2014. « Impact of Socioeconomic Status on Incidence, Mortality, and Survival of Colorectal Cancer Patients: A Systematic Review ». Gastrointestinal Endoscopy, 80 (1): 42-60.

Marcella Stephen, Jane Miller. 2001. « Racial Differences in Colorectal Cancer Mortality. The Importance of Stage and Socioeconomic Status ». Journal of Clinical Epidemiology, 54 (4): 359-66.

Marichalar Pascal, Laure Pitti. 2013. « Réinventer la médecine ouvrière ? Retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968 ». Actes de la recherche en sciences sociales, 1 (196-197): 114-31.

Mariette Audrey, Laure Pitti. 2016. « « Médecin de première ligne dans un quartier populaire ». Un généraliste en banlieue rouge des années 1960 aux années 2010 ». Agone, 1 (58): 51-72.

Marius Kamala, Yves Raibaud. 2013. Genre et construction de la géographie. Pessac : Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine.

Maruani Margaret. 2005. Femmes, genre et sociétés : l'état des savoirs. L'état des savoirs. Paris : La Découverte.

Maruani Margaret. 2005. Femmes, genre et sociétés : l'état des savoirs. Paris : la Découverte.

Maruéjouls Édith, Yves Raibaud. 2012. « La mixité filles/garçons dans les loisirs des jeunes ». Bordeaux : Rapport de recherche intermédiaire Mixité, Parité, Genre dans les équipements et espaces publics destinés aux loisirs des jeunes.

Maruejouls Édith. 2014. « Mixité, égalité et genre dans les espaces du loisir des jeunes : pertinence d'un paradigme féministe ». Thèse de doctorat en géographie, Université de Bordeaux III.

Masqué Jean-Michel. 2009. « La santé des Gennevillois : une affaire municipale ». GenMag - Gennevilliers Magazine, sect. Histoire.

Massey Doreen Barbara. 1994. Space, place and gender. Minneapolis : University of Minnesota press.

Masurel Hervé. 2012. Guide méthodologique des marches exploratoires. Des femmes s'engagent pour la sécurité de leur quartier. Paris : Secrétariat général du Comité interministériel des villes.

Matthews Sharon, Orly Manor, Chris Power. 1999. « Social inequalities in health: are there gender differences? » Social Science & Medicine, 48: 49-60.

Mauger Gérard. 1991. « Enquêter en milieu populaire ». Genèses, 6 (1): 125-43.

McLafferty Sara, Barbara Tempalski. 1995. « Restructuring and women's reproductive health: Implications for low birthweight in New York city ». Geoforum, Geographies of Women's Health, 26 (3): 309-23.

McLafferty Sara. 1995. « Counting for women ». Professional Geographer, 47 (4): 436.

McQueen Amy, Sally W. Vernon, Helene I. Meissner. 2006. « Are there gender differences in colorectal cancer test use prevalence and correlates? » Cancer Epidemiol Biomarkers Prev , 15 (avril): 782-91.

Meeuwesen Ludwien, Cas Schaap, Cees van der Staak. 1991. « Verbal analysis of doctor-patient communication ». Social Science & Medicine, 32 (10): 1143-50.

Membrado Monique. 2006. « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation ». Nouvelles Questions Féministes, Revue internationale francophone, 25 (2): 16-31.

Menvielle Gwenn, Annette Leclerc, Jean-Francois Chastang, Danièle Luce. 2006. « Social inequalities in breast cancer mortality among French women: disappearing educational disparities from 1968 to 1996 ». British Journal of Cancer, 1 (94): 152–155.

Menvielle Gwenn, Annette Leclerc, Jean-François Chastang, Danièle Luce. 2008. « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle ». Bulletin épidémiologique hebdomadaire, (33): 289-92.

Menvielle Gwenn, Annette Leclerc, Jean-François Chastang, Maria Melchior, Danièle Luce. 2007. « Changes in Socioeconomic Inequalities in Cancer Mortality Rates Among French Men Between 1968 and 1996 ». American Journal of Public Health, 97 (11): 2082-87.

Menvielle Gwenn, Anton E. Kunst, Irina Stirbu, Carme Borrell, Matthias Bopp, Enrique Regidor, Bjørn Heine Strand, et al. 2007. « Socioeconomic Inequalities in Alcohol Related Cancer Mortality among Men: To What Extent Do They Differ between Western European Populations? » International Journal of Cancer. Journal International du Cancer, 121 (3): 649-55.

Meslé France. 2004. « Espérance de vie : un avantage féminin menacé ? » Populations et Société, 402(juin).

Messina Catherine, Dorothy Lane, Roger Grimson. 2005. « Colorectal cancer screening attitudes and practices, preferences for decision making ». American Journal of Preventive Medicine, (28): 439-46.

Moatti Jean-Paul, Chantal Casès, Lucile Olier. 2008. « Inégalités face au cancer : un diagnostic nécessaire ». In La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades. Études et statistiques. Paris : La documentation française, 347-56.

Molinari Carol, Melissa Ahern, Michael Hendryx. 1998. « The relationship of community quality to the health of women and men ». Social Science & Medicine, 47 (8): 1113-20.

Molinier Pascale, Sandra Laugier, Patricia Paperman. 2009. Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité. Paris : Payot & Rivages. Petite bibliothèque Payot.

Monjaret Anne, Catherine Pugeault. 2014. Le sexe de l'enquête : approches sociologiques et anthropologiques. Lyon : ENS.

Montaut Alexis. 2010. « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes ». Etudes et résultats, 717(février): 8.

Morrison Val. 2014. Inégalités de santé et intersectionnalité. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

Moss Pamela, Isabel Dyck. 1996. « Inquiry into Environment and Body: Women, Work, and Chronic Illness ». Environment and Planning D: Society and Space, 14 (6): 737-53.

Moss Pamela, Isabel Dyck. 2002. Women, Body, Illness: Space and Identity in the Everyday Lives of Women with Chronic Illness. Lanham : Rowman & Littlefield.

Mossuz-Lavau Janine. 2007. L'argent et nous. Paris : La Martinière.

Mousel Catherine. 2009. « Le médecin généraliste en 2007. Évolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut lorrain. » Thèse de médecine, Nancy : Université de Nancy.

Mousquès Julien, Fabien Daniel. 2015. « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). » Questions d'économie de la santé Irdes, 211(juillet aout): 1-6.

Mudrecki Bartek. 2015. « Caca non grata. Tout pour en finir avec le grand tabou ». 24heures, (17 août).

Muller Lara. 2006. « La pratique sportive en France, reflet du milieu social ». Vie sociale - Insee, Données sociales - La société française, (8): 7p.

N

Nacu Alexandra. 2011. « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes ». Sociologie du Travail, 53 (1): 109-30.

Nnoaham Kelechi E., Alison Frater, Paul Roderick, Graham Moon, Stephen Halloran. 2010. « Do Geodemographic Typologies Explain Variations in Uptake in Colorectal Cancer Screening? An Assessment Using Routine Screening Data in the South of England ». Journal of Public Health, 32 (4): 572-81.

Norcross WA, C Ramirez, Lawrence Palinkas. 1996. « The influence of women on the health care-seeking behavior of men ». Journal of Family Practice, 5 (43): 475-80.

O

Oakley Ann. 1991. Sex, Gender and Society. Towards a New Society. Aldershot : Gower.

OMS Europe. 1998. « Education Thérapeutique du Patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques ». Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé Bureau Régional pour l'Europe.

OMS. 2000. « Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 - Pour un système de santé plus performant ». Organisation Mondiale de la Santé.

P

Paperman Patricia, Pascale Molinier. 2011. « L'éthique du care comme pensée de l'égalité ». Travail, genre et sociétés, 26 (2): 189.

Paperman Patricia, Sandra Laugier. 2011. Le souci des autres : éthique et politique du care. Paris : Raisons pratiques Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.

Payne Sarah. 2007. « Not an equal opportunity disease – a sex and gender-based review of colorectal cancer in men and women: Part II ». Journal of Men's Health and Gender, 4 (3): 251-56.

Pearson M. 1989. « Medical geography: genderless and colourblind ? » Contemporary Issues in Geography and Education, (3): 9-17.

Pedrero Christine. 2013. Approche géographique du vieillissement des populations immigrées : l'exemple de Nanterre. Mémoire master 2. Université Paris X Nanterre.

Peixoto Carice. 1994. « Les personnes âgées dans les espaces publics et le désir de plaire ». Gérontologie et société, (69): 150-59.

Pennec Simone. 2004. « Les vieilles femmes dans la ville ». In Femmes et Villes, par Sylvette Denèfle, Perspectives « Villes et Territoires ». Tours : Presses Universitaires François-Rabelais, 87-100.

Phelan Jo C, Bruce Link. 2005. « Controlling Disease and Creating Disparities: A Fundamental Cause Perspective ». Journals of Gerontology, 60 (2): 27-33.

Philip Lorna Jennifer. 1998. « Combining quantitative and qualitative approaches to social research in human geography—an impossible mixture? » Environment and Planning A, 30 (2): 261 – 276.

Picheral Henri. 1995. « Le lieu, l'espace et la santé ». Espace, populations, sociétés, 13 (1): 19-24.

Pierron Jean-Philippe. 2007. « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins ». Sciences Sociales et Santé, 25 (2): 43-65.

Pinçon Michel, Monique Pinçon-Charlot. 1989. Dans les beaux quartiers. L'Epreuve des faits. Paris : Éditions du Seuil.

Pinçon Michel, Monique Pinçon-Charlot. 2002. Voyage en grande bourgeoisie. Paris : PUF. Quadrige Essais Débats.

Plantet Joël. 2000. « Femmes-relais : comment elles sont devenues indispensables ». Lien social. L'actualité social autrement, 518(février).

Plessz Marie, Alice Guéguen. 2015. « L'alimentation à l'intersection du genre et de la situation conjugale. Le cas de la consommation de légumes dans la cohorte GAZEL ». Séminaire interdisciplinaire EHESP présenté à Approche intersectionnelle en santé publique : Une nouvelle perspective pour l'étude des inégalités sociales de santé ? Paris.

Pollock Allyson, Neil Vickers. 1998. « Deprivation and Emergency Admissions for Cancers of Colorectum, Lung, and Breast in South East England: Ecological Study ». BMJ, 317 (7153): 245-52.

Poncet Florence, Patricia Delafosse, Arnaud Seigneurin, Catherine Exbrayat, Marc Colonna. 2012. « Determinants of Participation in Organized Colorectal Cancer Screening in Isère (France) ». Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology, 37 (2): 193-99.

Pornet Carole, Olivier Dejardin, F. Morlais, V. Bouvier, Guy Launoy. 2008. « Inégalités socio-économiques et géographiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal ». Communication scientifique orale, Journées de veille sanitaire 2008 – Institut de veille sanitaire.

Pornet Carole, Olivier Dejardin, F. Morlais, V. Bouvier, Guy Launoy. 2010. « Socioeconomic Determinants for Compliance to Colorectal Cancer Screening. A Multilevel Analysis ». Journal of Epidemiology and Community Health, 64 (4): 318-24.

Porroche-Escudero Ana. 2014a. « La violencia de la cultura rosa. Las campañas de concienciación de cáncer de mama ». MyS Mujeres y Salud, 37: 32-38.

Porroche-Escudero Ana. 2014b. « Perilous equations? Empowerment and the pedagogy of fear in breast cancer awareness campaigns ». Women's Studies International Forum, 47: 77-92.

Porroche-Escudero Ana. 2014c. « The 'invisible scars' of breast cancer treatments ». Anthropology Today, 30 (3): 18-21.

Potvin Louise, Katherine L Frohlich. 1998. « L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé entre les hommes et les femmes ». Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 5 (2): 142-52.

Powe Barbara, Ramona Finnie. 2003. « Cancer fatalism: the state of the science ». Cancer Nurs, 26: 454–465.

Proth Bruno. 2002. Lieux de drague : scènes et coulisses d'une sexualité masculine. Toulouse : Applications de l'anthropologie, Octares.

R

Raibaud Yves. 2006. « Cultures urbaines : la ville au masculin ». In Raibaud, Y. ; Gillet, J.C. Mixité, parité et genre : quels enjeux pour l'animation ? IUT Michel de Montaigne - Université Bordeaux 3. Paris : L'Harmattan, 139–156.

Raibaud Yves. 2007. « Le genre et le sexe comme objets géographiques ». In Sexe de l'espace, sexe dans l'espace, Acte du colloque de Doc'Géo. Mai 2007, Pessac, 97-105

Raibaud Yves. 2012. « Genre et espaces du temps libre ». L'Information géographique, 76 (2): 40-56.

Raibaud Yves. 2015. « Durable mais inégalitaire : la ville ». Travail, genre et sociétés, 33 (1): 29-47.

Raimbault Marie, Charlotte Moreels, Olivier Lacoste, Jean-Marc Goudet. 2016. Territoires Divergents. Enquête sur l'inégale évolution locale des cancers. Lille : ORS Nord Pas de Calais.

Raleigh Vera, Victor Kiri. 1997. « Life expectancy in England: variations and trends by gender, health authority, and level of deprivation ». Journal of Epidemiology and Community Health, 51 (6): 649-58.

Reynaud Alain. 1984. « L 'intérêt de la démarche comparative en géographie ». Espaces Temps, 26 (1): 26-33.

Rican Stéphane, Eric Jougla, Charlotte Roudier Daval, Sophie Gancel, Goeffrey Gourdon. 2008. Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine (Évolution 1970 – 2004). Boulogne-Billancourt : INCA.

Rican Stéphane, Eric Jougla, Zoé Vaillant, Gérard Salem. 2013. « Les inégalités territoriales de santé ». In Vers l'égalité des territoires. Dynamiques, mesures, politiques. Paris : La Documentation française, 113-29.

Rican Stéphane, Gérard Salem, Eric Jougla. 2011. « Les nouvelles lignes de fracture sanitaire en France ». Pouvoirs Locaux, 87.

Rican Stéphane, Zoé Vaillant, Audrey Bochaton, Gérard Salem. 2014. « Inégalités géographiques de santé en France ». Les Tribunes de la santé, 43 (2): 39-45.

Rican Stéphane, Zoé Vaillant. 2009. « Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé ». Sciences sociales et santé, 27 (1): 33-42.

Ricketts Thomas. 2010. « Accessing Health Care ». In A Companion to Health and Medical Geography, par Tim Brown, Sara McLafferty, et Graham Moon, 521-39.

Ritvo Paul, Ronald E. Myers, Lawrence Paszat, Mardie Serenity, Daniel F. Perez, Linda Rabeneck. 2013. « Gender differences in attitudes impeding colorectal cancer screening ». BMC Public Health, 13 (1): 1-14.

Robb Kathryn A., Anne Miles, Jane Wardle. 2004. « Demographic and Psychosocial Factors Associated with Perceived Risk for Colorectal Cancer ». Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 13 (3): 366-72.

Rose Gillian. 1993. Feminism and geography: the limits of geographical knowledge. Oxford : Polity press.

Ross Nancy, Mark Rosenberg, Diane Pross, Brenda Bass. 1994. « Contradictions in Women's Health Care Provision: A Case Study of Attendance for Breast Cancer Screening ». Social Science & Medicine, 39 (8): 1015-25.

Roter Debra, Mack Lipkin Jr, Audrey Korsgaard. 1991. « Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits ». Medical care, 29 (11): 1083-93.

Rouillot Nicolas. 2009. « Savoir et pouvoir chez Michel Foucault ». Philocité.

Rustenholz Alain. 2015. De la banlieue rouge au Grand Paris : d'Ivry à Clichy et de Saint-Ouen à Charenton. Paris : la Fabrique.

S

Saïdi-Sharouz Mina, France Guérin-Pace. 2011. « La mobilité quotidienne des femmes dans la ville de Téhéran : entre visibilité et invisibilité ». L'Espace géographique, 40 (2): 176-88.

Salem Gérard, Stéphane Rican, Eric Jougla. 1999. Atlas de la santé en France : Les causes de décès. Montrouge : John Libbey Eurotext.

Salem Gérard, Stéphane Rican, Marie-Laure Kürzinger. 2006. Atlas de la santé en France : Comportements et maladies. Montrouge : John Libbey Eurotext.

Salem Gérard, Stéphane Rican, Zoé Vaillant. 2014. « Géographie, santé et pathocénose ». In Histoire de la pensée médicale comptemporaine. Evolutions, découvertes, controverses. Paris : Seuil, 279-89

Salem Gérard. 1998. La santé dans la ville : géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal). Paris : Hommes et Sociétés, Karthala.

Salem Gérard. 2013. « Et si le diabète était beaucoup plus qu'une maladie ? Le point de vue du géographe » In *Le Diabète, une épidémie silencieuse*, ouvrage collectif. Paris : Le Bord de l'Eau. Coll. Santé & médecine, 49-54.

Sarradon-Eck Aline, Anne Vega, Murielle Faure, Anne Humbert-Gaudart, Matthieu Lustman. 2008. « Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels ». Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, (56): 197-206.

Saurel-Cubizolles Marie-Josèphe, Béatrice Blondel. 1996. La santé des femmes. Paris : Flammarion.

Sauvegrain Priscille. 2012. « La santé maternelle des « Africaines » en Ile de France : racisation des patientes et trajectoires de soins ». Revue européenne des migrations internationales, 28 (2): 81-100.

Schneider Sven. 2007. « Causes of socioeconomic group-related mortality in the Federal Republic of Germany-tobacco consumption is the predominant risk factor] ». International Journal of Public Health, 52 (1): 39-53.

Schoenberger Erica. 1992. « Self-criticism and self-awareness in research: a reply to Linda McDowell ». Professional Geographer, (44): 215-18.

Schofield Toni, R W Connell, Julian F Wood, Dianne L Butland, et Linley Walker. 2010. « Understanding Men's Health and Illness: A Gender-relations Approach to Policy, Research, and Practice ». Journal of American College Health, 48 (6): 247-56.

Scott Joan. 1988. « Genre : Une catégorie utile d'analyse historique ». Les Cahiers du GRIF, 37 (1): 125-53.

Seeff Laura, Marion Nadel, Carrie Klabunde, Trevor Thompson, Jean Shapiro, Sally Vernon, Ralph Coates. 2004. « Patterns and predictors of colorectal cancer test use in the adult U.S. population ». Cancer, (100): 2093-2103.

Senore Carlo, Nereo Segnan, Francesco Rossini, Roberto Ferraris, Mariella Cavallero, Franco Coppola. 1996. « Screening for colorectal cancer by once only sigmoidoscopy: a feasibility study in Turin. Italy ». Journal of Medical Screening, (3): 72-78.

Serdula Mary K., Cathleen Gillespie, Laura Kettel-Khan, Rosanne Farris, Jennifer Seymour, Clark Denny. 2004. « Trends in Fruit and Vegetable Consumption Among Adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1994–2000 ». American Journal of Public Health, 94 (6): 1014-18.

Silverman David. 2004. Qualitative Research: Theory, Method and Practice. London Thousand Oaks New Delhi : Sage Publications.

Silverman David. 2005. Doing Qualitative Research: A Practical Handbook. London: Sage publ.

Singh Gopal K., Barry A. Miller, et Benjamin F. Hankey. 2002. « Changing Area Socioeconomic Patterns in U.S. Cancer Mortality, 1950-1998: Part II--Lung and Colorectal Cancers ». Journal of the National Cancer Institute, 94 (12): 916-25.

Spain Daphne. 1992. Gendered Spaces. Chapel Hill : The University of North Carolina Press.

Spitzer Denise. 2005. « Engendering Health Disparities ». Revue canadienne de santé publique, 96 (2): 578-96.

Stafford, M., S. Cummins, Sally Macintyre, A. Ellaway, M. Marmot. 2005. « Gender Differences in the Associations between Health and Neighbourhood Environment ». Social Science & Medicine, 60 (8): 1681-92.

Staszak Jean-François. 2001. Géographies anglo-saxonnes : tendances contemporaines. Paris : Belin.

Stern Paul, Thomas Dietz, Linda Kalof. 1993. « Value orientations, gender and environmental concerns ». Environment and Behavior, (25): 322-48.

Stoller Robert Jesse. 1989. Masculin ou féminin ? Paris : PUF.

Sulik Gayle A. 2011. Pink ribbon blues: how breast cancer culture undermines women's health. New York : Oxford University Press.

T

Thien Deborah, Vincent J. Del Casino. 2012. « (Un)Healthy Men, Masculinities, and the Geographies of Health ». Annals of the Association of American Geographers, 102 (5): 1146-56.

Tonnellier François, Emmanuel Vigneron. 1999. Géographie de la santé en France. Que sais-je ? Paris : PUF.

V

Vaillant Zoé. 2006. La Réunion, koman i lé ? Les constructions socio-territoriales de santé à l'île de la Réunion, thèse de Doctorat de géographie de la santé, Université Paris X Nanterre.

Valentine Gill. 2007. « Theorizing and Researching Intersectionality: A Challenge for Feminist Geography ». The Professional Geographer, 59 (1): 10-21.

Vallée Julie, Emmanuelle Cadot, Francesca Grillo, Isabelle Parizot, Pierre Chauvin. 2010. « The Combined Effects of Activity Space and Neighbourhood of Residence on Participation in Preventive Health-Care Activities: The Case of Cervical Screening in the Paris Metropolitan Area (France) ». Health & Place, 16 (5): 838-52.

Van der Geest Sjaak. 2007. « "Not knowing about defecation" ». In On knowing and not knowing in the anthropology of medicine, par R Littlewood, Left Coast Press, 75-86. California : Walnut Creek.

Van Jaarsveld Cornelia, Anne Miles, Rob Edwards, Jane Wardle. 2006. « Marriage and cancer prevention: does marital status and inviting both spouses together influence colorectal cancer screening participation? » Journal of Medical Screening, 13 (4): 172-76.

Van Ryn Michelle, Diana Burgess, Jennifer Malat, Joan Griffin. 2006. « Physicians' Perceptions of Patients' Social and Behavioral Characteristics and Race Disparities in Treatment Recommendations for Men with Coronary Artery Disease ». American Journal of Public Health, 96 (2): 351-57.

Van Ryn Michelle, Jane Burke. 2000. « The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients ». Social Science & Medicine, 50 (6): 813-28.

VanEenwyk Juliet, Joseph S. Campo, Eric M. Ossiander. 2002. « Socioeconomic and Demographic Disparities in Treatment for Carcinomas of the Colon and Rectum ». Cancer, 95 (1): 39-46.

Vedrenne-Villeneuve Edmonde. 1961. « L'inégalité sociale devant la mort dans la première moitié du XIXe siècle. » Population, (16): 655-98.

Vega Anne. 2013. « Les médecins libéraux petits prescripteurs : des révélateurs de mutation ? » Revue de droit sanitaire et social, (4): 606-14.

Venkatesh Sudhir A. 2002. « Doin' the Hustle. Constructing the Ethnographer in the American Ghetto ». Ethnography, 3 (1): 91-111.

Vieillard-Baron Hervé. 2011. « Banlieue, quartier, ghetto : de l'ambiguïté des définitions aux représentations ». Nouvelle revue de psychosociologie, 2 (12): 27-40.

Vigarello Georges. 2014 (1987). Le propre et le sale : l'hygiène du corps depuis le Moyen âge. Paris : Points.

Vigneron Emmanuel. 2003. Pour une approche territoriale de la santé. Bibliothèque des territoires. Paris : l'Aube.

Vigour Cécile. 2005. La comparaison dans les sciences sociales : pratiques et méthodes. Paris : Guides Repères, La Découverte.

Viot Marianne, Zoé Vaillant, Lucile Harel, Stéphane Rican, Mélanie Boulland-Dauchez, Marie Baron, El Hadji Malik Lam Ndiaye, et al. 2015. « Transfert de connaissances pour réduire les inégalités infra-communales d'accès au dépistage du cancer du sein ». Santé Publique, 27 (3): 321-30.

Voiron-Canicio Christine, Jérôme Dutozia, Reine-Maria Basse, Nathalie Dubus, Gilles Maignant, Pascale Saint-Amand, Marie Sevenet. 2010. « L'imbrication spatiale dans l'analyse des territoires : formalisation, modélisation, simulation ». Revue d'Économie Régionale & Urbaine, (4): 707-28.

Von Wagner Christian, A Good, D Wright, B. Rachet, A Obichere, S Bloom, J Wardle. 2009. « Inequalities in colorectal cancer screening participation in the first round of the national screening programme in England ». British Journal of Cancer, (101): 60-63.

W

Walter Louise, Kenneth Covinsky. 2001. « Cancer screening in elderly patients. A framework for individualized decision making ». JAMA: the journal of the American Medical Association (285): 2750-56.

Wanner P, M Khlat, et C Bouchardy. 1995. « Habitudes de vie et comportements en matière de santé des immigrés méditerranéens en France – enquête Conditions de Vie 1987 ». Revue d'épidémiologie et de santé publique, (43): 548-59.

Ward, Elizabeth, Ahmedin Jemal, Vilma Cokkinides, Gopal K. Singh, Cheryll Cardinez, Asma Ghafoor, et Michael Thun. 2004. « Cancer Disparities by Race/ethnicity and Socioeconomic Status ». CA: A Cancer Journal for Clinicians, 54 (2): 78-93.

Wardle Jane, Anne Miles, et Wendy Atkin. 2005. « Gender differences in utilization of colorectal cancer screening ». Journal of Medical Screening, 12 (1): 20-27.

Wardle Jane, A Steptoe. 2003. « Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles ». Journal of Epidemiology and Community Health, (57): 440–443.

Wardle Jane, K McCaffery, M Nadel, Wendy Atkin. 2004. « Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations ». Social Science & Medicine, (59): 249–261.

Welch H. Gilbert. 2011. « Informed Choice in Cancer Screening ». JAMA: the journal of the American Medical Association, 285 (21): 2776-78.

Weller D, D Coleman, R Robertson, C Butler, J Melia, C Campbell, R Parker, J Patnick, S Moss. 2007. « The UK colorectal cancer screening pilot: results of the second round of screening in England ». British Journal of Cancer, 97 (12): 1601-5.

Wheeler Stephanie, Tzy-Mey Kuo, Ravi K. Goyal, Anne-Marie Meyer, Kristen Hassmiller Lich, Emily M. Gillen, Seth Tyree, et al. 2014. « Regional variation in colorectal cancer testing and geographic availability of care in a publicly insured population ». Health & Place, 29 (septembre): 114-23.

Woods Laura, B. Rachet, M. P. Coleman. 2006. « Origins of Socio-Economic Inequalities in Cancer Survival: A Review ». Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology, 17 (1): 5-19.

Z

Zavoral Miroslav, Stepan Suchanek, Filip Zavada, Ladislav Dusek, Jan Muzik, Bohumil Seifert, et Premysl Fric. 2009. « Colorectal cancer screening in Europe ». World Journal of Gastroenterology : WJG, 15 (47): 5907-15.

Zolesio Emmanuelle. 2009. « Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie ». Travail, genre et sociétés, 2 (22): 117-33.

Annexes

Table des annexes :

Annexe n°1 : Exemple d'une lettre d'invitation et d'une seconde relance au dépistage organisé du cancer colorectal (ADK92) 570

Annexe n°2 : Cartes des Iris boulonnais et gennevillois 571

Annexe n°3 : Trame d'entretien semi-directif auprès de la population cible du dépistage 573

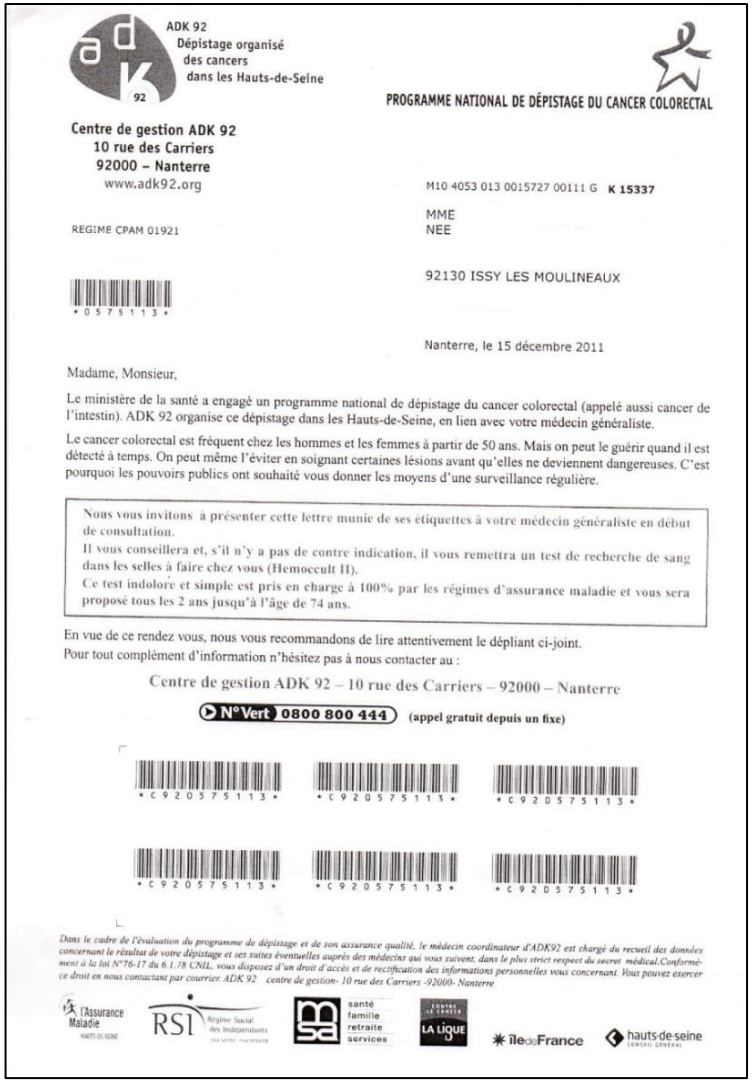
Annexe n°4 : Trame d'entretien semi-directif auprès des médecins généralistes 575

Annexe n°5 : Taux de participation par sexe et par tranche d'âge à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers 577

Annexe n°6 : Plan des transports en commun de Gennevilliers : reflet d'une organisation territoriale « de quartier » 578

Annexe n°7 : Enquête santé menée par le centre social du pont de Sèvres et des Squares 579

Annexe n°1 : Exemple d'une lettre d'invitation et d'une seconde relance au dépistage organisé du cancer colorectal (ADK92)



ADK 92
Dépistage organisé
des cancers
dans les Hauts-de-Seine

PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Centre de gestion ADK 92
10 rue des Carriers
92000 – Nanterre
www.adk92.org

M10 4053 013 0015727 00111 G **K 15337**

MME
NEE

REGIME CPAM 01921

92130 ISSY LES MOULINEAUX

Nanterre, le 15 décembre 2011

Madame, Monsieur,

Le ministère de la santé a engagé un programme national de dépistage du cancer colorectal (appelé aussi cancer de l'intestin). ADK 92 organise ce dépistage dans les Hauts-de-Seine, en lien avec votre médecin généraliste.

Le cancer colorectal est fréquent chez les hommes et les femmes à partir de 50 ans. Mais on peut le guérir quand il est détecté à temps. On peut même l'éviter en soignant certaines lésions avant qu'elles ne deviennent dangereuses. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont souhaité vous donner les moyens d'une surveillance régulière.

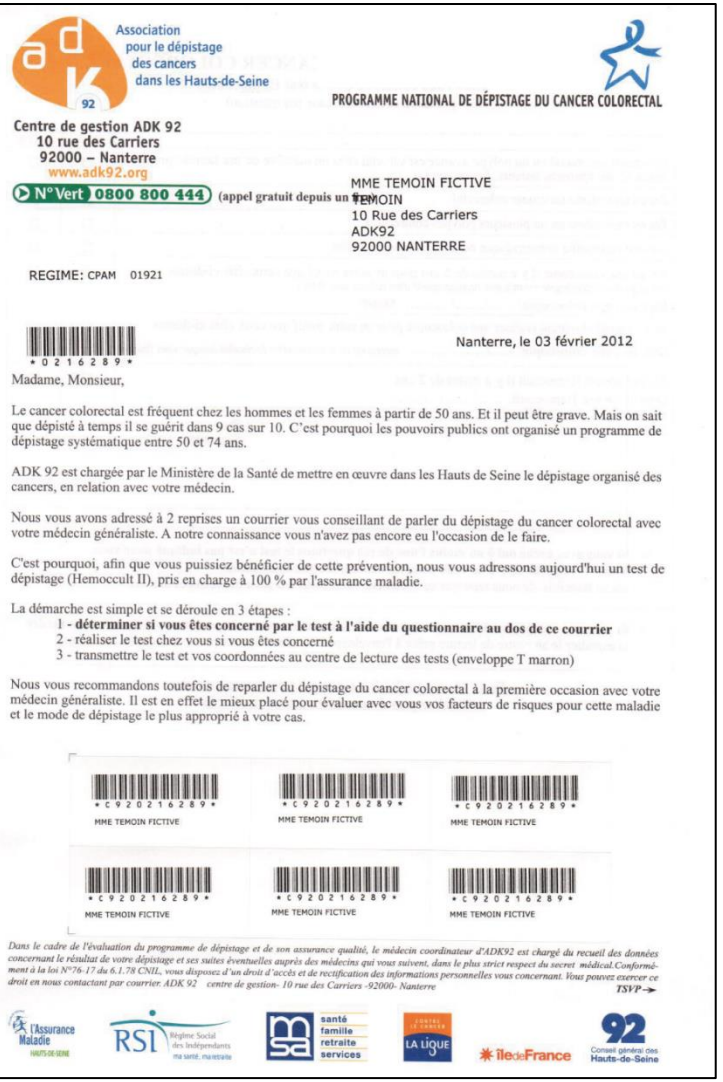
Nous vous invitons à présenter cette lettre munie de ses étiquettes à votre médecin généraliste en début de consultation.
Il vous conseillera et, s'il n'y a pas de contre indication, il vous remettra un test de recherche de sang dans les selles à faire chez vous (Hemoccult II).
Ce test indolore et simple est pris en charge à 100% par les régimes d'assurance maladie et vous sera proposé tous les 2 ans jusqu'à l'âge de 74 ans.

En vue de ce rendez vous, nous vous recommandons de lire attentivement le dépliant ci-joint.
Pour tout complément d'information n'hésitez pas à nous contacter au :

Centre de gestion ADK 92 – 10 rue des Carriers – 92000 – Nanterre

N° Vert 0800 800 444 **(appel gratuit depuis un fixe)**

Dans le cadre de l'évaluation du programme de dépistage et de son assurance qualité, le médecin coordinateur d'ADK92 est chargé du recueil des données concernant le résultat de votre dépistage et ses suites éventuelles auprès des médecins qui vous suivent, dans le plus strict respect du secret médical.Conformément à la loi N°76-17 du 6.1.78 CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations personnelles vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier: ADK 92 centre de gestion- 10 rue des Carriers -92000- Nanterre



Association
pour le dépistage
des cancers
dans les Hauts-de-Seine

PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Centre de gestion ADK 92
10 rue des Carriers
92000 – Nanterre
www.adk92.org

N° Vert 0800 800 444 **(appel gratuit depuis un fixe)**

MME TEMOIN FICTIVE
TEMOIN
10 Rue des Carriers
ADK92
92000 NANTERRE

REGIME: CPAM 01921

Nanterre, le 03 février 2012

Madame, Monsieur,

Le cancer colorectal est fréquent chez les hommes et les femmes à partir de 50 ans. Et il peut être grave. Mais on sait que dépisté à temps il se guérit dans 9 cas sur 10. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont organisé un programme de dépistage systématique entre 50 et 74 ans.

ADK 92 est chargée par le Ministère de la Santé de mettre en œuvre dans les Hauts de Seine le dépistage organisé des cancers, en relation avec votre médecin.

Nous vous avons adressé à 2 reprises un courrier vous conseillant de parler du dépistage du cancer colorectal avec votre médecin généraliste. A notre connaissance vous n'avez pas encore eu l'occasion de le faire.

C'est pourquoi, afin que vous puissiez bénéficier de cette prévention, nous vous adressons aujourd'hui un test de dépistage (Hemoccult II), pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

La démarche est simple et se déroule en 3 étapes :
1 - **déterminer si vous êtes concerné par le test à l'aide du questionnaire au dos de ce courrier**
2 - réaliser le test chez vous si vous êtes concerné
3 - transmettre le test et vos coordonnées au centre de lecture des tests (enveloppe T marron)

Nous vous recommandons toutefois de reparler du dépistage du cancer colorectal à la première occasion avec votre médecin généraliste. Il est en effet le mieux placé pour évaluer avec vous vos facteurs de risques pour cette maladie et le mode de dépistage le plus approprié à votre cas.

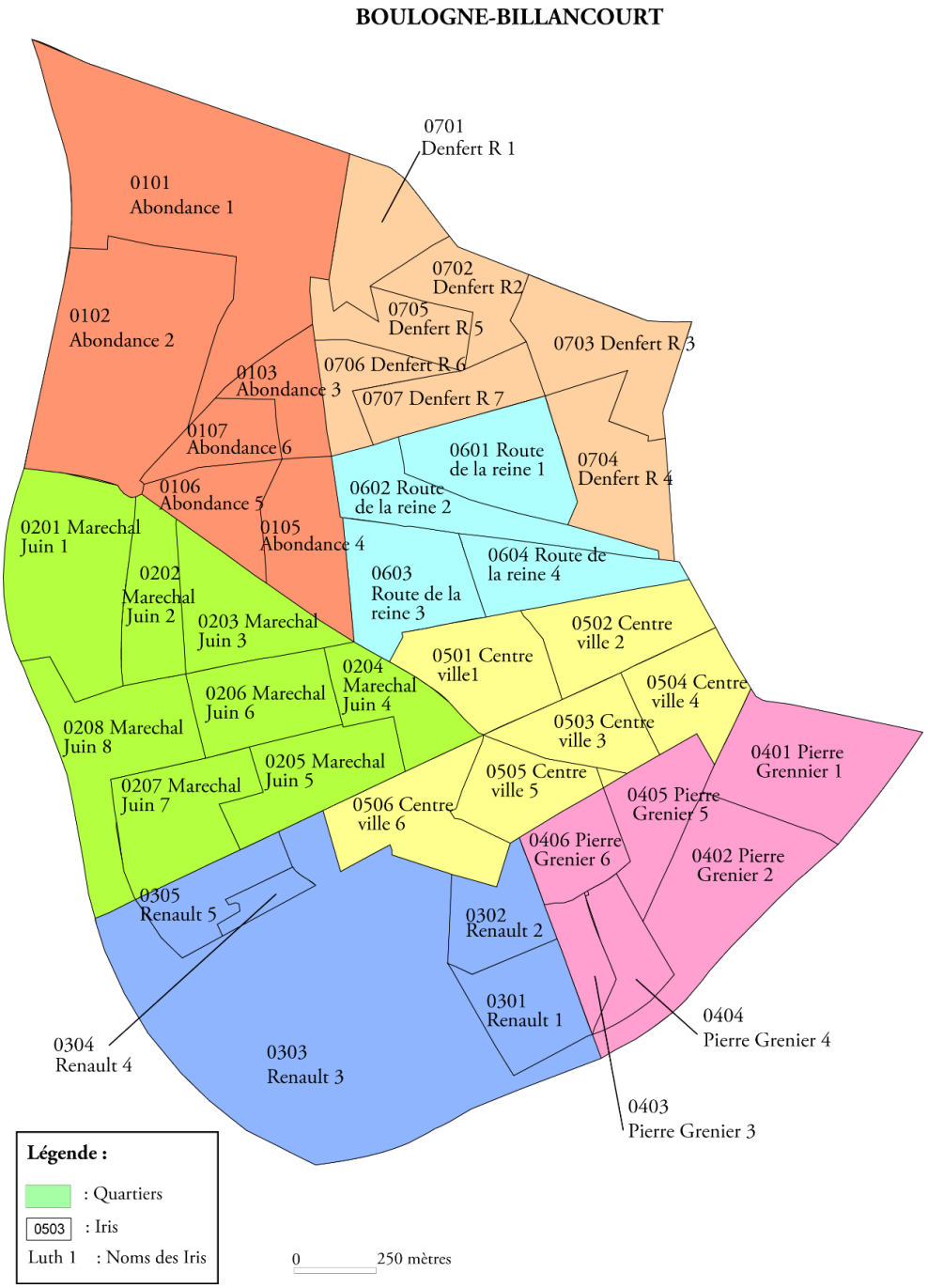
MME TEMOIN FICTIVE

Dans le cadre de l'évaluation du programme de dépistage et de son assurance qualité, le médecin coordinateur d'ADK92 est chargé du recueil des données concernant le résultat de votre dépistage et ses suites éventuelles auprès des médecins qui vous suivent, dans le plus strict respect du secret médical.Conformément à la loi N°76-17 du 6.1.78 CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations personnelles vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier: ADK 92 centre de gestion- 10 rue des Carriers -92000- Nanterre

TSVP →

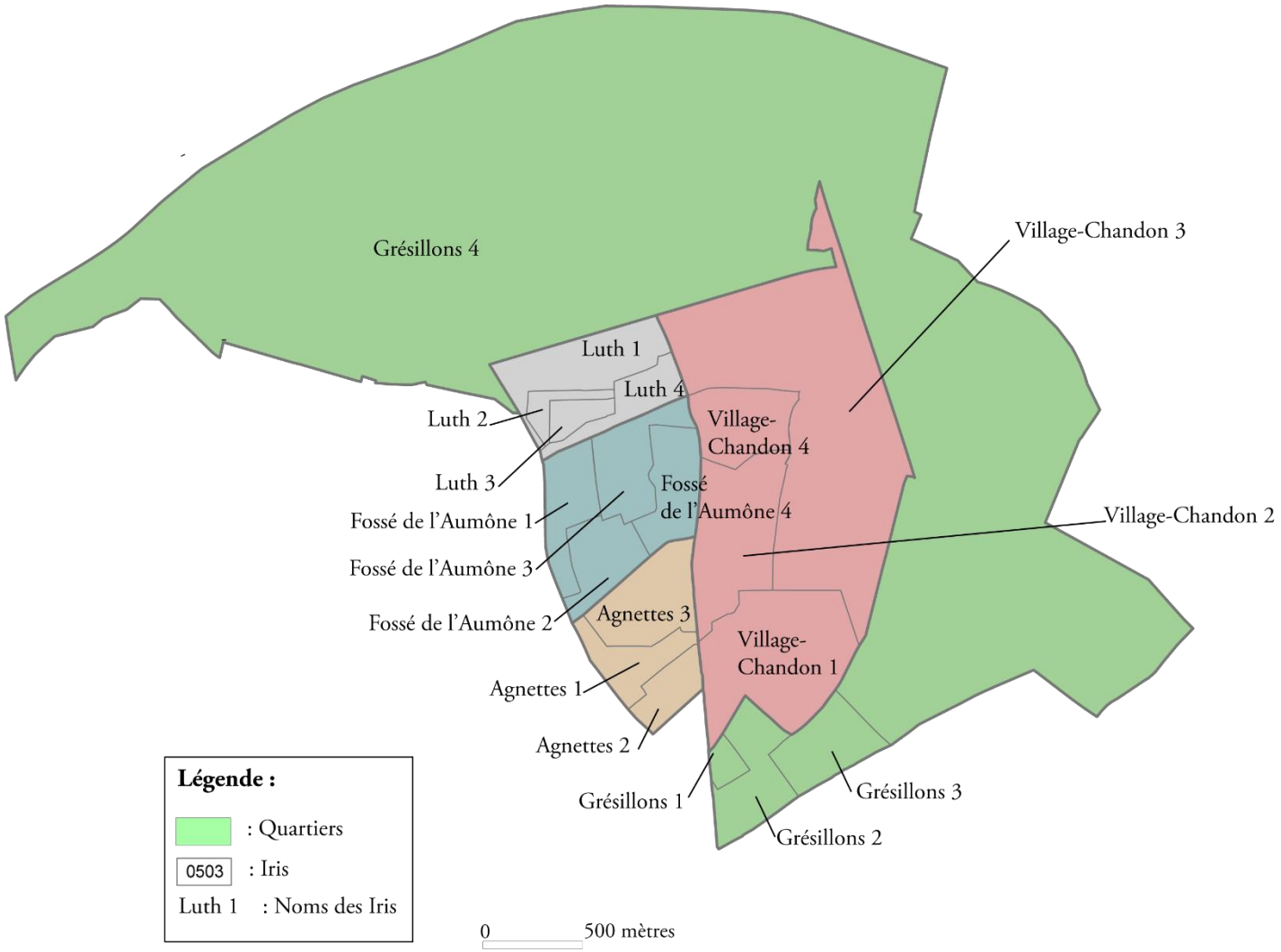
Source : ADK92

Annexe n°2 : Cartes des Iris boulonnais et gennevillois



Source : Insee, IGN 1999. Réalisation : E.Faure

GENNEVILLIERS



Source : Insee, IGN 1999. Réalisation : E. Faure.

Annexe n°3 : Trame d'entretien semi-directif auprès de la population cible du dépistage

« Vous et votre santé »

Qu'est-ce que ça veut dire, pour vous, être en bonne santé, être malade, protéger sa santé ?

Quelle est, selon vous, la meilleure manière de protéger sa santé ? Quelle sont les choses que vous faites pour protéger votre santé ? Et, au contraire, y a-t-il des choses que vous ne faites pas et que, à votre avis, vous devriez faire ? Pourquoi ?

Avez-vous un médecin généraliste que vous connaissez bien ? Depuis combien de temps ?

Où est situé le cabinet de votre médecin généraliste ?

S'agit-il d'un homme ou d'une femme ? Avez-vous fait attention à cela lorsque vous avez choisi votre médecin ? Aujourd'hui le fait qu'il/elle soit un homme ou une femme a-t-il une importance pour vous ? Pourquoi ? Pourquoi avoir choisi ce médecin ?

Vous sentez vous à l'aise pour aborder tous les sujets qui vous préoccupe avec lui/elle ? Pourquoi ?

Vous arrive-t-il de penser que ce qu'il/elle vous prescrit ou conseil ne vous convient pas ? Si oui, que faite vous dans ce cas-là ? Pourquoi ?

Vous est-il déjà arrivé d'accompagner votre conjoint-e chez le médecin ? Pourquoi ?

Dans votre foyer qui prend les rendez-vous chez le médecin ?

Faites-vous régulièrement des bilans de santé ? Pourquoi ?

Considérez-vous que dans votre vie quotidienne « *vous faite attention à ce que vous mangez* » ? Pour quelle raison ?

Quand êtes-vous allez pour la dernière fois chez un dentiste ? *(discussion sur le sujet de la santé bucco-dentaire)*

Si femme : Etes-vous suivi par un/une gynécologue ? Si non : Pourquoi ? Si oui : où est situé son cabinet (adresse si possible) et pourquoi avoir choisi ce professionnel ? *(Engager la discussion sur le sujet de la gynécologie)* S'agit-il d'un homme ou d'une femme ? Avez-vous fait attention à cela lorsque vous l'avez choisi ? Aujourd'hui le fait qu'il/elle soit un homme ou une femme a-t-il une importance pour vous ? Pourquoi ?

Quand vous entendez le mot « cancer », à quoi cela vous fait-il penser ?

Pensez-vous qu'on peut-on éviter/se protéger d'un cancer ?

Est-ce que vous avez déjà entendu parler de dépistage (*si pas évoqué spontanément*) ?

Avez-vous déjà réalisé un dépistage du cancer ? Si oui : Pourquoi ? Pour quel cancer ? À votre initiative ou sur prescription médicale ? Comment avez-vous été informé ? Comment ça s'est passé pour vous ? Quel souvenir en gardez-vous ? Si non : Pourquoi ?

Avez-vous déjà entendu parler du **dépistage organisé du cancer colorectal** (ou test Hémoccult) ?

Vous avez dû recevoir chez vous une lettre vous invitant à faire ce dépistage. Il vous invite à en parler à votre médecin généraliste, lequel vous remet un test gratuit à faire chez vous. *(Montrer un exemple de lettre)* Qu'avez-vous pensez de cette lettre lorsque vous l'avez reçu ? Qu'en avez-vous fait ?

Avez-vous déjà réalisé ce test ? Si oui : qu'avez-vous pensé de ce test ? Si non : pourquoi ne pas l'avoir fait ? Avez-vous réalisé un autre examen ? *Si personne en couple* : Savez-vous si votre compagne, ou compagnon l'a déjà fait ?

Connaissez-vous le **dépistage organisé du cancer du sein** ? *Si femme :* Avez-vous déjà réalisé une **mammographie** de dépistage ? Pourquoi ? *(Engager la discussion sur la mammographie, le dépistage organisé ou individuel, etc.)* *Si homme vivant en couple* : savez-vous si votre femme/compagne a déjà fait cet examen ?

Savez-vous ce qu'est le test **PSA/dépistage du cancer de la prostate** ? *Si homme :* Avez-vous déjà fait un test ce dépistage ? Pourquoi ? *Si femme vivant en couple* : savez-vous si votre mari/compagnon a déjà fait cet examen ?

Estimez-vous qu'il manque des professionnels de santé dans votre quartier/ville ? Lesquels ?

Avez-vous déjà consulté un médecin dans l'un des deux centres de santé municipale de la ville (à Gennevilliers) ou le centre de santé Croix rouge (à Boulogne-Billancourt) ? Pourquoi ?

« Votre ville et votre quartier »

Depuis combien de temps habitez-vous à Gennevilliers/Boulogne-Billancourt ?

Quel nom donnez-vous à votre quartier lorsque vous en parlez ?

Depuis combien de temps y habitez-vous ?

Vous sentez-vous en sécurité dans votre quartier ? Partout ? Tout le temps (à toutes les heures) ? Pourquoi ? (*Si besoin : Plus précisément, comment définiriez-vous l'ambiance de votre quartier ?)*

Diriez-vous que vous êtes attaché à votre quartier ? Pourquoi ?

Avez-vous déjà habité dans un autre quartier de votre ville ? Si oui, lequel ? Pourquoi l'avoir quitté ? Que préférez-vous ici, ou au contraire, que regrettez-vous de cet ancien lieu ?

Avez-vous de contact régulier avec vos voisins ? Quel type de relation avez-vous avec eux ?

Etes-vous impliqué/participez-vous à une association locale (culturelle, sportive, etc.) ? Laquelle ? Pourquoi ? Etes-vous impliqué dans la vie d'une communauté religieuse ? En quelle mesure cela est-il important pour vous ?

« Quelques informations supplémentaires »

En quelle année êtes-vous né-e ? Où est vous né-e ?

A quel niveau avez-vous arrêté vos études ?

Quelle est/a été votre profession ?

Avez-vous votre permis de conduire ? Avez-vous une voiture ? Conduisez-vous ?

Fumez-vous ?

Concernant votre logement, êtes-vous : locataire d'un logement privé, locataire d'un HLM, propriétaire, résident d'un foyer pour personne âgée, autres ? Vivez-vous seule ? Avec un conjoint, avec autres membre de votre famille ?

Avec vous une mutuelle ?

D'un point de vue financier, diriez-vous que : « vous êtes à l'aise », « ça va », « c'est juste, il faut faire attention » ou « c'est difficile » ?

Annexe n°4 : Trame d'entretien semi-directif auprès des médecins généralistes

Données contextuelles

Année d'obtention de la thèse de médecine

Sexe du professionnel

Faites-vous partie de l'amicale des médecins de votre commune ? Si oui : pourquoi (qu'est-ce que cette instance vous apporte) ?

Faites-vous partie d'un autre regroupement de professionnel-le-s ? Lequel et pourquoi ?

Depuis combien de temps exercez-vous dans cette ville ?

Comment appelleriez-vous le quartier dans lequel est situé votre cabinet ?

Etes-vous satisfait d'exercer dans cette ville, dans ce quartier ? Pourquoi ?

Pourquoi avoir choisi d'exercer dans cette ville/dans ce quartier ?

Dans quel(s) quartier(s)/portion(s) de ville, réside la majorité de vos patient-e-s ?

Estimez-vous qu'il y ait ici un problème d'accès aux soins de la population ? D'après vous pour quelles raisons ?

Médecins généralistes et dépistages

Que pensez-vous des recommandations nationales concernant les dépistages organisés des cancers du sein (tranches d'âge des invite-é-s, mammographie, campagne de deux ans, …) ? Pourquoi ?

Que pensez-vous des recommandations nationales concernant le dépistage organisé du cancer colorectal (tranches d'âge des invite-é-s, test Hémoccult, campagne de deux ans, …) ? Pourquoi ?

Avez-vous toujours eu ces opinions à propos des dépistages des cancers ? Si vos opinions ont évolué, pourquoi ?

Avez-vous déjà entendu parler de la campagne « **Mars Bleu** » ? Si oui, que pensez-vous de cette campagne (utilité, visibilité, etc.) ?

Avez-vous déjà entendu parler de la campagne « **Octobre Rose** » ? si oui : Que pensez-vous de cette campagne (utilité, visibilité, etc.) ?

Des affiches ou dépliants concernant les dépistages des cancers sont-ils à disposition de vos patient-e-s ? Pourquoi ?

Le dépistage du cancer du sein

Orientez-vous (systématiquement) vos patient-e-s vers le dépistage du cancer du sein ? Privilégiez-vous le dépistage individuel, ou organisé ? Pourquoi ?

Estimez-vous que vos patientes connaissent l'existence du dépistage du cancer du sein ? (Oui, très souvent, Souvent, Rarement, Non, jamais)

Avez-vous constaté des différences selon l'âge des femmes ou leurs origines sociales dans leurs perceptions de la maladie et du dépistage, ainsi que dans leurs pratiques ?

Le dépistage du cancer colorectal

Demandez-vous systématiquement à vos patient-e-s entre 50 et 74 ans s'ils-elles ont déjà réalisé le test de dépistage du cancer colorectal (test Hémoccult II) ? Pourquoi ?

Si votre logiciel le permet, utilisez-vous des alarmes pour les rappels biannuels ?

Donnez- vous le test sans présentation de la lettre (à la personne, ou bien à un tiers pour sa compagne/son compagnon) ? Pourquoi ?

Vous arrive-t-il de proposer au patient de revenir pour une consultation dédiée à la remise du test ? Pourquoi ?

Faites-vous une démonstration à votre patient (avec un test de démonstration ou avec le sien) ? Pourquoi ? Si oui à qui faite vous cette démonstration (tous, des patient-e-s « prioritaires, etc.) ?

Estimez-vous que vos patient-e-s connaissent l'existence du dépistage du cancer colorectal ?

Avez-vous constaté des différences selon le sexe, l'âge des individus ou leurs origines sociales dans leurs perceptions de la maladie et du dépistage, ainsi que dans leurs pratiques ?

Alors qu'il leur ait recommandé de le faire, certain-e-s patient-e-s sont-ils/elles réticent-e-s à l'idée de faire le test Hémoccult ? Si oui : Quels sont les motifs les plus souvent évoqués, et qu'en pensez-vous ?

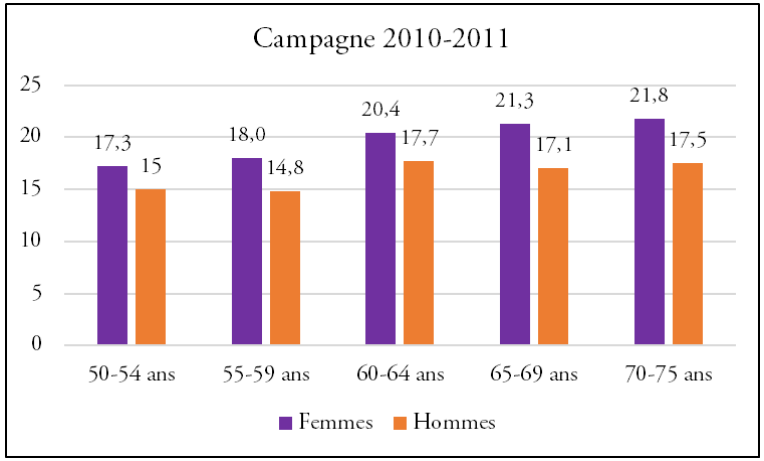
Si le Test Hémoccult est positif une coloscopie est prescrite, vers quels hôpitaux et/ou cabinet orientez-vous vos patient-e-s ? Pourquoi ?

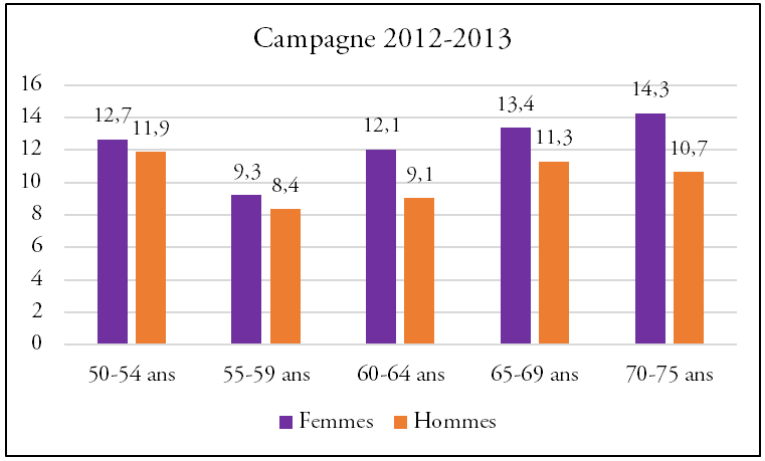
Le dépistage du cancer de la prostate

Proposez-vous le dépistage du cancer de la prostate à vos patients (systématiquement, parfois, à leurs demandes uniquement) ? Pourquoi ?

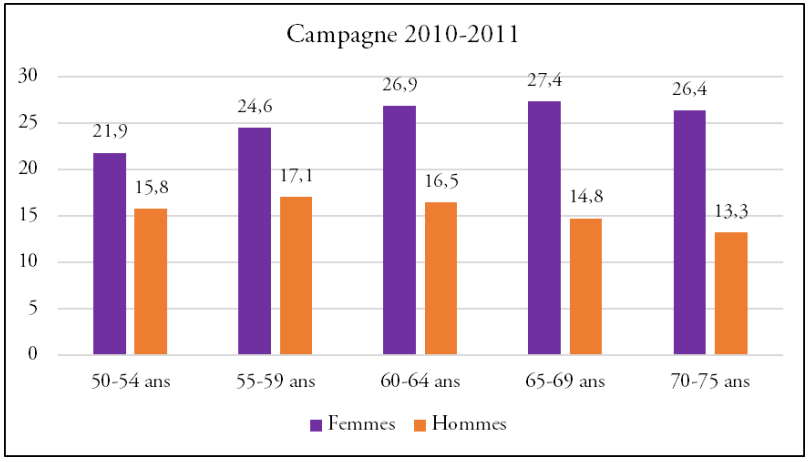
Annexe n°5 : Taux de participation par sexe et par tranche d'âge à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers

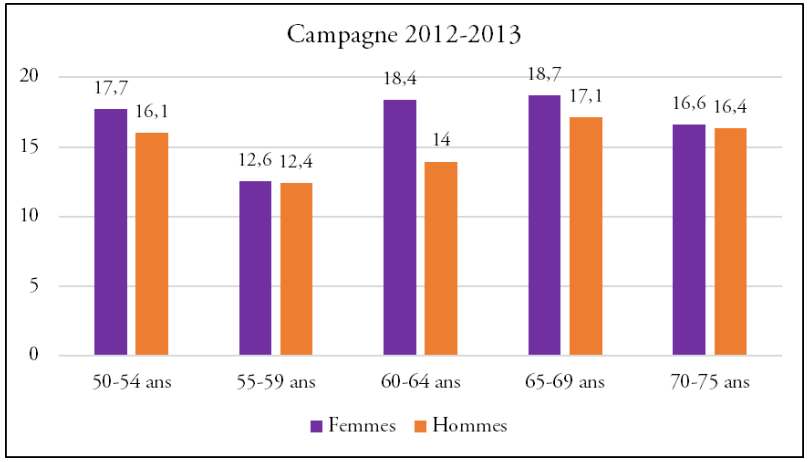
Boulogne-Billancourt





Gennevilliers





Source : ADK92. Traitements et réalisation : E. Faure.

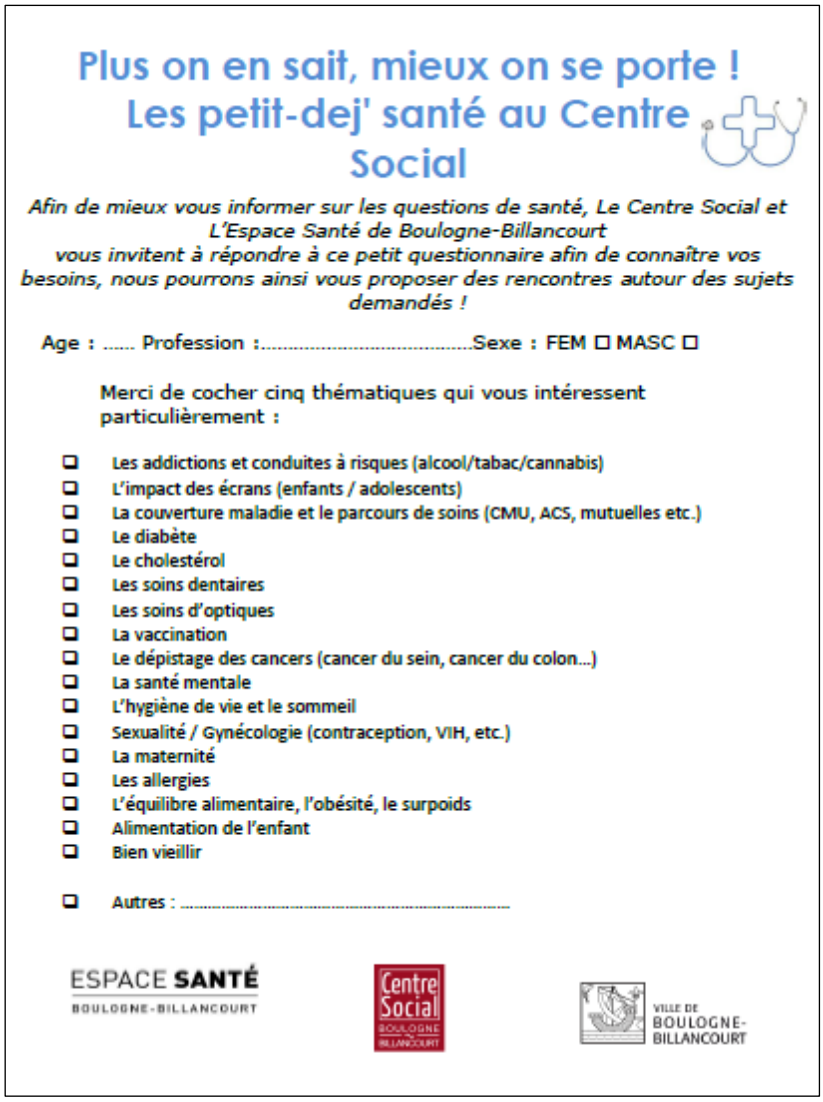
Annexe n°6 : Plan des transports en commun de Gennevilliers : reflet d'une organisation territoriale « de quartier »



Source : RATP

Les lignes de bus et de transport en commun de manière général desservent tous les quartiers de la ville. Or, à l'exception de la ligne n°235 au Luth, ces lignes n'entrent pas dans les quartiers de la ville. Considéré comme un problème dans le quartier des Agnettes par exemple, le projet de rénovation du quartier prévoit un nouveau tracé qui traverserait le quartier et le relierait au nouvel écoquartier situé d l'autre côté de l'avenue Gabriel Péri.

Annexe n°7 : Enquête santé menée par le centre social du pont de Sèvres et des Squares



Plus on en sait, mieux on se porte !
Les petit-dej' santé au Centre Social

Afin de mieux vous informer sur les questions de santé, Le Centre Social et L'Espace Santé de Boulogne-Billancourt vous invitent à répondre à ce petit questionnaire afin de connaître vos besoins, nous pourrons ainsi vous proposer des rencontres autour des sujets demandés !

Age : ..... Profession :.....Sexe : FEM ☐ MASC ☐

Merci de cocher cinq thématiques qui vous intéressent particulièrement :

- ☐ Les addictions et conduites à risques (alcool/tabac/cannabis)
- ☐ L'impact des écrans (enfants / adolescents)
- ☐ La couverture maladie et le parcours de soins (CMU, ACS, mutuelles etc.)
- ☐ Le diabète
- ☐ Le cholestérol
- ☐ Les soins dentaires
- ☐ Les soins d'optiques
- ☐ La vaccination
- ☐ Le dépistage des cancers (cancer du sein, cancer du colon...)
- ☐ La santé mentale
- ☐ L'hygiène de vie et le sommeil
- ☐ Sexualité / Gynécologie (contraception, VIH, etc.)
- ☐ La maternité
- ☐ Les allergies
- ☐ L'équilibre alimentaire, l'obésité, le surpoids
- ☐ Alimentation de l'enfant
- ☐ Bien vieillir

- ☐ Autres : .....

ESPACE SANTÉ BOULOGNE-BILLANCOURT — Centre Social Boulogne Billancourt — Ville de Boulogne-Billancourt

Sources : Centre social de Boulogne-Billancourt, 2013.

Sollicitée par les animatrices du centre social pour le traitement de ce questionnaire, nous avons procédé à l'analyse des 57 questionnaires papier récoltés.

Les personnes ayant la possibilité de choisir plusieurs thématiques de santé différentes, les résultats présentés dans le tableau suivant sont reportés par nombre d'occurrences et non par nombre d'individus. Le tableau suivant présente donc le classement des thématiques de santé par ordre d'occurrence et par sexe.

Thématiques retenues	Femme	% Femme	Homme	% Homme
alimentation_adulte	25	11,0	2	10,5
dépistages des cancers	**23**	10,1	**1**	5,3
hygiène de vie_sommeil	19	8,3	2	10,5
optique	18	7,9	2	10,5
bien vieillir	16	7,0	3	15,8
cholestérole	18	7,9	1	5,3
impact écrans	17	7,5	2	10,5
diabète	17	7,5	0	0,0
dentaire	15	6,6	1	5,3
allergies	11	4,8	1	5,3
couverture maladie	10	4,4	1	5,3
alimentation_enfant	10	4,4	0	0,0
santé mentale	9	3,9	1	5,3
addictions	8	3,5	1	5,3
sexualité_gynécologie	8	3,5	1	5,3
vaccination	4	1,8	0	0,0
Total	*228*	100,0	*19*	100,0

Sources : enquête santé centre social de Boulogne-Billancourt, 2013. Traitements et réalisation : E. Faure.

Liste des acronymes et sigles

ACP : Analyse en composante principale

ALD : Affectation longue durée

ARS : Agence régionale de santé

ASL : Atelier socio-linguistique

ASV : Atelier santé ville

ATMF : l'Association des Travailleurs Maghrébins de France

ATRIS : Association des anciens travailleurs Renault

CAH : Classification ascendante hiérarchique

CCAS : Centre communal d'acyion social

CDD : Contrat à durée déterminée

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CESL : Conseil économique et social local

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CLS : Contrat local de santé

CMP : Centre médico-psychologique

CMS : Centre municipale de santé

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAM : Caisse national d'assurance maladie

Cnamts : Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés

CNIL : Commission nationale informations et libertés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CRAMIF : Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France

CSP : Catégorie socio-professionnelle

CUCS : Contrats urbains de cohésion sociale

EFS : Etablissement français du sang

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENMR : Expérimentation de nouveaux modes de rémunération

ETP : Equivalent temps plein

FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

FTM : Foyer de travailleurs migrants

HAS : Haute autorité de santé

HLM : Habitat à loyer modéré

IAU : Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IGN : Institut national de l'information géographique et forestière

ILN : Immeuble à Loyer Normal (ILN)

Inca : Institut nationale contre le cancer

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut national de veille sanitaire

Irdes : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

Iris : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MG : médecine généraliste (abréviation de l'auteure utilisé dans les citations d'entretiens)

MLAC : Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception

OMS : Organisation mondiale de la santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : ode ratio

ORS : Observatoire régional de santé

PMI : Protection maternelle infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNNS : programme national nutrition santé

RGP : Recensement général de population

Snir : Système national inter-Régimes

TSM : Taux Standardisés sur la population Mondiale

UC : unité de consommation

VADS : voies aérodigestives supérieures

ZUS : Zone urbaine sensible

Tables des figures

Table des cartes

Carte n° 1 : Incidence du cancer colorectal à l'échelle départementale en France métropolitaine selon le sexe, en 2008-2010 (TSM : Taux Standardisés sur la population Mondiale) 55

Carte n° 2 : Mortalité par cancer colorectal à l'échelle départementale en France métropolitaine et dans les DOM, en 2005-2009 selon le sexe (TSM : Taux Standardisés sur la population Mondiale) 57

Carte n°3 : Le dépistage organisé du cancer colorectal en Europe en 2013 60

Carte n° 4 : Taux standardisés départementaux de participation au dépistage du cancer colorectal en 2012-2013 75

Carte n°5 : Taux standardisés sexo-spécifiques et ratio femme/homme de participation au dépistage du cancer colorectal à l'échelle départementale en 2012-2013 77

Carte n°6 : Situation, limites et communes du département actuel des Hauts-de-Seine 94

Carte n°7 : Panorama cartographique des disparités socio-économiques communales et infra-communales alto-séquanaises en 2009 96

Carte n°8 : Répartition spatiale de l'offre en médecine générale dans les Hauts-de-Seine 97

Carte n°9 : Offre de médecins généralistes en fonction de leurs secteurs de conventionnement 98

Carte n°10 : Localisation de la commune de Boulogne-Billancourt 102

Carte n°11 : Plan de la ville de Boulogne-Billancourt, découpage en quartiers 103

Carte n°12 : De Boulogne et Billancourt à Boulogne-Billancourt 104

Carte n°13 : Approche cartographique de la fracture nord/sud à l'échelle des Iris boulonnais 110

Carte n°14 : Localisation de la commune de Gennevilliers 113

Carte n°15 : organisation administrative de Gennevilliers en quartiers 114

Carte n°16 : Revenus médians et part de cadres et professions intellectuelles supérieures à Gennevilliers en 2009 à l'échelle des Iris 117

Carte n° 17 : Taux standardisés de participation au dépistage organisé du cancer colorectal 180

Carte n°18 : Évolution de la participation au dépistage du cancer colorectal entre 2008-2013 182

Carte n°19 : Proportion de participant-e-s aux deux premières campagnes, mais non à la dernière .. 184

Carte n°20 : Évolution de la participation au dépistage du cancer colorectal attribuable à la lettre d'invitation, et la lettre d'invitation et la première relance entre 2008-2013 185

Carte n°21 : Typologie socio-économique des communes alto-séquanaises 187

Carte n°22 : Participation des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2008-2009 192

Carte n°23 : Participation des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2010-2011 195

Carte n°24 : Participation des hommes et des femmes au dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2012-2013 198

Carte n°25 : Taux d'accroissement de la participation féminine et masculine au dépistage du cancer colorectal entre 2008-2013 200

Carte n°26 : Répartition spatiale des profils de participation des Alto-séquanais et Alto-séquanaises 204

Carte n°27 : Typologie socio-économique des Iris boulonnais et gennevillois 208

Carte n°28 : Participation au dépistage organisé du cancer colorectal, échelle infra communale Boulogne-Billancourt 212

Carte n°29 : Participation des Boulonnais et Boulonnaises au dépistage organisé du cancer colorectal, 2010-2011 214

Carte n°30 : Participation des Boulonnais et Boulonnaises au dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle des Iris, 2012-2013 216

Carte n°31 : Typologie socio-économique des Iris boulonnais 217

Carte n°32 : Etude spatio-temporelle des taux de participation des Iris de Boulogne-Billancourt ... 222

Carte n°33 : Participation globale au dépistage du cancer colorectal par Iris 228

Carte n°34 : Participation des Gennevillois et Gennevilloises à l'échelle infracommunale, campagne 2010-2011 230

Carte n°35 : Ratios femme/homme de participation, 2010-2011 231

Carte n°36 : Participation des Gennevillois et Gennevilloises en 2012-2013 232

Carte n°37 : Spatialisation des ratios femme/homme de participation, 2012-2013 233

Carte n°38 : Typologie socio-économique des Iris gennevillois 234

Carte n°39 : Analyse de l'évolution des taux de participation entre les deux campagnes 239

Carte n°40 : Participation globale à Boulogne-Billancourt à l'échelle des Iris et d'un carroyage de 50 m*50m 246

Carte n°41 : Zoom sur l'Iris Pont de Sèvres HLM et le quartier des Squares en 2010-2011 247

Carte n°42 : Taux de participation des femmes et des hommes à Boulogne-Billancourt en 2010-2011 et en 2012-2013 à l'échelle des Iris et d'un carroyage de 50 m*50 m 248

Carte n°43 : Comparaison du classement des taux de participation des hommes et des femmes en 2010-2011 et 2012-2013 (carroyage de 50 m*50m) 249

Carte n°44 : Classement des zones en fonction de la distribution de la participation globale, des femmes et des hommes en 2010-2011 et en 2012-2013 (carroyage de 50 m*50m) 251

Carte n°45 : Participation des hommes des femmes à Gennevilliers en 2010-2011 à l'échelle des IRIS et d'un carroyage de 50 m*50m 254

Carte n°46 : Participation des hommes et des femmes à Gennevilliers en 2012-2013 à l'échelle des IRIS et d'un carroyage de 50 m*50 m 255

Carte n°47 : Comparaison du classement des taux de participation des hommes et des femmes de Gennevilliers (carroyage de 50 m*50m) 256

Carte n°48 : Évolution de la participation des hommes et des femmes entre les deux campagnes à Gennevilliers (quartile des carreaux de 50m*50m) 258

Carte n°49 : Agrégats de sur et sous-participation au dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt 260

Carte n°50 : Agrégats de sur et sous participation au dépistage du cancer colorectal à Gennevilliers . 261

Carte n°51 : Répartition spatiale de l'offre en médecine générale à Gennevilliers 273

Carte n°52 : Répartition spatiale de l'offre en médecine générale à Boulogne-Billancourt 275

Carte n°53 : Part des recours infra-communaux des participant-e-s de Boulogne-Billancourt et Gennevilliers (moyenne 2010 à 2013) 280

Carte n°54 : Part des recours infra-communaux des participant-e-s des quartiers ciblés (moyenne 2010 à 2013) 282

Carte n°55 : Trajectoires de recours au médecin généraliste des habitant-e-s des quartiers des Squares et du Pont-de-Sèvres dans la cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2010-2011 . 285

Carte n°56 : Trajectoires de recours au médecin généraliste des habitant-e-s des quartiers des Squares et du Pont-de-Sèvres dans la cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2012-2013 . 286

Carte n°57 : Trajectoires de recours au médecin généraliste des habitant-e-s des quartiers des Agnettes et du Luth dans la cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2010-2011 et 2012-2013 288

Cartes n°58 : Cartographies des recours féminins et masculins au médecin généraliste dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2010-2011 : Quartier Pont-de-Sèvres HLM 289

Cartes n°59 : Cartographies des recours féminins et masculins au médecin généraliste dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2010-2011 : Quartier Pont-de-Sèvres résidence 290

Cartes n°60 : Cartographies des recours féminins et masculins au médecin généraliste dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2010-2011 : Quartier des Squares 291

Cartes n°61 : Cartographies des recours féminins et masculins au médecin généraliste dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en 2010-2011 : Quartier des Agnettes et du Luth 292

Carte n°62 : Recours extra communaux des Boulonnais, Boulonnaises, Gennevillois et Gennevilloises 297

Cartes n°63 : Dépistage organisé du cancer colorectal, recours au médecin et fractures spatiales : l'exemple de la campagne 2010-2011 319

Carte n°64 : Les frontières symboliques nord-sud à Boulogne-Billancourt 322

Carte n°65 : Répartition spatiale des médecins généraliste gennevillois rencontrés selon leur profil .. 493

Carte n°66 : Répartition spatiale des médecins généralistes boulonnais rencontrés selon leur profil .. 496

Table des documents

Document n°1 : Visuel du test Hémoccult 64

Document n° 2 : Mode d'emploi du test Hémoccult de l'ADK92 65

Document n°3 : Facteur économique et promotion du dépistage organisé du cancer colorectal 298
Document n°4 : Plan de l'itinéraire du SUBB de Boulogne-Billancourt 325
Document n°5 : Extraits d'article du BBi de 2009 à 2014 354
Document n°6 : Extraits d'articles du GenMag de 2009 à 2014 355
Document n°7 : Conflit d'acteurs, conflits d'échelles, entre appropriation et communication 359
Document n°8 : Une famille de médecins boulonnais *versus* un médecin gennevillois charismatique 361
Document n°9 : Des ateliers santé qui se conjuguent au féminin 426

Table des graphiques

Graphique n° 1 : Classement des cancers par incidence, sexe et localisation en 2012 en France métropolitaine 50
Graphique n° 2 : Taux de mortalité des hommes selon leur statut dans le monde du travail, de 1968 à 1996 52
Graphique n° 3 : Taux standardisés de mortalité par cancer colorectal en 2007-2009, pour 100 000 habitants âgés de 50 à 79 ans (standardisation sur la population européenne) 58
Graphique n° 4 : Taux de participation par sexe et tranches d'âge au dépistage organisé du cancer colorectal en France en 2010-2011 et 2012-2013 69
Graphique n°5 : Répartition de la population par catégories socioprofessionnelles en 2014 95
Graphique n°6 : Évolution de la répartition des catégories socioprofessionnelles à Boulogne-Billancourt 108
Graphique n°7 : Répartition des catégories socioprofessionnelles dans la population active occupée 109
Graphique n°8 : Répartition des catégories socioprofessionnelles des actifs occupés à Gennevilliers . 116
Graphique n°9 : Évolution de la répartition des CSP entre 1999 et 2009 à Gennevilliers 118
Graphique n°10 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal d'après les données de l'InVs 174
Graphique n°11 : Taux de participation des hommes et des femmes, campagnes 2008-2009 à 2012-2013 178
Graphique n°12 : Évolution de la participation dans les Hauts-de-Seine, à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers 183
Graphique n°13 : Distributions des taux de participation par type de communes 188
Graphique n°14 : Distributions des taux de participation sexo-spécifiques par type de communes, 2008-2009 193
Graphique n°15 : Distributions des taux de participation sexo-spécifiques par type de communes, 2010-2011 196

Graphique n°16 : Distributions des taux de participation sexo-spécifiques par type de communes, 2012-2013 199

Graphique n°17 : Profils de participation en fonction des revenus médians par unité de consommation (UC) et des parts de population sans diplôme 206

Graphique n°18 : Distributions des taux de participation des Iris défavorisés gennevillois et boulonnais 209

Graphique n°19 : Taux de participation boulonnais sexo-spécifiques 210

Graphique n°20 : Distributions des taux de participation par type d'Iris boulonnais 218

Graphique n°21 : Analyse de la participation des hommes et des femmes au dépistage du cancer colorectal au regard des revenus médians par UC de leurs Iris de résidence 220

Graphique n°22 : Participation au dépistage des deux Iris du Pont-de-Sèvres 223

Graphique n°23 : Participation des hommes et des femmes dans le quartier du Pont-de-Sèvres 224

Graphique n°24 : Participation des hommes et des femmes dans le quartier des Squares 225

Graphique n°25 : Taux de participation gennevillois sexo-spécifiques 227

Graphique n°26 : Distributions des taux de participation par classe d'Iris gennevillois 235

Graphique n°27 : La participation au regard des revenus médians par UC à Gennevilliers 236

Graphique n°28 : Les taux de participation des hommes et des femmes au regard des revenus médians par UC à Gennevilliers, 2010-2011 et 2012-2013 237

Graphique n°29 : Proportion d'individus de chaque tranche d'âge ayant consulté un médecin généraliste dans leur commune (moyenne 2010 à 2013) 281

Graphique n°30 : Part de test réalisé chaque mois à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers 435

Graphique n°31 : Médecins hommes, médecins femmes : à chacun son profil ? 482

Graphique n°32 : Profils et année d'obtention de la thèse de médecin des professionnels rencontré . 483

Graphique n°33 : Profils et tarification des consultations en médecine générale 483

Graphique n°34 : Profils et types d'exercice des médecins généralistes 484

Graphique n°35 : Répartition spatiale des médecins généralistes rencontrés en fonction de leur profil 485

Graphique n°36 : Répartition spatiale des médecins généralistes hommes et femmes en fonction de leur profil 491

Graphique n°37 : Opinions des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage organisé du cancer colorectal 500

Graphique n°38 : Médecins généralistes et dépistage organisé du cancer du sein 504

Table des photographies

Photographie n°1 : Renault-Billancourt, emprise de l'usine sur la ville (plan et photographie aérienne) 107

Photographie n°2 : Des hauts-lieux du passé industriel de la commune 121
Photographie n°3 : Quartier du Pont-de-Sèvres, Boulogne-Billancourt 126
Photographie n°4 : Quartier des Squares, Boulogne-Billancourt 127
Photographie n°5 : Quartier du Luth, Gennevilliers 128
Photographie n°6 : Quartier des Agnettes, Gennevilliers 129
Photographie n°7 : Le Village et la Cité-jardin, des paysages urbains originaux 242
Photographie n°8 : Les Agnettes et le Luth comme image d'Épinal des quartiers de banlieue parisienne 243
Photographie n°9 : Situation et accessibilité du CMS du Village 274
Photographie n°10 : Du national au local, actions de promotion de la santé à Boulogne-Billancourt 384
Photographie n°11 : Plaques de rues et fresques murales : les derniers témoignages de Renault 399
Photographie n°12 : Des terrains vagues de Renault à l'éco-quartier Rive de Seine 402
Photographie n°13 : Les T'café de l'antenne du centre social aux Squares : espace de convivialité entre femmes 416

Table des schémas

Schéma n°1 : Synthèse des critères de sélection des communes 101
Schéma n°2 : Mode de calcul du taux de participation 139
Schéma n°3 : Choisir son médecin généraliste à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt : distances et proximités au cœur des pratiques spatiales féminines et masculines 334
Schéma n°4 : Les dimensions des contextes locaux de promotion de la santé 341
Schéma n°5 : Acteurs de la promotion du dépistage de la santé et du cancer colorectal à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt 370
Schéma n°6 : De la gêne à l'inaction, le cercle vicieux des tabous 378
Schéma n°7 : Gennevilliers, un système local d'action multipolaire et majoritairement mono-scalaire 394
Schéma n°8 : Boulogne-Billancourt, un système local d'action centralisé et multiscalaire 395
Schéma n°9 : Projet de « retournements » des entrées, vers un isolement des HLM du Pont-de-Sèvres ? 401
Schéma n°10 : Architecture de la typologie des médecins généralistes 472
Schéma n°11 : Synthèse de profils des médecins généralistes gennevillois et boulonnais 498

Table des tableaux

Tableau n° 1 : Comparaison internationale de l'incidence et de la mortalité par cancer colorectal pour les femmes et les hommes en 2008 - Taux standardisés monde 51

Tableau n° 2 : Taux standardisés de participation sexo-spécifique au dépistage du cancer colorectal en France 68

Tableau n°3 : Comparaison des taux d'incidence, de mortalité et de recours dépistage des hommes et des femmes en France 78

Tableau n°4 : Répartition des personnes enquêtées par commune 151

Tableau n°5 : Répartition des personnes enquêtées par quartier 151

Tableau n°6 : Répartition des personnes enquêtées par sexe, par commune et par tranche d'âges 152

Tableau n°7 : Répartition des personnes enquêtées par niveau d'étude et type de logement 153

Tableau n°8 : Répartition des médecins généralistes rencontrés par sexe et ville 155

Tableau n°9 : Répartition des médecins généralistes rencontrés par ville et type d'exercice 156

Tableau n°10 : Répartition des médecins par ville, secteur de tarification et période d'obtention de thèse 156

Tableau n°11 : Nombre d'actions de promotion du dépistage du cancer colorectal mené par l'ADK92 176

Tableau n°12 : Fidélisation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal dans les Hauts-de-Seine 177

Tableaux n°13 : Statistiques descriptives de la participation des hommes et des femmes à l'échelle communale, 2008-2009 191

Tableaux n°14 : Statistiques descriptives de la participation des hommes et des femmes à l'échelle communale, campagne 2010-2011 194

Tableaux n°15 : Statistiques descriptives de la participation des hommes et des femmes à l'échelle communale, campagne 2012-2013 197

Tableau n°16 : Proportion d'hommes et de femmes ayant consulté un médecin généraliste dans leur commune (moyenne 2010 à 2013) 281

Tableau n°17 : Part des recours infra-communaux sexo-spécifiques par quartiers (moyenne 2010 à 2013) 283

Tableau n°18 : Types de lieux de recours aux médecins généralistes des hommes et des femmes dans les quartiers ciblés (base campagne 2010-2011) 293

Tableau n°19 : Ancrage temporel des ménages à Gennevilliers en fonction de leur quartier de résidence 333

Tableau n°20 : Taille et type des articles « santé » du GenMag et du BBi de 2009 à 2014 353

Tableau n°21 : Synthèse de la comparaison des contextes locaux de promotion de la santé 367

Tableau n°22 : Place des femmes dans les instances locales de socialisation gennevilloises et boulonnaises 420

Tableau n°23 : Taux et ratios femmes/hommes de participation au dépistage dans les quartiers d'études ……..…… 427
Tableau n°24 : Part de la participation post-relance 2 par Iris et par sexe en 2010-2011 ..…… 451
Tableau n°25 : Densités de quatre spécialités médicales à Gennevilliers et Boulogne-Billancourt …. 460
Tableau n°26 : Méthodologie de construction de la typologie des médecins généralistes ……. 472
Tableau n°27 : Profils de médecins généralistes et dépistage organisé du cancer colorectal …...…… 503

Table des matières

Remerciements 3
Sommaire 7

Introduction générale **9**

Chapitre 1. Genre-Territoire(s)-Santé : des termes qui s'ignorent ? **19**
Introduction 21
1. Le genre : définition, histoire, pertinence de l'utilisation du concept en géographie de la santé 21
1.1. Le genre : définitions et enjeux d'un concept scientifique 21
1.2. Des Gender's Studies à l'appropriation du genre par la géographie française 23
1.2.1. Le genre et les sciences sociales 23
1.2.2. Espace : de quel genre êtes-vous ? 25
1.3. La santé, marqueur et facteur des inégalités de genre ? 28
1.3.1. La santé des hommes et des femmes 28
1.3.2. Représentations et pratiques masculines et féminines de santé 31
1.3.3. Disparités ou inégalités : de quoi parle-t-on ? 37
1.4. Genre, territoires et santé : des concepts qui s'ignorent ? 40
1.4.1. Contexte anglo-saxon 40
1.4.2. Contexte français 43
2. Genre, territoire et santé au regard du dépistage organisé du cancer colorectal : contexte et enjeux 46
2.1. Interroger les origines d'un sujet : Pourquoi la prévention, pourquoi le dépistage du cancer colorectal ? 46
2.2. Un programme organisé de dépistage du cancer colorectal : pourquoi ? 48
2.2.1. Le cancer colorectal : incidence et mortalité 48
2.2.2. Hommes et femmes face au cancer colorectal 49
2.2.3. Inégalités sociales et cancer colorectal 51
2.2.4. Géographie du cancer colorectal 54
2.3. Un dépistage organisé du cancer colorectal : comment ? 59
2.3.1. Modalités de mise en place d'un programme de dépistage 59
2.3.2. Organisation du programme de dépistage français 61
2.3.3. Présentation du test Hémoccult 63
2.4. Les facteurs du recours au dépistage du cancer colorectal : des indicateurs socio-économiques à la prise en compte du genre et des territoires 66
2.4.1. Un dépistage peu et inégalement mobilisateur 66
2.4.2. Facteurs socio-économiques et démographiques de participation 69
2.4.3. Du sexe au genre : un changement de paradigme encore balbutiant 72

2.4.4. Les espaces du dépistage du cancer colorectal 74
Conclusion 84

Chapitre 2. Construction d'un projet de recherche : questionnements, choix et méthodologie 87
Introduction 89
1. Des espaces devenus terrains 89
1.1. Les modalités d'une approche comparative 90
1.1.1. Pourquoi comparer ? 90
1.1.2. Les éléments de la comparaison 90
1.1.3. Les échelles de la comparaison spatiale 91
1.2. Échelle départementale : les Hauts-de-Seine 93
1.2.1. Les Hauts-de-Seine, un espace favorisé 93
1.2.2. Un espace aux profils socio-économiques contrastés 95
1.2.3. L'offre de soins comme marqueur de l'hétérogénéité du territoire alto-séquanais .. 97
1.3. Choix des terrains : les communes 99
1.3.1. Modalités et critères de choix des villes retenues 99
1.3.2. Boulogne-Billancourt : une ville, deux villes 102
1.3.3. Gennevilliers : une ville toujours rouge ? 112
1.4. Choix des terrains : les quartiers 125
1.4.1. Boulogne-Billancourt : Pont-de-Sèvres et Squares 125
1.4.2. Gennevilliers : Luth et Agnettes 127
1.5. L'inclusion des Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) : pourquoi et comment ? 131
2. Outils méthodologiques 132
2.1. Quantitatif versus qualitatif un faux débat 132
2.1.1. Méthodes et objectivité comme facteurs d'opposition 132
2.1.2. Données quantitatives et approche de genre, un antagonisme ? 134
2.2. L'approche par le nombre : recours au dépistage du cancer colorectal 136
2.2.1. Participation au dépistage du cancer colorectal : présentation des données 136
2.2.2. Participation au dépistage du cancer colorectal : calculs et présentations des résultats 138
2.2.3. Modalités d'analyse de la répartition spatiale de l'offre de soins 142
2.2.4. Analyse des contextes socio-économiques et démographiques 142
2.3. L'approche par le verbe : représentations et pratiques des acteurs 143
2.3.1. Acteurs et jeux d'acteurs : outils et objets de recherche 144
2.3.2. Les entretiens « population » 147
2.3.3. Les entretiens « médecins généralistes » 154
2.3.4. Les entretiens « professionnels » et « décideurs » 157
2.3.5. Les autres modes de collecte de données qualitatives 157

2.3.6. Les foyers de travailleurs migrants : entre cohérence générale et spécificités méthodologiques 158
3. Méthodologie et positionnement : une analyse critique 159
3.1. Les enjeux de la présentation du sujet et de l'introduction de l'entretien 160
3.2. Retour réflexif sur les entretiens population : entre « distance sociale » et « savoir situé » 163
3.3. De l'impact de la recherche sur son objet 166
Conclusion 169

Chapitre 3. Les espaces des uns et des unes au regard des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal 171
Introduction 173
1. Participation au dépistage organisé du cancer colorectal à l'échelle communale 174
1.1. Données de cadrage sur la participation à l'échelle départementale 174
1.2. Disparités spatiales de participation : taux de participation globale 179
1.2.1. Spatialisation de la participation alto-séquanaise 179
1.2.2. Approche spatio-temporelle de la participation à l'échelle communale 181
1.2.3. Facteurs socio-économiques et sanitaires de la répartition spatiale de la participation 186
1.3. Approche sexo-spécifique de la participation à l'échelle communale 190
1.3.1. Campagne 2008-2009 190
1.3.2. Campagne 2010-2011 193
1.3.3. Campagne 2012-2013 197
1.3.4. Analyse spatio-temporelle de la participation des hommes et des femmes 199
1.4. Profils de participation : un département ségrégé ? 202
1.4.1. Profils de participation féminine et masculine : géographie(s) alto-séquanaise(s) . 202
1.4.2. Des profils de participation socio-économiquement marqués ? 205
2. La participation au dépistage du cancer colorectal, révélatrice de dynamiques infra-communales ? 207
2.1. Participation au dépistage du cancer colorectal dans les quartiers populaires à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers 207
2.2. Participation et ségrégation spatiale à Boulogne-Billancourt 210
2.2.1. Participation des Boulonnais et des Boulonnaises : données de cadrage 210
2.2.2. Spatialisation des taux de participation boulonnais 211
2.2.3. Des facteurs socio-économiques du recours au dépistage du cancer colorectal ? ... 217
2.2.4. Évolution de la participation dans les Iris boulonnais 221
2.2.5. Le Pont-de-Sèvres et les Squares, échelle micro-locale et dépistage 223
2.3. Participation et ségrégation spatiale à Gennevilliers 226
2.3.1. Participation des Gennevillois et des Gennevilloises : données de cadrage 226
2.3.2. Gennevilliers, une ville aux multiples espaces sanitaires ancrés dans le temps long 227
2.3.3. Des logiques socio-économiques ? 233

2.3.4. Évolution de la participation dans les Iris gennevillois 238
2.4. Participation au dépistage et organisation territoriale boulonnaise et gennevilloise 240
3. De l'intérêt de l'approche microlocalisée de la participation au dépistage du cancer colorectal 244
3.1. Participation et carroyage à Boulogne-Billancourt 245
3.1.1. Répartition spatiale des taux de participation 245
3.1.2. Analyse de l'évolution de la participation entre les deux campagnes 250
3.2. Participation et carroyage à Gennevilliers 253
3.2.1. Répartition spatiale des taux de participation 253
3.2.1. Analyse de l'évolution de la participation entre les deux campagnes 257
3.3. Agrégats de sur et sous-participation à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers 258
Conclusion 263

Chapitre 4. Choisir son médecin généraliste : identités des territoires, territorialités féminines et masculines 267
Introduction 269
1. Distance géo(graphique)-métrique : un critère majeur et commun 271
1.1. L'offre de soins en médecine générale à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers 272
1.1.1. Densité et répartition spatiale de l'offre de soins 272
1.1.2. Une offre de soins jugée suffisante par les habitants et habitantes 276
1.2. Une préférence pour la « proximité » ? 278
1.3. Distance, recours au médecin généraliste et dépistage du cancer colorectal : approche multiscalaire de la proximité 280
1.3.1. Distance et échelle communale 280
1.3.2. Distance et échelle infra-communale 284
1.3.3. Distance et franchissement des « frontières » communales 294
2. Distance économique : reflet de l'hétérogénéité de l'offre de soins 298
2.1. Médecine libérale et prix des consultations 299
2.1.1. Le point de vue des patients 299
2.1.2. Le point de vue des médecins 301
2.2. Le centre de santé, une alternative ? 302
2.3. Des stratégies individuelles révélatrices de tabous et barrières financières 304
3. Proximité sexuée : sexe et genre dans les choix des individus 306
3.1. Femme ou homme médecin généraliste, un faux dilemme ? 306
3.2. Genre et médecine générale : des femmes au cœur des processus 309
4. Proximité idéologique comme révélateur des dynamiques locales de santé 311
4.1. Le centre de santé comme symbole d'une médecine sociale 312
4.2. Les médecins libéraux « militants » de Gennevilliers 313
5. Proximité symbolique : territoires et ancrage local 318
5.1. Des trajectoires révélatrices des dynamiques socio-spatiales boulonnaises 318

5.1.1. Boulogne-Billancourt : une ville, deux villes 318
5.1.2. Médecine générale, attachement et prestige local 325
5.2. Recours à la médecine générale comme marqueur d'ancrage territorial à Gennevilliers 328
5.2.1. Médecine générale et réputation spatiale 328
5.2.2. Le CMS, un symbole local et municipal 330
Conclusion 334

Chapitre 5. Territoires, genre, contextes et systèmes locaux d'action : approche multiscalaire de la promotion du dépistage du cancer colorectal 337
Introduction 339
1. Les dimensions des contextes locaux de la promotion de la santé 340
1.1. Histoires locales de l'engagement municipal en santé 341
1.1.1. Boulogne-Billancourt 342
1.1.2. Gennevilliers 343
1.2. Politiques et dispositifs de promotion de la santé à l'échelle locale 345
1.2.1. Boulogne-Billancourt : la prévention au cœur d'un service restreint 345
1.2.2. Gennevilliers : une politique volontariste axée sur les volets curatifs et préventifs 347
1.3. La santé à l'échelle communale au regard des discours politiques 348
1.3.1. Légitimation de l'action locale en santé, définition du fait sanitaire et rôle des élus 349
1.3.2. Presse municipale, discours politique et santé 352
1.3.3. Les discours « populaires », ou l'engagement de la municipalité d'après ses administrés 356
1.3.4. Des acteurs locaux de la santé aux « personnalités » connues et reconnues 360
1.4. Promotion de la santé : quand le genre s'en mêle 362
1.4.1. Boulogne-Billancourt : aux prémices d'un questionnement 362
1.4.2. Genre et politiques locales gennevilloises : un contexte sanitaire spécifique ? 364
2. Un dépistage du cancer colorectal « délicat » et invisible. De la difficulté des acteurs de terrain à (se) mobiliser 368
2.1. Présentation des acteurs impliqués 368
2.2. Un programme difficilement approprié 372
2.2.1. Le dépistage du cancer colorectal : un fait de santé « délicat » 372
2.2.2. « Délicat » pour les professionnels, car « délicat » pour les publics 375
2.2.3. Dépistage du cancer colorectal, faible participation et disparités socio-spatiales : entre méconnaissance et sentiment d'impuissance 379
2.3. Un programme différemment approprié 381
2.3.1. Boulogne-Billancourt : déclinaison locale d'une campagne nationale 381
2.3.2. Gennevilliers : de la critique au rejet ? 384

2.3.3. La promotion de la santé et du dépistage du cancer colorectal dans les foyers de travailleurs migrants à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers 390
3. Genre et promotion du dépistage à l'échelle micro-locale 397
3.1. Organisation et fréquentation des instances locales de socialisation : témoins de dynamiques territoriales micro-locales 398
3.1.1. Le Luth et le Pont-de-Sèvres : des quartiers mixtes et dynamiques, aux nombreuses instances de socialisation 398
3.1.2. Les Agnettes et les Squares : replis ou incompréhensions mutuelles 406
3.1.3. Femmes, (hommes) et instances locales de socialisation 412
3.2. Les femmes au cœur des discours et des pratiques locales de promotion de la santé 422
3.2.1. Genre et santé à l'échelle locale 422
3.2.2. Le dépistage du cancer du sein « c'est plus sexy » 429
3.2.3. Rapports sociaux et relations interpersonnelles dans la gestion de la santé du foyer. Entre responsabilité sociale et responsabilité de genre 436
Conclusion 440

Chapitre 6. Constructions socio-territoriales de l'offre : dynamiques territoriales, genre et médecine générale 443
Introduction 443
1. Savoir-pouvoir dans les relations médecin-patient 446
1.1. Importance de la parole de son médecin : fidélité et confiance dans le colloque singulier 446
1.1.1. La fidélité en son médecin généraliste : valorisation et méfiance d'une relation à long terme 447
1.1.2. Opinion des médecins, opinions des patients : le pouvoir d'un professionnel en question 449
1.2. Vers une construction locale de la relation médecin-patient et ses implications 455
1.2.1. Des relations médecin-patient originales 455
1.2.2. Médecins généralistes, autonomie et pouvoir d'agir des patients 461
2. Construction socio-territoriale des profils professionnels. La médecine générale actrice des dynamiques locales de santé 470
2.1. Typologie des médecins généralistes : pourquoi et comment ? 470
2.1.1. De la nécessité de complexifier/d'affiner l'analyse des discours professionnels 470
2.1.2. Le choix d'installation 471
2.1.3. Satisfaction 472
2.1.4. Implication locale 473
2.2. Une typologie des médecins généralistes en quatre profils 474
2.2.1. Les ancré-e-s 475
2.2.2. Les engagé-e-s 478
2.2.3. Les situé-e-s 481
2.2.4. Les isolé-e-s 482

2.3. Profils, professions, contextes : trois dimensions d'une même équation ? 483
2.3.1. Des profils et des médecins aux caractéristiques et positionnements spécifiques .. 483
2.3.2. Répartition spatiale des profils : les territoires de la médecine générale 486
3. De la catégorisation à la différenciation des pratiques 501
3.1. Difficultés et capacité de persuasion des médecins généralistes, des éléments à géométrie variable 502
3.1.1. Des médecins, des opinions : de l'approche individuelle à la territorialisation de l'analyse 502
3.1.2. « Le cancer colorectal c'est délicat » : un constat généralisé 507
3.2. Essentialisation des comportements de santé : sexe, genre et « culture » 511
3.2.1. Bi-catégorisation, santé préventive et dépistage du cancer colorectal 511
3.2.2. Une lecture intersectionnelle des discours professionnels 514
3.3. Des pratiques propres à certains contextes 519
3.3.1. Une majorité non proactive 519
2.3.2. Une minorité active 520
Conclusion 528

Conclusion générale 531

Bibliographie 547
Annexes 569
Listes des acronymes et sigles 581
Tables des figures 583
Table des matières 591

Entre effets de genre et effets de lieux. Géographies du dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers (92)

Dans quelle mesure le concept de genre constitue-t-il une clé de lecture pertinente aux rapports entre dynamiques territoriales et dynamiques sanitaires ? Cette thèse propose de répondre à cette interrogation en analysant la participation au dépistage organisé du cancer colorectal et sa promotion dans les Hauts-de-Seine (92). Les villes de Boulogne-Billancourt et de Gennevilliers, ainsi que deux quartiers populaires de chacune d'elles sont comparés à partir de données quantitatives (taux de participation au dépistage) et qualitatives (observations, entretiens semi-directifs). Il apparaît que les disparités spatiales (inter ou infra-communale) et sexuées de participation au dépistage du cancer colorectal se déclinent différemment selon les territoires étudiés et ne reflètent pas l'inégale répartition spatiale des classes sociales. L'analyse des trajectoires de recours au médecin généraliste, acteur clé du programme, révèle des représentations et pratiques territoriales spécifiques aux contextes gennevillois et boulonnais, mais aussi aux hommes et aux femmes de ces espaces. L'étude de la promotion de ce dépistage permet de mieux comprendre les modes d'organisations et de développement des communes et quartiers ciblés (types et réseaux d'acteurs politiques, professionnels ou associatifs). Elle révèle également la nécessité de prendre en compte le genre dans l'analyse des déclinaisons locales d'une politique nationale de santé publique. Enfin, les représentations et les pratiques des médecins généralistes s'ancrent dans des parcours professionnels, des normes sociales dominantes et des dynamiques territoriales originales.

Mots-clés : territoires urbains, géographie de la santé, genre, dépistage du cancer colorectal, politiques publiques, promotion de la santé, médecins généralistes, inégalités socio-territoriales de santé.

Between gender and space impacts. Geographies of colorectal cancer screening in Boulogne-Billancourt and Gennevilliers

To which extent does the concept of gender can be a strategic concept to understand links between health and territorial dynamics? The following study aims to investigate this topic by analyzing the attendance at colorectal cancer screening sessions and its promotion in the Hauts-de-Seine (Paris region). We draw a comparison between the towns of Boulogne-Billancourt and Gennevilliers, and two of their popular districts, based on quantitative (attendance rates to screening sessions) and qualitative data (observations, semi-directive interviews). Among the findings, it appears that spatial and gendered disparities regarding colorectal cancer screening vary depending on the places studied and do not reflect the unequal distribution of social classes. The analysis of health-seeking behaviors to a general practitioner – a key actor of this screening program – highlights spatial representations and practices which are specific to the contexts in Boulogne-Billancourt and in Gennevilliers, as well as to women and men. The study of the promotion of colorectal cancer screening also enables us to better understand the ways these towns and districts are developed and organized (type and network of political, professional and associative stakeholders). In addition, the study stresses on the necessity to take gender into account when it comes to the analysis of local implementations of a national public health policy. Lastly, professional backgrounds, dominant social norms and spatial dynamics are an integral part of general practitioner's representations and practices.

Keys words: urban spaces, health geography, gender, colorectal cancer screening, local policies, health promotion, general practitioners, social and spatial health inequalities.