

Table des matières

Présentation.....	2
1. Introduction.....	3
1.1. Le contexte de l'action socio-sanitaire et de la recherche.....	3
1.2. Logique de l'action communautaire / de réseau	4
1.3. Promotion de la santé et du bien-être des populations.....	5
APPROCHE PAR THEMATIQUES SOCIO-SANITAIRES	7
2. Les thématiques socio-sanitaires.....	7
2.1. Les statistiques du Service social de la Ville de Genève	7
2.2. Des besoins aux problématiques socio-sanitaires	10
2.3. Santé physique et santé mentale, isolement	12
2.4. Pauvreté - marginalité - exclusion – précarisation	13
2.5. Qualité de vie - condition de logement – ambiance de quartier - voisinage	15
2.6. Sentiment d'insécurité - perception des incivilités – délinquance - violence.....	17
2.7. Relations intergénérationnelles	18
2.8. Relations interculturelles	19
APPROCHE TERRITORIALE.....	21
3. Introduction.....	21
4. Le secteur socio-sanitaire « Eaux-Vives ».....	23
4.1. Un CASS : 14 sous-secteurs statistiques (GIREC)	23
4.2. Un CASS : 6 quartiers	24
APPROCHE PAR LE RESEAU	39
5. Introduction.....	39
6. Le réseau socio-sanitaire aux Eaux-Vives.....	41
6.1. Le réseau « Eaux-Vives »	41
7. Rapport à l'administration et engagement des habitants	44
7.1. Rapport à l'administration	44
7.2. Engagement des habitants du quartier	44
PRESENTATION DES ANNEXES	45

Présentation

Ce document a été constitué à la demande Service social de la Ville de Genève afin de regrouper en un seul fascicule l'ensemble des informations relatives au quartier des Eaux-Vives. Il s'agit donc, ici, d'une compilation des résultats issus de cinq rapports commandés par la direction du Service social¹.

En outre, la nature « sectorialisée » du document doit permettre aux agents communautaires, nouvellement engagés par la Ville de Genève, de disposer d'un matériau de travail en parfaite adéquation avec le terrain professionnel sur lequel ils devront œuvrer.

Le présent rapport se présente de la manière suivante.

Dans l'introduction, on rappelle brièvement le contexte de la recherche. Puis, c'est la logique de l'action communautaire / de réseau qui est présentée ; enfin, nous insistons sur l'importance, pour l'action communautaire urbaine, d'inscrire sa pratique dans la promotion de la santé et de la qualité de la vie de la population dans les quartiers.

Puis nous abordons, la matière sous trois angles : l'approche par les thématiques socio-sanitaires (les besoins) qui débute par une présentation résumées des statistiques du SSVG ; l'approche territoriale, où les données statistiques sont confrontées aux observations empiriques ; et l'approche par le réseau d'acteurs.

Finalement, les annexes développent, de manière localisée, les « Lieux, institutions, associations, réseaux » et les « Institutions sociales et de santé » du quartier des Eaux-Vives et, de manière complète, « Les thématiques socio-sanitaires et le réseau » tels qu'ils nous ont été décrits par les personnes que nous avons rencontrées lors de notre travail de recherche.

¹ Rossiaud, Jean, de Franchi Ahidoba (2001), *Analyse des fiches statistiques des clients du Service social de la Ville de Genève, pendant le premier semestre de l'année 2000*, Genève, Université de Genève, LaboDemo / CUEH

Rossiaud, Jean, de Franchi Ahidoba (2002), *Relevé statistique des bénéficiaires de soins des immeubles avec infirmeries (IAI) du Service social de la Ville de Genève, entre le 1er avril et le 30 septembre 2001*, Genève, Université de Genève, LaboDemo / CUEH.

Lambert, Cédric (2002), *Profils socio-démographiques des quartiers pour la Ville de Genève : analyses factorielles et esquisses cartographiques. Saint-Jean / Charmilles et Eaux-Vives*, Genève, CUEH.

Rossiaud, Jean et al. (2002), *Problématiques socio-sanitaires et ressources des réseaux institutionnels et associatifs Analyse sociopolitique et ethnographique des secteurs socio-sanitaires des Eaux-Vives et de Saint-Jean / Charmilles*, Genève, Université de Genève, LaboDemo.

Rossiaud, Jean et al. (2002), *Outils pour l'action socio-sanitaire communautaire à Saint-Jean / Charmilles et aux Eaux-Vives Problématiques socio-sanitaires Profils socio-démographiques Réseaux d'acteurs Recommandations*, Genève, Université de Genève, LaboDemo.

1. Introduction

1.1. Le contexte de l'action socio-sanitaire et de la recherche

La nouvelle loi genevoise sur les *Centres d'action sociale et de santé* (CASS), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002 et la réorganisation du Service social de la Ville de Genève qu'elle implique, constituent le cadre général de ce travail.

Par cette réorganisation, l'action socio-sanitaire de la Ville de Genève entend répondre aux « nouveaux besoins » de la population, en se consacrant aux difficultés concrètes que connaissent les habitants de la Ville, une fois épuisé l'ensemble des droits sociaux et sanitaires garantis aux résidents par la Confédération et par le Canton. Dans l'esprit de la réorganisation, l'action sociale communautaire / de réseau doit répondre à des « besoins actuellement non couverts ». Encore s'agit-il de déterminer quels besoins et avec quels acteurs, intégrés dans quels réseaux.

Deux CASS-pilotes ont été choisis pour mettre en place cette nouvelle politique. Et l'Université de Genève (LaboDemo / CUEH) a été mandatée pour effectuer une étude-pilote, la première de ce type à Genève à notre connaissance. Le *mandat général* reçu du Service social de la Ville de Genève contient des objectifs précis. Pour mettre en place cette nouvelle politique, de nouvelles équipes vont devoir être constituées et formées ; leur travail doit pouvoir s'appuyer sur trois types de données :

- une analyse des statistiques récentes des personnes prises en charge par le service lui-même, dans les CASS, c'est-à-dire principalement les assistants sociaux et les infirmières, notamment dans les secteurs CASS - pilotes (« Saint-Jean / Charmilles » et « Eaux-Vives »). Ce travail sur l'ensemble de la Ville a fait l'objet de deux mandats précédents² ;
- une mise en perspective des statistiques socio-démographiques cantonales, permettant, par des analyses factorielles, de dessiner des profils statistiques des deux quartiers – pilotes. Ce travail a été commandé au CUEH, sous la responsabilité de M. Cédric Lambert³ ;
- une description ethnographique des quartiers, une réflexion sur les besoins sociaux et une analyse socio-politique des ressources disponibles pour y répondre.

² Rossiaud, Jean, de Franchi Ahidoba (2001), *Analyse des fiches statistiques des clients du Service social de la Ville de Genève, pendant le premier semestre de l'année 2000*, Genève, Université de Genève, LaboDemo / CUEH et Rossiaud, Jean, de Franchi Ahidoba (2002), *Relevé statistique des bénéficiaires de soins des immeubles avec infirmeries (IAI) du Service social de la Ville de Genève, entre le 1^{er} avril et le 30 septembre 2001*, Genève, Université de Genève, LaboDemo / CUEH.

³ Lambert, Cédric, (2002) *Profils socio-démographiques des quartiers pour la Ville de Genève : analyses factorielles et esquisses cartographiques. Saint-Jean / Charmilles et Eaux-Vives*, Genève, CUEH.

Il s'agit ici, d'effectuer une première synthèse, et d'intégrer une triple analyse, afin d'offrir aux nouvelles équipes d'agents communautaires (ou « conseillers en action communautaire ») un instrument contenant :

- des données statistiques et des données qualitatives ;
- une analyse du territoire, des problématiques interrelationnelles qui s'y rencontrent et des acteurs en réseau ;
- une réflexion critique sur l'action sociale en ce début de XXI^{ème} siècle, à Genève.

1.2. Logique de l'action communautaire / de réseau

Pour effectuer le diagnostic qualitatif des quartiers, nous sommes partis d'une liste de besoins fondée sur la perception au quotidien des travailleurs sociaux de la Ville, au contact de leurs clients (action sociale individuelle), ainsi que de la réflexion des cadres du Service quant aux besoins émergents, dès les années 1980, des mutations socio-économiques et de l'accélération de l'urbanisation. Classiquement, les besoins socio-sanitaires étaient décrits en fonction de « populations-cibles » (*Working poors*, familles monoparentales, jeunes en rupture, personnes âgées, clandestins, etc.), et le Service social se donnait pour mission de « répondre aux besoins », afin de limiter les effets les plus négatifs des inégalités sociales. Dans le cadre de la nouvelle loi sur les CASS, cette partie - importante - de l'action sociale, noyau de l'action sociale *individuelle*, est désormais dévolue en priorité au Canton. La Ville, quant à elle, s'oriente prioritairement vers le travail *communautaire* et la notion de besoin mérite ainsi d'être réexaminée.

En effet, dans l'action communautaire sociale et sanitaire, la question principale n'est pas tant de « répondre à des besoins » que de stimuler le développement local, c'est-à-dire de contribuer à la *promotion* du bien-être social et de la convivialité, de la qualité de la vie et de la santé. Ce changement de perspective induit :

- (1) Une approche holistique des problématiques. La définition de la santé de l'OMS (*cf. infra*), ou celle du développement durable se recoupent en grande partie. Dans le cadre du développement local communautaire, la séparation entre le « social » et le « sanitaire », entre le « bien-vivre ensemble » (la qualité de vie) et la santé individuelle et / collective n'est plus pertinente. L'environnement social et urbain participent des déterminants de la santé et de la qualité de la vie.
- (2) L'action socio-sanitaire ne vise plus directement à répondre à des besoins non couverts de populations spécifiques en apportant une assistance *en faveur* d'individus ou de groupes. Elle a pour objectif de stimuler la prise en considération (individuelle et collective) des problématiques socio-sanitaires (conscientisation sociale et politique ; éducation à la santé), la mobilisation de groupes portant des revendications dans le domaine socio-sanitaire (en termes de moyens financiers ou d'intervention étatique) et leur intégration, en tant qu'*acteurs de la politique socio-sanitaire* locale (et non plus en tant que clients d'un service), dans un réseau.
- (3) L'action communautaire doit s'approprier une démarche territoriale de proximité, au plus proche des résidents, dans les rues, sur les places, etc. L'action communautaire

doit se fonder sur le repérage des *lieux de marginalisation* sociales. Elle doit de plus se développer dans les lieux où s'ancrent les communautés de vie (dans les écoles, les administrations, les entreprises, etc.) en utilisant ces lieux comme des « centres » de promotions de la qualité de la vie de la santé. L'action communautaire doit reposer sur une cartographie mentale précise du terrain sur lequel elle opère, c'est-à-dire du secteur socio-sanitaire (CASS), de ses quartiers, sous-quartiers, rues, blocs d'immeubles, etc. et de leur composition socio-démographiques.

- (4) Les problématiques socio-sanitaires sont abordées sous l'angle des *relations sociales* (interpersonnelles et inter-groupes). Dans le cadre du développement local, la promotion de la santé et de la qualité de la vie doit reposer sur un réseau social dense et structuré. L'action communautaire doit jouer un rôle important pour stimuler la rencontre entre voisins, entre les générations, entre les cultures, entre les administrés et l'administration. Il s'agit, tout d'abord, d'offrir des conditions favorables à la « connaissance », donc à la « reconnaissance » (estime de soi / respect de l'autre), des autres résidents du quartier, en stimulant des frictions interindividuelles qui, pour le meilleur ou pour le pire, induisent de la *chaleur sociale* ; il s'agit ensuite de favoriser la mise à jour – et à plat – de conflits portant sur des valeurs ou des intérêts divergents quant à la vie commune dans le quartier et de favoriser ainsi l'émergence d'acteurs locaux qui portent leurs revendications dans l'espace public; enfin, il s'agit d'offrir un cadre permanent et souple de résolution de conflits locaux. En effet, les acteurs sociaux constitués sont les meilleurs vecteurs de l'action sociale et sanitaire, ils peuvent jouer, en réseau, un rôle non négligeable en tant qu'agents de la promotion de la santé et de la qualité de la vie.

1.3. Promotion de la santé et du bien-être des populations

Selon la définition de l'OMS de 1948, la *santé* est « un état de bien-être complet : physique, intellectuel et social ». Sous la double influence de la sociologie et de la recherche en santé publique, la santé est de plus en plus considérée comme un état d'équilibre atteint par un individu ou un groupe à un moment précis de son développement et toujours susceptible d'être altéré positivement ou négativement. Il est aujourd'hui généralement accepté que l'environnement, les conditions de vie, le statut socio-culturel, le revenu, le genre, etc. constituent des déterminants de la santé à part entière, à côté des déterminants génétiques ou biologiques. « Depuis les années 80 où l'OMS (Charte d'Ottawa) a placé la promotion de la santé au centre des préoccupations internationales, l'idée d'une médecine globale et interdisciplinaire s'est vite répandue – une médecine qui reconnaît que la pauvreté est le plus grand facteur de risque de maladie. [...] En Suisse, pour l'année 1998, 38 milliards de francs ont été dépensés dans le domaine de la santé ; ces dépenses se répartissent de la manière suivante (hospitalisation 49%, soins ambulatoires 34%, médicaments 11%, administration 5%, prévention et promotion de la santé 2% »⁴.

Par ailleurs, la Commission mondiale environnement et développement (Commission Brundtland), définissait, dans son rapport de 1987, le *développement durable* de la manière suivante : « Un développement est durable (*sustainable*) s'il garantit que les *besoins* de la génération actuelle de tous les pays et groupes de populations sont satisfaits sans porter

⁴ Promotion Santé Suisse : http://promotionsante.ch/fr/ges/con_ges.asp, update 29.7.2002

préjudice aux facultés des générations futures de satisfaire leurs propres besoins ». Par ailleurs la mise en œuvre du développement durable local (l'Agenda 21 local) insiste sur la stimulation de la *participation* citoyenne.

Dans le cadre dessiné ces dix ou quinze dernière années, la mission principale de l'action communautaire, sociale et sanitaire, devrait donc être de *promouvoir* le bien être social et la santé au sens large, tout en s'appuyant sur les réseaux sociaux existants ou en stimulant leur l'émergence.

La *promotion* devient le concept-clé. Il est important à ce stade de différencier prévention et promotion : « La *prévention* a pour but d'éviter les maladies. La prévention est axée sur la pathogénèse, elle se préoccupe des facteurs de risques. En revanche, la promotion de la santé commence dès les conditions de vie nécessaires à la santé. Elle a pour principe la salutogénèse : elle encourage le développement des ressources salutogènes et essaient d'identifier les facteurs qui menacent une vie saine. [...] La promotion de la santé englobe un faisceau de mesures qui ont toutes les mêmes objectifs « accroître le bien-être et la qualité de la vie »⁵. [...] La **promotion de la santé** inclut : le développement d'une politique publique de promotion de la santé ; la création de lieux de vie sains ; le soutien d'actions communes pour la santé ; le développement des compétences personnelles ; la réorientation des services de santé »⁶ ; quant à la **qualité de la vie**, elle se définit « comme la perception de sa propre situation dans l'existence ». Ce concept englobe la santé physique et psychique, le degré d'autonomie, les relations sociales, les options personnelles et les rapports avec l'environnement. Santé et qualité de vie se recourent et se complètent »⁷. C'est le parti pris, d'ailleurs, par la politique sanitaire cantonale et, notamment, la Planification sanitaire qualitative, avec laquelle les actions communautaires de la Ville de Genève doivent pouvoir se coordonner.

⁵ Promotion Santé Suisse : http://promotionsante.ch/fr/ges/con_ges_hau.asp, update 29.7.2002

⁶ Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1986. Ottawa, Charte pour la promotion de la Santé, cité par Promotion Santé Suisse : http://promotionsante.ch/fr/ges/con_ges_glo.asp, update 29.7.02.

⁷ Nutbeam D. 1998. Glossaire Promotion de la santé. Gamburg, Editions Promotion de la santé, cité par Promotion Santé Suisse : http://promotionsante.ch/fr/ges/con_ges_glo.asp, update 29.7.02.

APPROCHE PAR THEMATIQUES SOCIO-SANITAIRES

2. Les thématiques socio-sanitaires

2.1. Les statistiques du Service social de la Ville de Genève

Le présent rapport a également pour objectif de prendre en considération l'analyse des statistiques effectuées par le SSVG sur ses propres clients.

Dans un premier travail, nous avons présenté l'analyse des fiches remplies par les *assistants sociaux du SSVG, sur une période s'étendant du 1^{er} janvier au 30 juin 2000*. Le nombre de fiches comptabilisées durant cette période s'élève à 1873. Le but de l'exercice était de mieux connaître les clients du SSVG, ainsi que de mieux savoir quel type de profil personnel bénéficie de quel type d'aide. Une analyse par CASS permettait d'identifier d'éventuelles différences et les particularités de certains CASS.

Dans un second travail, nous avons présenté une description *statistique des bénéficiaires de soins des Immeubles avec infirmerie du SSVG, pendant la période allant du 1^{er} avril au 30 septembre 2001*. L'objectif était d'obtenir une image de ces personnes et de leurs relations avec les infirmières du Service. Chaque personne ayant obtenu une aide des infirmières de ces immeubles pendant la période étudiée a été considérée comme un "bénéficiaire de soins" et a fait l'objet d'une fiche statistique remplie par les infirmières du Service. Le nombre de bénéficiaires de soins correspondant à cette période s'est élevé à 275. Rappelons que Genève compte trois immeubles de ce type: un aux Minoteries, un à la rue Sainte-Clotilde et, pour ce qui nous intéresse plus précisément ici, un au quai du Seujet. Toutefois, comme aucune analyse circonstanciée n'a été effectuée sur ces données, il nous a été très difficile d'en tenir compte dans ce présent rapport. En effet, pour être interprétées, les statistiques du Service devraient être mises en perspective avec les données et analyses fournies par d'autres institutions, en particulier, l'Hospice général, la FSASD, la DGAS, les EMS, ainsi que le réseau socio-gérontologique genevois. Ce travail dépasse le cadre du présent mandat.

De ces différents travaux, nous pouvons toutefois tirer quelques enseignements, notamment pour ce qui concerne les secteurs « Saint-Jean / Charmilles » et « Eaux-Vives ». Comme nous ne disposons pas des données, ni à l'adresse, ni au GIREC, il est impossible en l'état d'effectuer des analyses par sous-secteur statistique (GIREC), démarche qui s'avère pertinente. Nous donnons donc quelques indications par CASS.

Sans que nous ayons pu en préjuger, **Saint-Jean / Charmilles** et les **Eaux-Vives** sont très proches et se distinguent, par rapport aux autres CASS, sur un certain nombre de variables.

A. CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

Age

Par exemple, ces deux secteurs ont les populations de clients comparativement les plus jeunes, avec environ 60 à 70% de leurs clients ayant moins de 60 ans. Dans la population étudiée, les personnes de moins de 20 ans et celles de 80 ans et plus sont très rares.

Sexe

On a constaté que 65% des clients du SSVG de la période étudiée sont des femmes.

Nationalité

La population du SSVG de la période étudiée se répartit de manière égale entre Suisses et étrangers. Les **Eaux-Vives** comptent la plus grande proportion d'étrangers ainsi que **Saint-Jean / Charmilles**, alors que Champel compte le plus de Suisses. On a constaté également que les plus âgés (80 ans et plus) sont davantage des Suisses que des étrangers, au contraire de la tranche d'âge des 20-59 ans qui est majoritairement étrangère.

Situation professionnelle

La plus grande partie des clients du SSVG de la période étudiée est retraitée. Puis, par ordre décroissant, on observe les personnes actives, les personnes à l'AI et les chômeurs. Champel est le CASS qui accueille le plus de retraités, **Saint-Jean / Charmilles** celui qui en accueille le moins. Parmi les retraités, on trouve davantage de femmes et parmi les personnes à l'AI, davantage d'hommes. Sinon, les répartitions sont égales. Aux **Eaux-Vives**, à **Saint-Jean / Charmilles** et à la Servette, on observe plus de femmes actives que de retraitées, alors qu'à Champel, on observe plus de femmes retraitées que d'actives.

Taille du ménage

La majorité de la population étudiée vit seule. Une personne sur dix vit dans un relativement grand ménage (4 personnes et plus). Cette tendance ne varie pas en fonction des CASS.

Famille monoparentale

Les familles monoparentales sont fortement représentées dans la population étudiée : un client sur dix constitue une famille monoparentale. **Saint-Jean / Charmilles** est le CASS qui en compte le plus. 96% des familles monoparentales ont à leur tête des femmes. On compte environ 50% de Suisses et 50% d'étrangers parmi ces familles. Par CASS, on trouve plus de Suisses que d'étrangers parmi les familles monoparentales des CASS de Champel et des **Eaux-Vives** et plus d'étrangers parmi celles des CASS des Pâquis, de Plainpalais et de **Saint-Jean / Charmilles**.

Situation

Dans tous les CASS, c'est toujours une grande partie si ce n'est la majorité des clients qui vit seule (entre 42% pour **Saint-Jean / Charmilles** et 65% pour les Pâquis).

B. TYPES DE PRESTATIONS

Les différents types de prestations ne sont pas fréquemment cumulés. Nous avons également relevé que 40% des prestataires ont bénéficié des interventions du SSVG à domicile. Dans 74% des cas, les clients qui bénéficient de l'intervention du SSVG à domicile sont aussi suivis par la FSASD, et ceci pour tous les CASS. Nous avons finalement pu observer que 48% des clients prestataires sont suivis par la FSASD.

Bénéficiaires, Allocataires et Prestataires

Les bénéficiaires sont 53% parmi la population étudiée. Ce sont les CASS des Grottes (53%), de la Servette, de la Jonction et des Pâquis qui en comptent le plus. Les **Eaux-Vives** (38%) et **Saint-Jean / Charmilles** (35%) en comptent le moins.

Le SSVG compte 5% d'allocataires pendant la période étudiée. Les Grottes en comptent le plus et **Saint-Jean / Charmilles** le moins.

31% des clients sont prestataires. Les Pâquis et Plainpalais sont les CASS qui en comptent le plus et **Saint-Jean / Charmilles** le CASS qui en compte le moins.

Bénéficiaires des restaurants scolaires

Les bénéficiaires des restaurants scolaires constituent 4% de la population étudiée. **Saint-Jean / Charmilles** est le CASS qui en accueille le plus et Champel le moins.

Bénéficiaires de secours divers

Le SSVG compte, pendant la période étudiée, 16% des bénéficiaires des secours divers. Plainpalais est le CASS qui en compte le plus (25%) et les **Eaux-Vives** est le CASS qui en compte le moins (7%).

Intervention du SSVG à domicile

27% des clients ont bénéficié de l'intervention du SSVG à domicile. Cela a eu lieu principalement dans les CASS de Champel (39%) et de la Servette (33%). **Saint-Jean / Charmilles** (21%) et les **Eaux-Vives** (21%) sont les CASS qui comptent le moins d'intervention de ce type. L'intervention à domicile essentiellement lieu en faveur des clients de plus de 60 ans (81%).

Suivi par la FSASD

Près de la moitié des clients de la période étudiée (si l'on exclu du calcul les non-réponses) a été suivi par la FSASD. C'est le cas surtout dans les CASS de Champel (36%), de la Servette et des Grottes et moins à **Saint-Jean / Charmilles** (20%). La FSASD est sollicitée essentiellement pour des personnes âgées, et ceci quels que soient les CASS.

Demande d'information

Concernant les demandes d'information pour soi-même, on peut relever, que c'est dans les CASS des Grottes et des **Eaux-Vives** que l'on compte le plus de demandes d'information (respectivement 58% et 57%) et aux Pâquis que l'on en compte le moins (7%).

Quant aux demandes d'information pour une tierce personne, c'est au CASS des **Eaux-Vives** qu'il y a le plus de demandes (11%) et aux CASS de Plainpalais et des Grottes qu'il y en a le moins (1% dans les deux cas).

C. LES TYPES DE PROBLEMES DES CLIENTS

Le CASS des Grottes est celui qui compte le plus de clients qui ont des *problèmes d'ordre affectif ou relationnel* (28%), alors que celui des **Eaux-Vives** est celui qui en compte le moins (12%).

Les CASS des Grottes et de Champel sont les deux CASS qui ont répertorié le plus de *problèmes de santé physique* auprès de leurs clients (respectivement 23% et 22%). Le CASS de **Saint-Jean / Charmilles** est le CASS qui en a relevé le moins (5%).

C'est au CASS des Grottes qu'il y a le plus de clients SSVG présentant des *problèmes d'ordre psychique* (16%) et c'est à **Saint-Jean / Charmilles** qu'il y en a le moins (7%).

Le CASS des Grottes est celui qui a le plus relevé de *questions liées à l'aide à domicile* (21%). Le CASS des **Eaux-Vives** est le CASS qui en a relevé le moins de ce genre de demande (5%).

Les Grottes et les Pâquis sont les deux CASS qui comptent le plus de demandes d'aide pour des démarches administratives (respectivement 87% et 81%). **Saint-Jean / Charmilles** est le CASS qui en compte le moins, même si encore 58% de ses clients présentent ce genre de problèmes.

La qualité, l'homogénéité et la régularité de la saisie statistique des clients du SSVG ne permet pas d'effectuer des analyses sérieuses, sur la durée, et en comparaison avec d'autres institutions. Le SSVG devrait effectuer un gros effort dans ce sens, afin de donner aux travailleurs sociaux, des outils pour mieux comprendre leur terrain.

2.2. Des besoins aux problématiques socio-sanitaires

Dans le cadre d'une *étude-pilote*, la méthodologie n'est, par définition, pas donnée d'avance. Nous avons dû la construire au fur et à mesure que nous prenions possession du terrain. C'est dire si cette adéquation entre la méthodologie de recherche et ce que nous étions censé trouver nous a préoccupés du début à la fin, en nous obligeant à justifier en permanence nos positions théoriques et nos choix méthodologiques.

L'adoption, en cours de recherche, des principes théoriques mentionnés ci-dessus nous a amené à adapter notre méthodologie. Nous nous sommes écartés de la notion de « besoin » pour prendre en considération des « thématiques socio-sanitaires » (perspective holistique, territorialisée et interrelationnelle).

Nous avons choisi de donner aux futurs travailleurs sociaux communautaires une description la plus large possible de leur champ d'action, une image globale du puzzle de l'action communautaire de proximité. L'objectif est de leur permettre, en meilleure connaissance de cause et en fonction des priorités du Service et des potentialités du réseau, de décider de cibler leur action sur l'une ou l'autre des pièces du puzzle.

Les questions concernant la santé - au sens strict du terme – sont celles qui sont le mieux connues du personnel des CASS, que ceux-ci travaillent pour le Service, pour l'Hospice général ou pour la FSASD. Travaillant sur la base de dossiers individuels, le personnel des CASS (notamment les assistants sociaux et les infirmières) a la connaissance la plus intuitive de ce qui pourrait être entrepris en fonction de populations-cibles ou en activant des réseaux primaires et secondaires des « clients » des CASS.

Les travailleurs communautaires disposent auprès de leurs collègues d'une masse d'information et d'une accumulation d'expérience d'une très grande richesse. Cependant, ces informations et ces expériences sont morcelées du fait même de l'approche individuelle. Une des tâches prioritaires des travailleurs communautaires sera d'appréhender ces informations et expériences sous le prisme de l'action communautaire.

Nous l'avons vu, la promotion de la santé va de pair avec la promotion de la qualité de la vie. Sur ce second plan, les CASS, de par leur ancrage et leur missions actuelles sont peu informés et les travailleurs sociaux peu sensibilisés. En milieu urbain, et notamment dans une ville relativement riche comme Genève, il apparaît prioritaire, pour le travail communautaire, de comprendre les mécanismes et les incidences du *développement local*, c'est-à-dire les questions liées à l'urbanisme et aux conditions de logement, d'une part, aux conditions de vie, d'autre part. Les transformations dans ces domaines induisent un *stress* important pour les individus, les groupes (d'âge, d'origine, etc.), ainsi que pour les relations de voisinage. Ce stress constitue un déterminant fondamental de la santé et de la qualité de la vie ; l'état des relations de voisinage permet également de saisir le potentiel de ressources à disposition des travailleurs communautaires dans le quartier.

Parallèlement, à notre travail sur les thématiques socio-sanitaires, nous avons donc cherché à mettre en évidence les *potentialités du réseau* dans chaque quartier et sous-quartier des secteurs CASS. Nous avons établi l'importance d'un triple réseau : (1) le réseau socio-sanitaire proprement dit, autour des CASS, (2) le réseau socio-éducatif et socio-culturel autour des Maisons de quartier (3) le réseau associatif, dont une partie importante est issue de l'extension et de la formalisation des réseaux de voisinage, dans les Forums ou les Coordinations de quartier.

Très vite, nous nous sommes aperçus que travailleurs du SSVG arriveront dans un univers social particulièrement riche et dense, quant au nombre et à la qualité des intervenants qui travaillent déjà sur le terrain. Leur tâche prioritaire devra être de se faire connaître, puis reconnaître comme acteurs importants et permanents du réseau. Leur ancrage dans les CASS, où se dirigent individuellement les clients des services sociaux, et l'expérience accumulée par le SSVG durant de nombreuses années constituent, de l'avis général, leur *spécificité*. Ceci devrait leur permettre rapidement de valoriser les contributions des réseaux primaires (familles) et secondaires (voisinage) des clients, tout en facilitant, quand c'est souhaitable et possible, l'articulation de ces réseaux les uns aux autres. Leur arrivée est généralement ressentie positivement par les autres acteurs du réseau.

Méthodologiquement, nous sommes toujours partis de la mission effective des travailleurs sociaux sur le terrain. C'est de leur point de vue, d'une part, et de celui de la direction du SSVG d'autre part, que nous avons abordé notre terrain d'étude. Nous avons cherché à dégager un processus méthodologique sur le long terme qui pourra être piloté par la direction du Service, pour une part, et par les travailleurs communautaires, pour une autre. Nous avons privilégié la systématique et la cohérence méthodologique à l'exhaustivité des résultats obtenus : en effet, d'une part nous avons cherché à constituer l'architecture générale de la collecte et de l'accumulation d'information sur le long terme (combinaisons des approches ethnographique, socio-politique, statistiques socio-démographiques, statistiques socio-sanitaires internes et externes) ; d'autre part, cette recherche doit être comprise comme une première pierre posée sur le terrain de l'action communautaire de proximité : le terrain étant par nature en évolution permanente, seuls les travailleurs communautaires devront actualiser et compléter les données que nous leur fournissons, en fonction principalement des impératifs de leur action.

2.3. Santé physique et santé mentale, isolement

A. DE MANIERE GENERALE ...

De nos entretiens, il ne ressort nullement que les deux secteurs CASS étudiés rencontreraient des problèmes spécifiques en termes de santé physique ou mentale. Nous incorporons à cette problématique, la thématique de l'isolement, puisque nos interlocuteurs ont souvent établi un lien, dans la potentialité du travail communautaire, entre l'isolement et la santé.

Les sociétés modernes sont par définition des sociétés reposant sur l'individualisation du corps social. Celle-ci s'est toujours opérée dans la tension entre deux pôles opposés : la liberté et l'autonomie individuelle, ainsi que la capacité de forger son propre devenir (subjectivation / *empowerment*), d'une part, et l'anomie (la perte de normes et de repères) et la solitude, d'autre part. A ce propos, il n'est pas toujours facile de faire la distinction entre le sentiment subjectif de solitude (parfois souhaité) et l'isolement social, qui peut être une forme d'ostracisme. L'isolement social peut être défini comme manque de réseau, absence ou pauvreté des contacts sociaux. L'isolement se reflète au niveau de l'habitat, des relations de voisinage, des interactions familiales et amicales, des activités qui permettent le contact et l'échange. A ce propos, on peut parler de *groupes à risque* dont les femmes divorcées, les familles monoparentales, les chômeurs, les personnes âgées, les personnes handicapées et les migrants, même si, au niveau sociologique, il est très difficile d'établir une relation entre l'isolement et les caractéristiques de ces groupes.

Notons toutefois la complexité de cette problématique. En effet, l'absence de liens (ou le refus du lien) avec l'Etat social et avec les institutions sociale et sanitaire est souvent assimilé à une aliénation sociale (voire psychique). Cependant, cela n'est pas toujours le cas, et, avant de postuler une *crise du lien social*, le travailleur communautaire, s'il veut éviter de contribuer au contrôle social total, doit apprendre à reconnaître, dans les pratiques sociales qu'il rencontre, les mécanismes spontanés de recomposition sociale et de solidarité (ne relevant pas toujours, il est vrai, de l'espace public démocratique).

Selon des recherches plus ciblées, faites en Suisse et en France, il apparaît que l'isolement (résidentiel, conjugal, social) est un élément de précarisation, et qu'il a non seulement des

effets psychologiques, mais également des conséquences financières. De part son ancrage dans les CASS, le service social a un rôle fondamental à jouer à ce propos.

B. EAUX-VIVES

- Le maillage socio-sanitaire du quartier est décrit comme dense et varié. Certaines populations semblent cependant plus fragiles que d'autres, à l'instar des personnes sans papiers et des familles monoparentales. Ces deux groupes nécessiteraient une attention particulière.
- Le bas du quartier, c'est-à-dire les sous-secteurs statistiques Gustave-Ador et Eaux-Vives, particulièrement vivants sont les plus souvent mentionnés, notamment en ce qui concerne les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (proximité avec les quais et le Jardin Anglais).
- De même, l'abus de psychotropes légers et d'alcool par les adolescents et jeunes adultes inquiète particulièrement certains acteurs sociaux du quartier.
- La fragilité psychique de certains résidents est soulignée et mise en relation avec la proximité de Belle-Idée.
- Au sein des établissements scolaires, les questions relatives à l'alimentation, le sommeil, à l'usage de la télévision et à la toxico-dépendance semblent fréquentes.
- L'isolement est une préoccupation importante de nos interlocuteurs. La nécessité que les habitants se connaissent les uns les autres et que les services sociaux combattent la tendance au repli, également. Dans cet esprit, l'action "voisins-voisines" est souvent citée comme une réussite.
- La difficulté pour les personnes ressources du quartier de rentrer en contact avec les résidents et les différentes populations du quartier est régulièrement mise en avant. Les personnes âgées, les familles monoparentales, les populations d'origine étrangère, les personnes sans papiers constituent autant de groupes particulièrement difficiles, à atteindre.
- La nécessité d'inventer de nouvelles stratégies pour atteindre et mobiliser les résidents, est considérée comme importante. La réflexion sur la visibilité des lieux d'accueil également.
- Les activités liées aux enfants sont souvent présentées comme vecteurs de socialisation pour les familles, et stimulent des opportunités de relations de voisinage.

2.4. Pauvreté - marginalité - exclusion – précarisation

A. DE MANIERE GENERALE ...

Généralement aujourd'hui, l'action sociale vise en priorité les populations touchées par l'exclusion, celles qui se trouvent en voie de marginalisation (*borderline*) et celles, qui, quoique intégrées au système économique et à son « filet » social (AVS, AI, chômage, etc.) n'en demeurent pas moins « en-dessous du seuil de pauvreté » et nécessitent une intervention sociale.

La situation socio-économique est l'un des déterminants les plus importants de la santé et de la qualité de la vie. Lutter contre la pauvreté est donc primordial en termes socio-sanitaires. Cependant, le travail communautaire n'a pas pour objectif de lutter directement contre la pauvreté en tant que telle et son action se situe davantage en aval, notamment dans la promotion (voire la prévention) de la santé. Son action peut également porter sur le repérage des personnes en voie de marginalisation sociale, sur l'orientation des ayants droits vers les services compétents et sur la stimulation de réseaux d'entraide.

Cette partie de notre enquête visait à rendre compte du diagnostic posé par des personnes ressources du quartier (donc, de leur perception) en matière de pauvreté, de marginalité ou d'exclusion sociale. D'une manière générale les deux secteurs CASS ne sont pas perçus comme présentant, en la matière, des difficultés supérieures aux autres secteurs de la Ville.

Cette constatation reflète peut-être la difficulté de repérer les situations de précarité socio-économique pour des acteurs sociaux qui ne travaillent pas quotidiennement avec les populations les plus vulnérables. Ici, l'ancrage dans le CASS s'avère important. L'utilisation systématique des informations socio-économiques contenues dans les dossiers des clients du SSVG, de la FSASD et de l'Hospice général du CASS vise deux objectifs : une meilleure connaissance de la population du secteur CASS par quartier et sous-quartier, d'une part, et, d'autre part, la possibilité, le cas échéant, d'activer en complément de l'action individuelle, une action en réseau avec la famille et le voisinage.

B. EAUX-VIVES

- Le quartier des Eaux-Vives ne semble pas marqué de manière patente par les problématiques liées à la pauvreté, la marginalité, l'exclusion et la précarisation.
- Les populations les plus vulnérables se retrouveraient en plus grand nombre dans le bas du quartier des Eaux-Vives (secteurs Gustave-Ador et Eaux-Vives).
- Les populations -types les plus vulnérables qui ont été mentionnées sont :
 - ◇ des familles monoparentales ;
 - ◇ des personnes sans papiers ;
 - ◇ des « personnages du quartier », individus « décalés », vraisemblablement atteints par certaines pathologies psychiques, en relation avec la proximité de Belle-Idée.
- Ces populations nécessitent la mise en place d'actions *ad hoc* et l'activation de réseaux spécifiques, notamment en partant du CASS.

2.5. Qualité de vie - condition de logement – ambiance de quartier - voisinage

A. DE MANIERE GENERALE ...

Dans notre étude qualitative, nous avons séparé les points concernant les conditions de logement et le voisinage, d'une part, de ceux concernant la qualité de la vie et l'ambiance de quartier, d'autre part. Nous les regroupons ici en une seule section.

Rappelons tout d'abord que santé et qualité de vie se recoupent et se complètent. Toute action de promotion de la santé vise l'amélioration de la qualité de la vie. Réciproquement, s'intéresser à la qualité de la vie d'un quartier, c'est mettre en évidence les ressources salutogènes et les éléments pathogènes de l'environnement social et construit. D'où l'importance que nous avons accordée, en s'inspirant de la sociologie et de l'écologie urbaine, aux questions touchant à la transformation de l'espace urbain et ses conséquences en termes de composition sociale des quartiers.

De plus, l'action sociale communautaire, à la différence de l'action sociale individualisée, s'attache davantage aux aspects qualitatifs qu'aux aspects quantitatifs des conditions sociales et sanitaires. Il ne s'agit pas tant, en effet, de répondre à des besoins, en termes de minima sociaux ou sanitaires qui donnent droit à une intervention, que de défendre la qualité de la vie et de la santé. Cette perspective d'action induit un changement dans la perception et l'analyse des problèmes qui se posent sur le territoire.

L'organisation de l'espace et l'organisation sociale vont de pair : les rapports sociaux donnent forme à un espace concret (le type de rue, de paysage urbain, etc.) et à une géographie de l'espace, et *vice versa*. Apprendre à observer le territoire, c'est également savoir y lire les hiérarchies sociales et l'organisation du pouvoir, savoir y lire les centres et les marges et y repérer les lieux d'exclusion.

Parlant des logements, on appréhende les individus et les groupes dans leur qualité de *résidents, d'habitants*. Il est important de distinguer les populations selon qu'elles habitent des habitations collectives ou des maisons individuelles, ou de prendre en considération le type de propriété, le montant des loyers, ainsi que les mécanismes de subventionnement (HBM, HLM, aide personnalisée, etc.).

Genève, est une agglomération urbaine de haute concentration. Il y existe comme dans d'autres grandes villes, une certaine ségrégation spatiale (centre et périphéries, l'apparition des zones « sensibles ») non seulement en fonction de l'offre et de la demande du marché immobilier, mais également de l'intervention des acteurs comme les propriétaires, les régies immobilières et l'Etat avec ses politiques de logement. Cependant, contrairement à ce qui est observable dans des villes similaires (en France, notamment), Genève ne connaît pas, sur son territoire, de véritables banlieues et son territoire n'est pas marqué par de profondes ségrégations spatiales.

L'approche communautaire, en tant que politique sociale, a pour objectif d'empêcher la ségrégation sociale dans l'espace (ces inégalités qui donnent lieu à une géographie différenciée des délits et des désordres), ainsi que de lutter contre l'isolement et le repli, induits par les conditions de logement ou par l'urbanisme. Dans cette optique, l'action socio-

sanitaire ne peut faire l'impasse ni d'une lecture pointue du territoire, ni de la participation - au titre de la prévention socio-sanitaire – aux débats portant sur les projets d'urbanisme de leurs quartiers. Là encore le travail en réseau, notamment avec les Maisons de quartier et les associations de quartier et d'habitants, mais également avec les autres institutions présentes dans les CASS (FSASD, HG), semble prioritaire.

B. EAUX-VIVES

- Le quartier des Eaux-Vives est fréquemment décrit comme « désormais urbanisé », comme s'il s'était, dans les dernières années, intégré et fondu dans l'espace urbain de la Ville de Genève, perdant du même coup son identité et sa spécificité de quartier. Certains le regrettent avec nostalgie, d'autres soulignent l'aspect vivant et multiculturel de l'endroit.
- Les cafés, bistrot et restaurants, en nombre important dans le quartier, constituent des lieux de rencontre et convivialité, pour nombre d'Eaux-Viviens, ainsi que pour des personnes venues de l'extérieur.
- La proximité des grands parcs publics, du lac et des quais est souvent décrite très favorablement.
- Quant à la qualité de vie et à la convivialité dans le quartier, il a été formulé de manière récurrente trois doléances principales :
 - ◇ Le milieu urbain en général, et le trafic motorisé en particulier, sont ressentis comme particulièrement agressifs, notamment en raison de la pollution par le bruit qu'ils induisent ;
 - ◇ L'aménagement du quartier (surtout le quartier historique des Eaux-Vives) est perçu comme chaotique et générateur de stress ;
 - ◇ Il manquerait, dans l'aménagement urbain, des places, ou plus généralement des lieux de rassemblement et de rencontre pour les résidents et qui pourraient servir de sas de tranquillité entre deux espaces d'activité.
- Les conditions de logement sont décrites de manière passablement contrastée, selon le quartier du secteur CASS des Eaux-Vives, notamment entre ce qui est désigné comme le bas des Eaux-Vives, plus peuplé et populaire, et le haut des Eaux-Vives, plus « bourgeois ».
- De manière générale, la densification de l'ensemble du quartier est soulignée, la transformation de la composition sociale des résidents, aussi. Le bas du quartier, à l'origine populaire, accueillerait progressivement des classes sociales aux revenus plus élevés. Ce changement de population aurait une influence importante sur l'effritement des rapports de voisinage.
- De nombreux informateurs plaident pour la conservation de la mixité sociale du quartier.

2.6. Sentiment d'insécurité - perception des incivilités – délinquance - violence

A. DE MANIERE GENERALE ...

Le conflit (d'intérêt ou de valeur) est le moteur social par excellence. Il n'existe pas de société sans conflit. L'Etat moderne, à la fois, Etat de droit démocratique et l'Etat social, s'était donné pour mission la résolution pacifique des conflits interpersonnels et sociaux ; force est de constater qu'à ce jour, cette utopie n'est pas réalisée. Est-ce à dire que la violence (contre soi, contre les autres, contre les institutions) est inhérente aux sociétés humaines ? Peut-être. Mais les régulations des différentes formes de violence, la transformation de leurs potentialités destructrices en forces créatrices (pour les individus comme pour les groupes), l'émergence d'acteurs sociaux revendiquant la défense de leurs intérêts et de leurs valeurs dans un espace public démocratique, la capacité des individus et des groupes à la négociation, à la médiation et la résolution pacifique des conflits, toutes ces modalités varient fortement d'une société à l'autre, d'une époque à l'autre. La violence quelle qu'elle soit (contre soi, familiale, contre les femmes, ethnique, interculturelle, intergénérationnelle, liés à des délits ou à des crimes), la violence a toujours sur les victimes (voire sur les témoins) des conséquences importantes en termes sociaux et sanitaires. La compréhension des phénomènes de violence et la promotion de la non violence active doit être au cœur de l'action socio-sanitaire. Ceci est crucial non seulement pour la sauvegarde des victimes, mais également pour la constitution d'une société civile forte, formée d'acteurs sociaux, aptes aux conflits démocratiques, c'est-à-dire aptes à lutter contre la violence du système économique, en prenant appui sur les ressources de l'auto-organisation sociale.

Aujourd'hui, le *sentiment d'insécurité* est largement répandu, notamment chez les personnes physiquement les plus fragiles (comme les personnes âgées) ou les plus exposées aux délits (les petits commerçants). Le sentiment d'insécurité, même s'il est peu probable qu'il repose sur des bases objectives solides, est à prendre au sérieux. Il dénote un déficit, un malaise, dans l'art de vivre ensemble et engendre un méfiance réciproque, qui nuit à la qualité de la vie dans les quartiers. Les incivilités, qui sont ressenties comme un manque de respect (symétrique la plupart du temps) et qui touchent donc les individus dans leur auto-estime, peuvent souvent être qualifiées de socialement pathogènes. Quand elles s'ancrent dans un terreau social marginalisé, celles-ci peuvent déboucher, comme la France ou les Etats-Unis en ont donné quelques illustrations, sur des violences urbaines (ou des émeutes) de longue durée. Même si Genève, ne possède pas, à ce jour, les caractéristiques sociales des villes françaises ou nord-américaines, la promotion de la santé et de la qualité de la vie individuelle et collective passe, ici aussi, par la lutte contre les incivilités.

B. EAUX-VIVES

- L'existence de zones de deal dans le quartier (bord du lac, Jardin Anglais) suscite un sentiment d'insécurité mais, il est à souligner, que les Eaux-Vives ne sont pas dépeintes comme un quartier dangereux. Les informateurs expriment un sentiment et contextualisent toujours les exemples afin de les relativiser.
- Le secteur De-Roches, jouxtant Malagnou et Champel, connaît davantage de cambriolages que les autres secteurs. Les secteurs Gustave-Ador, Eaux-Vives et Jargonnant seraient plus touchés par le phénomène de petite délinquance.

- *A contrario*, les témoignages ou réflexions portant sur les incivilités sont, eux, régulièrement énoncés et semblent prendre une place prépondérante dans la construction du sentiment d'insécurité.
- La difficulté à communiquer, avec calme et politesse, entre usagers du quartier, ainsi que les attitudes agressives semblent envenimer les rapports entre individus et entre groupes distincts (les jeunes et les adultes, notamment). La cohabitation est dès lors rendue difficile et exacerbe la crainte de l'autre.
- La médiation ainsi que le dialogue apparaissent comme deux moyens susceptibles de désamorcer ou résoudre certains des conflits. C'est dans cet esprit, que les enseignants de l'école de Montchoisy ont décidé d'œuvrer.

2.7. Relations intergénérationnelles

A. DE MANIERE GENERALE ...

La transformation des rapports sociaux de ces trente dernières années n'a pas épargné les catégories traditionnelles de sexe et d'âge. Si la question des rapports entre hommes et femmes s'est imposée dès le début des années 1970, il a fallu attendre le milieu des années 1980 pour que les sociologues, les démographes, les ethnologues, les psychologues prennent en considération la question des générations, et notamment les relations intergénérationnelles.

Si l'on considère que, dans la société moderne, le changement et l'instantanéité prennent le pas sur la permanence, la mémoire et sa transmission, placées au cœur des sociétés traditionnelles, deviennent davantage problématiques. Le rapport entre générations met à jour un enjeu symbolique autour de la définition du temps : c'est-à-dire du passé, du présent et de l'avenir des communautés et des sociétés.

L'enjeu capital du rapport entre les générations est précisément celui du statut de la transmission : la révolution culturelle des années 1960 a disqualifié la sensibilité à la longue durée au profit des notions de progrès, de liberté, d'innovation et d'égalité. Cela a eu pour conséquence de mettre à mal l'autorité des anciens, qui traditionnellement portaient la responsabilité de la transmission des valeurs communautaires et culturelles et de la mémoire collective. Cet évolution a provoqué une brèche dans l'auto-estime des aînés, notamment de ceux qui proviennent de régions où la tradition l'emporte sur la modernité.

Les tensions et conflits qui naissent autour de ces enjeux constituent également un moteur de la transformation et de l'évolution sociales.

La différenciation des générations est encore accentuée par la ségrégation institutionnelle, c'est-à-dire la répartition des générations en des lieux différents : les enfants à la maison ou en garderie, les jeunes à l'école, les adultes au travail, les aînés en maisons de retraite. Si l'action sociale et sanitaire a soutenu cette évolution, prenant acte du fait que les problématiques sociales et sanitaires se différencient selon l'âge (et le sexe) des populations-cibles, elle doit aujourd'hui redéfinir ses priorités en repensant l'intergénérationnel.

Les jeunesse, l'âge adulte, la vieillesse sont des catégories construites, et qui méritent d'être toujours reconstruites. « Enfermer les individus » dans des catégories générationnelles n'est pas un acte neutre, et peut être ressenti de manière violente.

B. EAUX-VIVES

- La cohabitation des différentes générations sur un même territoire fortement densifié, nécessiterait la mise en œuvre de solutions de dialogue et le respect mutuel de certaines règles.
- Une réflexion spécifique relative aux tensions entre les différentes classes d'âge occupant l'espace des préaux d'écoles a vu le jour. Les actions "Préaux" et "Nettoyage", organisées par un collectif d'acteurs sociaux afin de permettre la rencontre et la confrontation, proposent des activités collectives intergénérationnelles visant à recréer du lien social et à inciter les uns et les autres au respect et à la reconnaissance mutuels.

2.8. Relations interculturelles

A. DE MANIERE GENERALE ...

L'usage du terme « relations interculturelles » est très ambigu. Il peut laisser entendre que les cultures sont idéalement, autonomes, équivalentes et non-hiérarchisées. C'est la perspective du relativisme culturel. Celui-ci a connu dernièrement un grand succès, mais qui mérite d'être pris avec une grande précaution. En effet, en insistant sur le droit à la différence, on peut aisément aboutir à « l'assignation à la différence ». Sans pour autant renoncer complètement à la notion de culture, l'alternative méthodologique au relativisme culturel pourrait être de prendre un point de vue interactionniste, selon lequel les cultures se forment, se maintiennent et évoluent *dans l'interculturel*, c'est-à-dire à la fois dans la conflictualité, dans des rapports de force, voire même dans la violence symbolique ou réelle.

Le discours commun, mais aussi politique et médiatique, a tendance à polariser à l'extrême la question des différences culturelles dans les grandes villes : d'une part, les aspects « positifs » considérés comme un enrichissement culturel, car ils véhiculent de la « nouveauté » (musique, habitudes culinaires, etc.), d'autre part, les aspects « négatifs » générés par les tensions, plus ou moins conflictuelles et violentes, liées à l'intégration.

En abordant les relations interculturelles, la réflexion sur la construction des identités, la négociation identitaire et le jeu entre « ce que les autres disent que je suis » (*ascription*) et « ce que, moi-même, je pense être », s'impose. Des études de microsociologie notamment consacrées aux jeunes montrent que diverses formes de bricolage identitaire sont à l'œuvre dans l'identification positive des groupes de jeunes à leur territoire urbain - une culture - jeunes se construit ainsi, en se distinguant, par opposition à son environnement immédiat ou à d'autres territoires (le « 1203 », par exemple, face au « 1217 »).

Peut-on concevoir une « politique sociale de l'interculturalité » qui puisse prendre en considération tous ces aspects de « l'interculturel » et qui sorte de la dualité « positif / négatif » dans une approche constructiviste ? Ce serait, à notre avis, son enjeu principal.

B. EAUX-VIVES

- Aucune attitude massive de rejet, de xénophobie ou de racisme n'est à signaler, selon nos informateurs, dans le quartier des Eaux-Vives.
- Des espaces de dialogue et des outils de compréhension interculturelle sont toutefois demandés afin de permettre, d'une part, aux habitants de s'intégrer harmonieusement au tissu local et d'autre part, de désamorcer des tensions issues de situations non comprises.
- La difficulté à entrer en contact avec les populations et les familles migrantes, ainsi que pour ces dernières, à se diriger vers des structures collectives ou sociales, est un constat récurrent qui incite à la réflexion. Pour certains, l'apprentissage de la langue du pays d'accueil (le français) pourraient être facilité.

APPROCHE TERRITORIALE

3. Introduction

Ce chapitre vise à présenter l'ensemble de notre problématique en partant du territoire.

Sur la base très localisée des sous-secteurs statistiques, qui dessinent des quartiers et sous-quartiers, nous cherchons ci-après à représenter le territoire, en partant à la fois de la représentation que s'en font les personnes ressources du secteur, c'est-à-dire de leur *géographie mentale*, des *données statistiques* que nous avons pu recueillir à ce niveau de précision et, des *problématiques socio-sanitaires* qui s'y rencontrent.

Nous reprenons parfois des données déjà présentées dans la partie sur les thématiques, ce qui peut amener à certaines répétitions, mais, de cette manière, le lecteur aura une double entrée de lecture (thématique et territoriale).

Comme nous l'avons vu, l'action sociale communautaire, à la différence de l'action sociale individualisée, s'attache principalement à promouvoir la qualité de la vie et la santé. Cette perspective d'action induit un changement dans la perception et l'analyse des problèmes qui se posent sur le territoire : apprendre à observer le territoire, ses centres et ses périphéries urbaines et sociales, ses limites et ses potentialités, son organisation spatiale et sociale (le réseau) est absolument crucial pour l'action communautaire.

Genève connaît relativement peu, en comparaison avec d'autres villes, de ségrégation spatiale et les différents secteurs socio-sanitaires de la Ville sont probablement confrontés aux mêmes types de problèmes et de ressources. Cependant, si nous entrons plus en profondeur dans le territoire, et si nous affinons nos analyses, nous rencontrons des différences importantes, justifiant des approches différenciées, d'un sous-quartier à l'autre, d'une rue à l'autre.

Finalement, l'approche communautaire, en tant que politique sociale, a également pour objectif d'empêcher la ségrégation sociale dans l'espace. Il lui revient tout autant de lutter contre l'isolement et le repli, induits par les conditions de logement ou par l'urbanisme, et qui ont des conséquences très importantes en matière de santé et de qualité de la vie.

Dans cette optique, l'action socio-sanitaire communautaire ne peut faire l'impasse ni d'une lecture pointue du territoire, ni de la *participation* - au titre de la prévention - aux débats portant sur les projets d'urbanisme des quartiers. La dimension socio-sanitaire des projets est souvent négligée et il apparaît comme prioritaire de stimuler, dans le réseau, cette perspective.

Cependant, si c'est bien le terrain de l'action communautaire qu'il faut connaître et sur lequel il faut agir, il faut commencer par délimiter un territoire, en dessiner les frontières, et savoir pourquoi on les transgresse.

Tout d'abord, les travailleurs sociaux communautaires doivent œuvrer dans les limites administratives des secteurs socio-sanitaires, définis par le Canton : les secteurs CASS. La

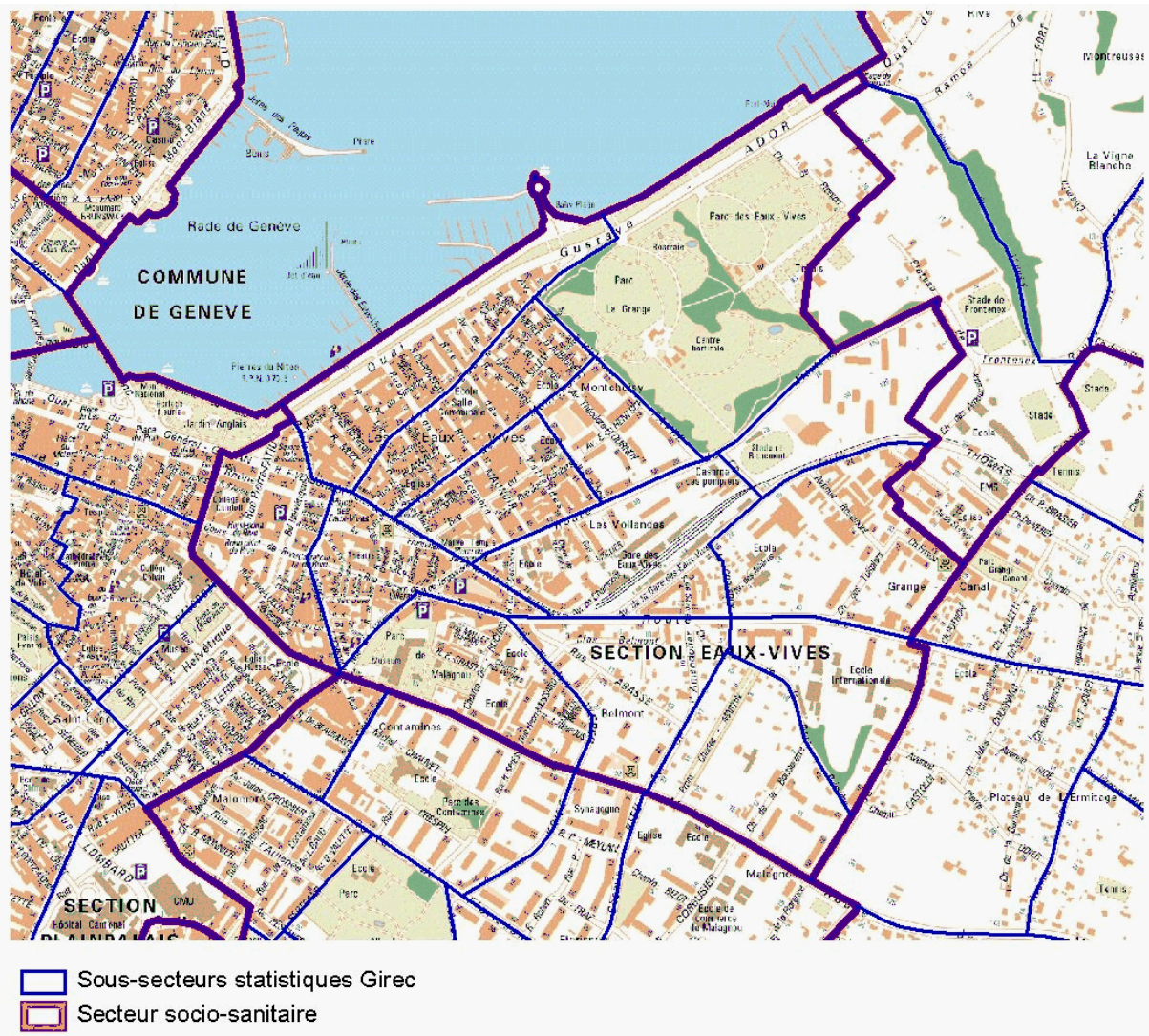
Ville de Genève abrite neuf secteurs socio-sanitaires. Le CASS des **Eaux-Vives** correspond, quant à lui, au secteur des Eaux-vives. Pour des raisons statistiques, aussi bien que pour des raisons sociologiques, nous sommes partis de l'analyse de sous-secteurs statistiques (GIREC). Le secteur CASS « Eaux-Vives » en comprend 14.

Prendre le secteur socio-sanitaire, c'est-à-dire une « unité administrative » et les sous-secteurs GIREC, comme unités statistiques pose certaines questions méthodologiques, car ils se prêtent mal au travail ethnographique et aux géographies mentales des habitants. Cependant, de manière générale, même si la géographie mentale ne reconnaît pas toujours les limites administratives, force nous est de constater qu'elle n'en est pas totalement déconnectée, au contraire. En effet, les secteurs socio-sanitaires sont définis sur la base d'un ensemble de sous-secteurs GIREC. Le découpage proposé par le GIREC résulte d'une approche systématique et homogène du territoire des communes. L'unité du sous-secteur GIREC présente une portion de commune ou de secteur démographique borné par des limites morphologiques stables (voies, cours d'eaux, etc.). Outil statistique, ce découpage infra-communal vise cependant à restituer une image de la ville parfaitement reconnaissable en maintenant les contrastes, de façon à produire des cartes statistiques aussi significatives que possible. Le découpage GIREC a donc un sens, en terme de représentation spatiale, qui dépasse son objectif statistique.

Cependant, en croisant les données issues (1) des analyses statistiques, (2) de l'approche ethnographiques et (3) de l'observation morphologique, nous avons regroupé certains sous-secteurs statistiques dans des « quartiers » (6, pour les « Eaux-Vives »). Ce seront ces quartiers qui constitueront la base de notre analyse.

4. Le secteur socio-sanitaire « Eaux-Vives »

4.1. Un CASS : 14 sous-secteurs statistiques (Girec)



Secteur socio-sanitaire Eaux-Vives

- | | |
|------------------|-------------------------|
| 1. Rive | 8. Les Eaux -Vives |
| 2. Gustave-Ador | 9. Montchoisy |
| 3. La Grange | 10. Jargonant |
| 4. Frontenex | 11. De-Roche |
| 5. Les Allières | 12. Belmont |
| 6. Les Vollandes | 13. La Grande-Boissière |
| 7. Villereuse | 14. La Petite-Boissière |

4.2. Un CASS : 6 quartiers

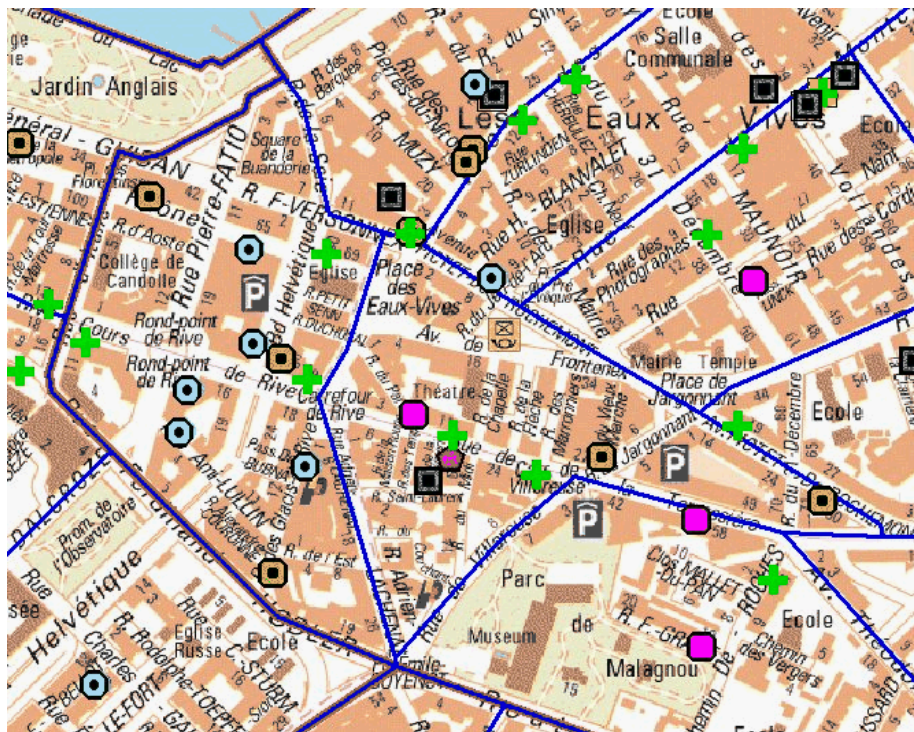
Notre analyse de terrain qui s'appuie à la fois sur la morphologie urbaine et sur la représentation de la Ville qu'en donne les habitants eux-mêmes nous suggère de regrouper ces différents secteurs en 6 quartiers.

- | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
| 1 | Rive
Villereuse | 4 | Les Vollandes
Les Allières |
| 2 | Gustave-Ador
Les Eaux -Vives | 5 | La Grange
Frontenex |
| 3 | Montchoisy
Jargonant | 6 | De-Roche
Belmont
La Grande-Boissière
La Petite-Boissière |

EAUX-VIVES	POPULATION		EMPLOI		LOGEMENTS	
RIVE	1104		4564		849	
VILLEREUSE	2208	3312	2050	6614	1318	2167
GUSTAVE-ADOR	3178		1434		2043	
LES EAUX-VIVES	4398	7576	1817	3251	889	2932
MONTCHOISY	1730		99		1066	
JARGONANT	2298	4028	1031	1130	1817	2883
LES VOLLANDES	1998		507		1262	
LES ALLIERES	2474	4472	715	1222	1177	2439
LA GRANGE	93		66		13	
FRONTENEX	1121	1214	585	651	425	438
DE-ROCHE	2332		732		1419	
BELMONT	1028		253		535	
LA GRANDE-BOISSIERE	860		873		332	
LA PETITE-BOISSIERE	1295	5515	1290	3148	497	2783
TOTAL		26117		16016		13642

A. RIVE / VILLEREUSE

EAUX-VIVES	POPULATION		EMPLOIS		LOGEMENTS	
RIVE	1104		4564		849	
VILLEREUSE	2208	3312	2050	6614	1318	2167



Institution sociale, de santé et pharmacies

- Autre institution sociale
- Crèche
- EMS et home personnes âgées
- ▲ Hôpital et clinique
- ★ Institution pour adolescent
- ◆ Institution pour handicapé
- Organisation caritative
- ⊕ Pharmacie
- ⊞ Soins à domicile
- ▭ Sous-secteurs statistiques Girec
- ▭ Secteur socio-sanitaire

Le secteur CASS des Eaux -Vives recoupe en partie les limites de l'ancienne commune des Eaux-Vives, rattachée à la Ville de Genève en 1930. Il présente une physionomie variée : des quartiers urbains et densifiés sur le bas, le long du lac, des quartiers résidentiels et de villas sur les hauts, entre Malagnou et Grange-Canal. Des axes routiers importants séparent ces différents périmètres : l'avenue Pictet-de-Rochemont qui rejoint la route de Chêne, et la route de Malagnou, qui marque la limite du secteur sur les hauts.

Le quartier de **Rive**, entre le Jardin Anglais et la Promenade de l'Observatoire, fait encore partie des rues basses, le périmètre de la Terrassière et du triangle de **Villereuse** marquant la transition entre le centre ville et les quartiers périphériques.

En direction de Malagnou, en effet, dans le secteur de **Villereuse**, on découvre un quartier nouvellement reconstruit : la Terrassière et le Triangle de Villereuse. Ce dernier n'avait connu, en l'espace d'un siècle et jusqu'en 1977, pratiquement aucune transformation. Des entrepôts, des échoppes d'artisans, des petits commerces, des ateliers d'artistes, installés dans des locaux anciens, parfois vétustes mais de prix modiques, donnaient à ce périmètre le caractère d'un îlot isolé du reste du quartier. Les rénovations menées depuis ont suscité un bon nombre de mobilisations de la part d'associations d'habitants soucieuses de la qualité de vie, du maintien de loyers bas ou du respect du patrimoine architectural. Proximité du centre-ville oblige, le quartier est aujourd'hui presque entièrement rénové. S'il conserve encore quelques aspects de l'architecture du début du siècle (visibles depuis la rue de la Terrassière), la composition sociale du quartier a complètement changé.

Statistiquement parlant, **Rive** présente une densité de population plutôt faible par rapport à la moyenne du secteur CASS (92 / 163) et une densité d'emploi nettement supérieure à la moyenne du secteur (463.8 / 98). Si **Villereuse** compte également une densité d'emploi très supérieure à la moyenne, ce secteur se caractérise au contraire par une très forte densité de population (220.8 /163).

A **Villereuse**, la population euro-méditerranéenne, combinée à celle des permis d'établissements, est sur-représentée.

Le secteur de **Rive** se distingue particulièrement par la proportion d'actifs de classes moyennes, le taux d'activités des femmes, les professions intermédiaires et les formations professionnelles et scolaires supérieures.

Le secteur de **Villereuse** a une population familiale relativement plus importante que dans le reste du secteur.

Les deux secteurs, dont le bâti est relativement ancien, ne comptent pratiquement pas de logements subventionnés. Le sous-secteur de **Rive** et, moins fortement celui de **Villereuse**, sont essentiellement marqués par les caractéristiques liées à une relativement grande densité d'activité et mixité fonctionnelle et à une relativement faible proportion de population euro-méditerranéenne établie.

Le triangle de Villereuse reste certes un quartier destiné à l'habitation et a vu l'arrivée d'un certain nombre de jeunes familles. Mais c'est aussi un quartier aujourd'hui très dense et entouré par les axes routiers qui prolongent le centre-ville : la rue de Villereuse, la rue

Ferdinand Hodler et surtout l'avenue Pictet-de-Rochemont, qui marque une séparation très nette avec le bas des Eaux-Vives. La construction de nombreux espaces commerciaux (dont Eaux-Vives 2000) fait de la Terrassière un lieu très fréquenté qui attire des personnes extérieures au quartier.

Comme ailleurs, les relations intergénérationnelles paraissent plus tendues dans les espaces fortement bâtis du quartier (secteurs Rive, Gustave-Ador, Eaux-Vives, Jargonant, Villereuse) qu'au sein des secteurs plus aérés.

Des habitants (de Villereuse, notamment) ont souligné que, suivant où ils habitent, ils étaient amenés à se diriger aussi bien vers la Maison de quartier des Eaux-Vives que vers celle de la Vieille-Ville ; ceci est perçu par certains comme un inconvénient, en termes de rattachement ou d'appartenance au quartier Eaux-Vives.

De plus, nous avons eu connaissance d'un réseau de parents constitué afin de pallier l'éloignement ou l'absence des cuisines scolaires (quartier de Villereuse).

B. LES EAUX-VIVES / GUSTAVE-ADOR

EAUX- VIVES	POPULATION		EMPLOIS		LOGEMENTS	
GUSTAVE-ADOR	3178		1434		2043	
LES EAUX-VIVES	4398	7576	1817	3251	889	2932



Institution sociale, de santé et pharmacies

- Autre institution sociale
- Crèche
- EMS et home personnes âgées
- ▲ Hôpital et clinique
- ★ Institution pour adolescent
- ◆ Institution pour handicapé
- Organisation caritative
- ✚ Pharmacie
- ⊕ Soins à domicile
- ▭ Sous-secteurs statistiques Girec
- ▭ Secteur socio-sanitaire

En venant de Rive ou de Villereuse, une fois franchie la rue Pictet-de-Rochemont, le quartier présente une certaine unité. C'est le quartier des Eaux-Vives proprement dit. Densifié après la construction des quais à la fin du 19^{ème} siècle, il comporte aujourd'hui un réseau serré de petites rues.

Schématiquement, on peut diviser le quartier historique des Eaux-Vives en trois parties : des immeubles de haut standing le long des quais, c'est le secteur **Gustave-Ador** ; des rues plus populaires et commerçantes au milieu, particulièrement animées autour des axes que forment les rues des Eaux-Vives et de Montchoisy, c'est le secteur des **Eaux-Vives** ; un périmètre de plus en plus résidentiel à mesure que l'on monte en direction de la route de Frontenex, et au-delà.

Le long de la rue des Eaux-Vives, en partant de la place du même nom, on découvre de nombreux commerces de proximité, des cafés, des restaurants. C'est devenu également un lieu nocturne avec ses bistrot de nuit. La Hacienda, sur la droite, est très fréquentée dès la fermeture des autres établissements. La Migros, malgré sa façade peu avenante, est un lieu de rencontre pour les habitants du quartier, comme la brasserie du Commerce, juste en face. Des magasins de meubles, de sport, des galeries d'art, des établissements de restauration rapide ont remplacé aujourd'hui les anciennes échoppes d'artisans, mais le quartier conserve une très grande diversité de commerces. Le cinéma Scala propose des films de qualité de tous les pays, des projections pour les enfants et des prix réduits pour les retraités. Il représente encore, pour de nombreux habitants, un cinéma de quartier. Autour de la rue Sillem, au fond du quartier, avant les parcs de la Grange et des Eaux-Vives, on distingue encore les vestiges des faubourgs qui rappellent la vocation industrielle et artisanale du quartier.

Considérés comme particulièrement vivants, ces deux secteurs ont la réputation d'être plus qu'ailleurs, en butte aux problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (proximité avec les quais et le Jardin Anglais) et d'être davantage touchés par le phénomène de petite délinquance, ce que les chiffres ne corroborent pas. L'existence de zones de *deal* dans le quartier (bord du lac, Jardin Anglais) suscite un sentiment d'insécurité, mais il est à souligner que les Eaux-Vives ne sont pas décrites comme un quartier dangereux. Les informateurs se font plutôt l'écho d'un sentiment d'insécurité ambiant, et contextualisent toujours les exemples afin des les relativiser. Comme dans toute zone fortement densifiée, les relations intergénérationnelles paraissent, par ailleurs, plus tendues dans les espaces fortement bâtis du quartier.

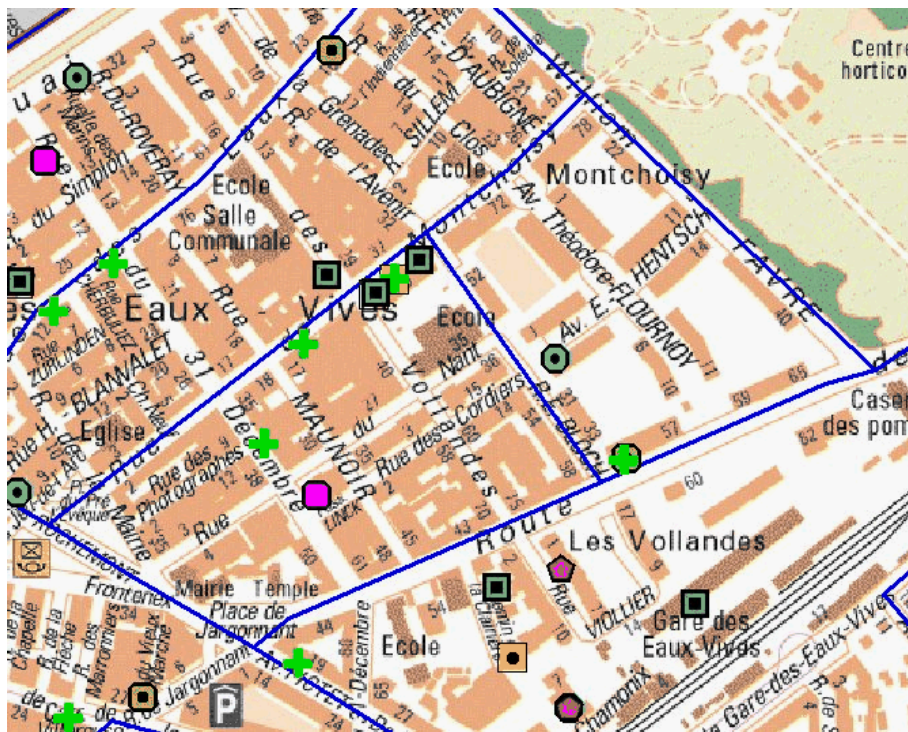
D'un point de vue statistique, **Gustave-Ador** ne se distingue pas du reste du secteur CASS, si ce n'est par la baisse de la densité de sa population de 1990 à 2000 (-8.9 / +3), un indice de vieillissement plus élevé (147 / 106) et des mouvements migratoires importants (394 / 242). Le secteur est marqué par l'ancienneté de son parc immobilier. Il n'y existe pas de logement subventionné.

Le secteur des **Eaux-Vives** révèle, quant à lui, comparativement, une très forte densité de population (439.8 / 163) et d'emploi (177.3 / 27). Les mouvements migratoires sont trois fois plus importants que dans le reste du secteur CASS et les valeurs positives des soldes migratoires et naturels (environ 4 fois supérieurs) contribuent à l'importante augmentation de la population dans ce secteur. Le secteur des **Eaux-Vives**, comme celui des Vollandes,

présente un profil marqué par l'immigration populaire de type euro-méditerranéenne établie. Les **Eaux-Vives** sont également typés comme un « quartier familial ou à logements HLM récents », et un quartier à forte densité de population, de logement et à petite et moyenne criminalité.

C. MONTCHOISY / JARGONANT

EAUX- VIVES	POPULATION		EMPLOIS		LOGEMENTS	
MONTCHOISY	1730		99		1066	
JARGONANT	2298	4028	1031	1130	1817	2883



Institution sociale, de santé et pharmacies

- Autre institution sociale
- Crèche
- EMS et home personnes âgées
- ▲ Hôpital et clinique
- ★ Institution pour adolescent
- ◆ Institution pour handicapé
- Organisation caritative
- ⊕ Pharmacie
- ⊕ Soins à domicile
- ▭ Sous-secteurs statistiques Girec
- ▭ Secteur socio-sanitaire

Au-dessus de la rue de Montchoisy, laissant peu à peu l'animation du secteurs des Eaux-Vives, s'ouvre une zone de plus en plus résidentielle à mesure que l'on se dirige vers la route de Frontenex : ce sont les secteurs de **Jargonnant** et de **Montchoisy**.

La rue de Montchoisy, parallèle à la rue des Eaux-Vives, est moins animée que cette dernière. Nous sommes ici dans le secteur de **Jargonnant**. On y trouve cependant un grand nombre de commerces et de restaurants. En dessus de cette rue, c'est le périmètre résidentiel et moderne du quartier ; en dessous, les rues plus populaires et commerçantes.

Au bout de la rue de Montchoisy, avant d'arriver au parc de la Grange, les rues cèdent la place à de larges squares entre les immeubles, et nous pénétrons dans le secteur de **Montchoisy**. L'ensemble immobilier de Montchoisy, construit entre 1927 (les immeubles de l'architecte Braillard) et 1957 (les immeubles le long de la route de Frontenex), a marqué pendant longtemps la limite de l'extension du quartier des Eaux-Vives. Aujourd'hui, le quartier des Vollandes, qui le prolonge vers le haut, est également en voie d'urbanisation.

A l'instar des secteurs des Eaux-Vives et de Gustave-Ador, et également en raison de sa proximité des quais et de sa densité, Jargonnant connaîtrait un certain sentiment d'insécurité, et passerait aussi pour connaître des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie ainsi que d'être davantage touché par de la petite délinquance (ce sentiment n'est pas vérifié statistiquement).

La médiation ainsi que le dialogue apparaissent comme deux moyens susceptibles de désamorcer ou résoudre certains des conflits. C'est dans cet esprit, que les enseignants de l'école de **Montchoisy** ont décidé d'œuvrer.

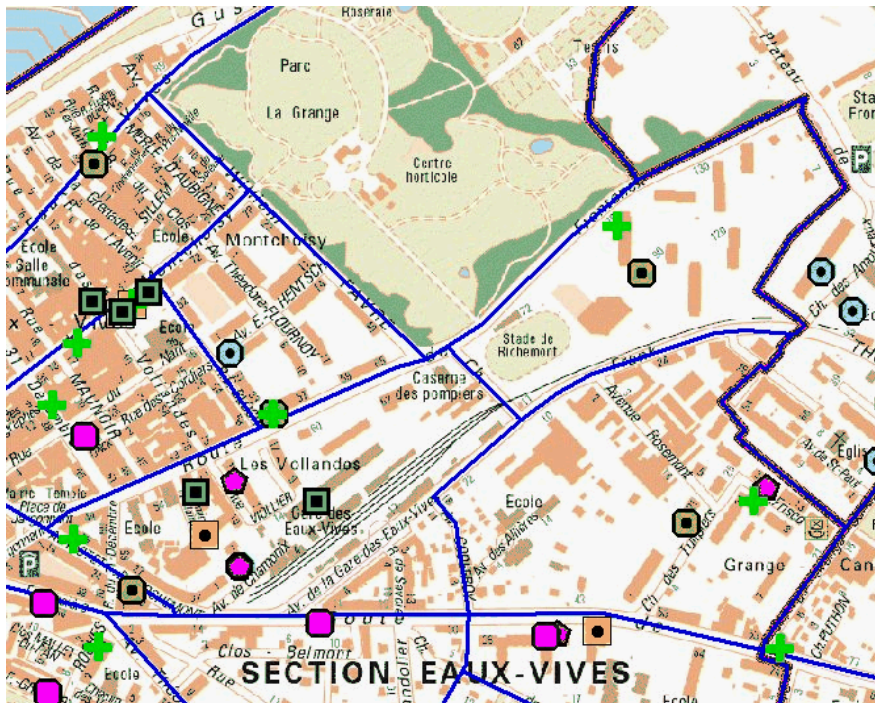
Du point de vue statistique, Jargonnant se caractérise par des densités importantes de populations, de logements et d'emplois. La population y est un peu plus qu'ailleurs d'origine euro-méditerranéenne. Le parc immobilier comprend des immeubles collectifs avec un fort taux de mixité d'affectation, en comparaison avec le reste du secteur CASS.

Montchoisy se caractérise également par une forte densité de population et de logement, mais il fait état d'une très faible densité d'emplois. (99 emplois). L'indice de vieillissement est extrêmement élevé par rapport à la moyenne du secteur (289.8 / 106) et la sur-représentation des Suisses y est très marquée.

Jargonnant se distingue par un forte proportion d'actifs de classes moyennes, un taux d'activités des femmes relativement important, des professions dites « intermédiaires », ainsi que des formations professionnelles et scolaires supérieures. **Montchoisy** rejoint ce type de profil, tout en étant marqué par une immigration populaire et en révélant un taux supérieur de familles avec enfants.

D. LES VOLLANDES / LES ALLIERES

EAUX- VIVES	POPULATION		EMPLOIS		LOGEMENTS	
LES VOLLANDES	1998		507		1262	
LES ALLIERES	2474	4472	715	1222	1177	2439



Institution sociale, de santé et pharmacies

- Autre institution sociale
- Crèche
- EMS et home personnes âgées
- ▲ Hôpital et clinique
- ★ Institution pour adolescent
- ◆ Institution pour handicapé
- Organisation caritative
- ⊕ Pharmacie
- ⊞ Soins à domicile
- ▭ Sous-secteurs statistiques Girec
- ▭ Secteur socio-sanitaire

Au-delà de l'axe formé par la rue de Villereuse, d'une part, et par la route de Frontenex, d'autre part, en s'éloignant du Lac et en montant vers Champel jusqu'à la route de Chêne et la gare des Eaux-Vives, se trouvent deux secteurs d'urbanisation récente, **Les Allières** et **Les Vollandes**, qui semblent tracer une limite dans l'espace urbain : une fois cette dernière franchie, on a le sentiment d'être dans un autre quartier, bien plus résidentiel.

Dans le secteur des **Vollandes**, entre la gare des Eaux-Vives et la route de Chêne, s'étend une zone industrielle et d'entrepôts, aujourd'hui partiellement désaffectée. Plus loin, dans le secteur des **Allières**, un nouveau quartier s'est construit au bout du chemin des Tulipiers. Aménagé autour d'une rue piétonne, il reconstitue un petit centre aux airs de village à côté des immeubles des années 1960. Il nous a été décrit comme un îlot tranquille par les Eaux-Viviens : à la limite de la commune de Genève, il apparaît surtout plus proche du quartier historique de Grange-Canal que de celui des Eaux-Vives.

Le travail en réseau effectué, notamment par le Service social de la Ville, autour du préau de l'école des Vollandes est considéré comme un exemple de travail communautaire, visant à la fois à lutter contre la pollution par le bruit et à résoudre les conflits de voisinage et les tensions intergénérationnelles.

Du point de vue statistique, **Les Vollandes** ne se distingue pas nettement de la moyenne du secteur. **Les Allières** connaissent une densité de population, de logement et d'emploi inférieure à la moyenne du CASS. Toutefois, après la construction du quartier des Tulipiers, c'est le secteur qui connaît, relativement à la moyenne du secteur, la plus forte augmentation de densité de population de 1990 à 2000 (58 / 3). L'indice de vieillissement y est également nettement inférieur, on note une sur-représentation des jeunes enfants de 0 à 9 ans et une faible proportion des plus de 80 ans. Le taux de logements subventionnés (HLM, principalement) y est également supérieur à la moyenne.

Les Vollandes présentent un profil marqué par l'immigration populaire de type euro-méditerranéenne établie.

Les Allières connaissent comme d'autres secteurs (Jargonnant, Rive et De-Roches) un profil défini par une sur-représentation des actifs de classes moyennes, du taux d'activités des femmes, des professions intermédiaires, des formations professionnelles et scolaires supérieures. A la différence de ceux-ci, ils connaissent une immigration populaire et une sur-représentation des familles avec enfants.

E. LA GRANGE / FRONTENEX

EAUX- VIVES	POPULATION		EMPLOIS		LOGEMENTS	
LA GRANGE	93		66		13	
FRONTENEX	1121	1214	585	651	425	438



Institution sociale, de santé et pharmacies

- Autre institution sociale
- Crèche
- EMS et home personnes âgées
- ▲ Hôpital et clinique
- ★ Institution pour adolescent
- ◆ Institution pour handicapé
- Organisation caritative
- ✚ Pharmacie
- Soins à domicile
- ▭ Sous-secteurs statistiques Girec
- ▭ Secteur socio-sanitaire

Au bout du secteur socio-sanitaire, prolongeant les secteurs de Gustave-Ador, des Eaux-Vives et de Montchoisy se trouvent le secteur de **La Grange**, principalement constitué des parcs de La Grange et des Eaux-Vives. Plus haut, au-delà de la route de Frontenex, dans le prolongement des Vollandes, se trouve le secteur, résidentiel, de **Frontenex**.

Statistiquement parlant, Frontenex est caractérisé par une densité de population, de logements et d'emplois inférieure à la moyenne du secteur. L'indice de vieillissement y est plus bas, on y trouve une sur-représentation des 0-19 ans et une sous-représentation des personnes de 65 ans et plus. Les Genevois y sont un peu plus représentés. Le parc immobilier, principalement construit entre 1980 et 1990 connaît une plus forte proportion de logements subventionnés qu'ailleurs.

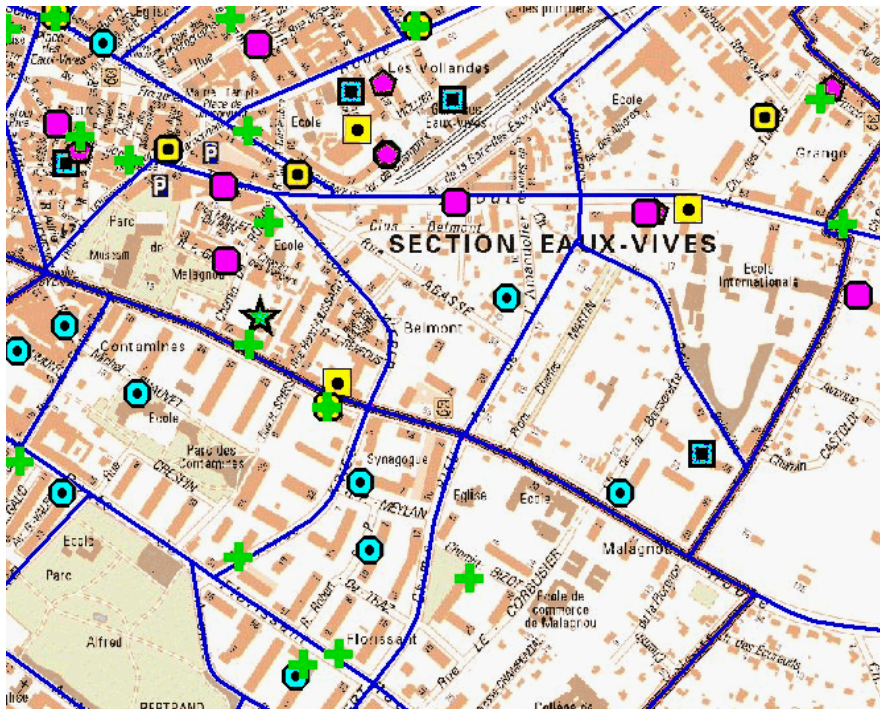
Le sous-secteur de **Frontenex** est typé à la fois par le caractère familial de sa population, son haut standing, et la présence de catégories s'actifs et de professions intermédiaires.

Frontenex est marqué, à l'image des Eaux-Vives, de La Grande-Boissière et La Petite-Boissière par des caractéristiques de quartiers familiaux ou à logements HLM récents. Cependant, il s'oppose aux trois précédents secteurs par l'âge de sa population (quartier jeune).

Le secteur de **La Grange** est très peu peuplé (13 logements, 93 personnes, 66 emplois).

**F. DE-ROCHE / BELMONT
 LA GRANDE-BOISSIERE LA PETITE-BOISSIERE**

EAUX- VIVES	POPULATION	EMPLOIS	LOGEMENTS
DE-ROCHE	2332	732	1419
BELMONT	1028	253	535
LA GRANDE-BOISSIERE	860	873	332
LA PETITE-BOISSIERE	1295	5515	1290
		3131	497
			2783



- Institution sociale, de santé et pharmacies
- Autre institution sociale
- Crèche
- EMS et home personnes âgées
- ▲ Hôpital et clinique
- ★ Institution pour adolescent
- ◆ Institution pour handicapé
- ⊙ Organisation cantative
- ⊕ Pharmacie
- ⊖ Soins à domicile
- ▭ Sous-secteurs statistiques Girec
- ▭ Secteur socio-sanitaire

Au-delà de la route de Chêne, en direction de Champel, le secteur socio-sanitaire des Eaux-Vives s'étend jusqu'à la route de Malagnou. Il est borné à l'est par le chemin de la Chevillarde. Outre l'Ecole internationale, sise dans le secteur dit **La Grande-Boissière**, et des immeubles à vocation commerciale, il regroupe des zones de villas et de résidences dont la population, en moyenne, est plus aisée que celle des régions urbaines.

En revenant vers Villereuse, et longeant la route de Malagnou, nous traversons les secteurs de **La Petite-Boissière**, de **Belmont** et **De-Roches**. Ces quatre secteurs forment un ensemble cohérent. Aux confins du secteur socio-sanitaire des Eaux-Vives, ils semblent être peu intégrés à la géographie mentale des personnes ressources du secteur, ni même à leurs actions de proximité.

La Grande-Boissière, **La Petite-Boissière** et **Belmont** connaissent une densité de population très inférieure à la moyenne du secteur respectivement (71.1, 92.5 & 79.1 / 163). Seul **De-Roches**, à la limite de Villereuse, connaît une densité semblable à la moyenne du secteur. Les quatre secteurs connaissent cependant une très faible densité d'emploi. Les trois premiers secteurs connaissent surtout des habitations individuelles (villas). **La Petite-Boissière** et **La Grande-Boissière** ont connu récemment la construction d'immeubles, dont une partie est subventionnées (HLM ou HCM).

La Petite-Boissière se distingue par une sur-représentation de sa population suisse et **La Grande-Boissière** par une sur-représentation de sa population euro-méditerranéenne. **Belmont** et **De-Roches** restent dans les moyennes du secteur.

De-Roches est principalement typé par une sur-représentation des personnes actives de classes moyennes, du taux d'activité des femmes, des professions intermédiaires, des formations professionnelles et scolaires supérieures.

Belmont et **La Petite-Boissière**, à l'instar de Frontenex, sont typés par le caractère familial de leur population, son haut standing, et la présence de catégories d'actifs et de professions intermédiaires.

La Grande-Boissière est aussi caractérisée par son type familial combiné avec la présence de jeunes migrants à permis annuel (par opposition aux professions intermédiaires).

APPROCHE PAR LE RESEAU

5. Introduction

Dans ce chapitre, nous nous intéressons aux réseaux d'acteurs sociaux, et non pas à l'intervention de réseau, ni à la description des réseaux primaires et secondaires (familles, voisinage, institutions) qui sont tissés autour du « client » ou de l'ayant droit, dans une dialectique entre l'action individuelle et l'action communautaire.

Les relations quotidiennes et informelles qu'entretiennent les habitants du quartier ne sont pas décrites ici (cf. thématiques). Ces interactions jouent pourtant un rôle essentiel et ne sont pas à sous-estimer pour le travail collectif / de réseau. Elles constituent la trame des relations sociales et sont un baromètre de la convivialité effective dans le quartier.

Nous nous intéressons donc ici spécifiquement aux individus, aux groupes et aux institutions en mesure d'intervenir dans le champ social (ou dans l'espace public) dans le cadre de la *promotion* de la santé et de la qualité de la vie, ainsi que de la *prévention* de leur dégradation : un ensemble d'acteurs institutionnels et associatifs dans les quartiers.

Comme nous l'avons vu, l'Etat contemporain, dans sa nouvelle politique sociale, veut s'appuyer sur des partenaires issus de la société civile. Il met en place des coordinations à multiples niveaux, du travail en réseaux, en étant souvent un acteur parmi d'autres et non plus le décideur principal. Ses interventions publiques visent à s'inscrire dans un partenariat entre l'Etat et la société civile, dit autrement, dans un esprit de *gouvernance urbaine*. Cette nouvelle approche vise la valorisation des compétences individuelles et collectives, par l'activation de réseaux associatifs et / ou informels.

Par ailleurs, les pouvoirs publics cherchent également à améliorer l'accès à la citoyenneté sociale de certains individus ou de certains groupes défavorisés, des jeunes générations tenues en marge par les restructurations du marché du travail, des étrangers, etc. L'action communautaire peut également être un levier pour une telle politique.

Dans cette recherche, nous avons notamment eu pour objectif de partir à la rencontre des *acteurs* du quartiers, de ceux qui constituent le *réseau* institutionnel et associatif, véritable *ressource* pour l'action sociale et sanitaire. De plus, il s'agissait de commencer à procéder au recensement des réseaux potentiels ou actifs existant dans les secteurs, pour faciliter le démarrage des équipes de terrain. Enfin, notre recherche permettait d'annoncer l'arrivée des futures équipes du Service social et d'en préparer les terrain.

Le réseau d'acteurs est une ressource incontournable. Travailler sur le terrain du communautaire signifie ainsi :

- Connaître les structures politiques et administratives (Ville, Canton, Confédération) ;
- Intégrer les organigrammes et se tenir au courant de leur transformation ;
- Comprendre les missions et les cahiers des charges de chacun ;
- Se faire son propre carnet d'adresses et ses propres notes de terrain.

Nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle les travailleurs communautaires devront insérer leurs actions dans trois types de réseaux qui s'entrecroisent :

- Le réseau socio-sanitaire, principalement autour des **CASS** ;
- Le réseau socio-éducatif et socio-culturel, principalement autour des **Maisons de quartier** ;
- Le réseau associatif (société civile et mouvements sociaux) , principalement autour des Associations de quartier ou d'habitants, notamment la **Coordination de quartier** (pour les Eaux-Vives).

Après avoir contacté et interviewé les trois types d'acteurs, nous avons opté pour une méthode en grappe : il s'agit de demander aux premières personnes interrogées qui seraient les personnes les plus adéquates, pour se prononcer sur la vie de quartier et pourquoi. Cela revient à obtenir des « arbres » d'individus et à repérer un nombre limité de personnes-ressources situées aux nœuds du réseau et selon leurs domaines de compétence. Concrètement, les « personnes ressources » sont des « experts sociaux », soit des « professionnels » ayant une connaissance à travers leur travail au sein d'une institution (des travailleurs sociaux, des animateurs), soit des « amateurs » ayant une connaissance de l'intérieur, vécue (habitants du quartier, parents d'élève actifs dans des associations, initiateurs d'actions collectives, etc.). En fait, nous avons essayé de cibler par nos entretiens cette « expertise sociale » et non pas de couvrir toutes les catégories de populations existantes.

Il est vrai que, de par notre choix méthodologique (accès à l'information par la médiation de personnes-ressources du quartier), nous n'entrons pas directement en contact avec les populations les plus marginales, qui sont pourtant celles qui, d'une part, auraient le plus *besoin* d'une assistance socio-sanitaire et, d'autre part, auraient le plus de difficulté à s'organiser comme acteur collectif.

Rappelons que nous avons accepté cette limite méthodologique en connaissance de cause. En premier lieu, en nous mettant à la place des futurs agents communautaires, nous avons jugé prioritaire de commencer par décrire le quartier, en nous appuyant sur les *perceptions et les représentations de ses acteurs principaux*, ceux avec lesquels les travailleurs communautaires seront susceptibles de collaborer ; cette démarche nous permettait également de décrire, *en partant des centres*, les réseaux en vigueur dans le quartier.

En second lieu, le travail *sur* (sociologue) *et avec* (travailleurs sociaux) les populations en voie de précarisation, de marginalisation - voire d'exclusion sociale - est celui qui demande le plus de permanence sur le terrain : il s'agit de pouvoir approcher des personnes, dont la précarité n'est pas patente, et qui parfois se la cachent à elles-mêmes, en espérant des jours meilleurs. Nous avons pensé qu'une recherche de terrain de cinq mois ne nous permettait pas d'entrer réellement en contact avec les populations les plus marginalisées.

Dans la prochaine section, nous donnons une synthèse des réseaux tels que nous les avons observés dans les deux secteurs CASS. Lors de nos entretiens, nous avons posé une série de questions sur le réseau institutionnel et associatif. Dans la section suivante, nous revenons, de manière synthétique, sur deux des thématiques abordées : le rapport des personnes ressources à l'administration, et au CASS en particulier, et l'engagement des habitants du quartier.

6. Le réseau socio-sanitaire aux Eaux-Vives

6.1. Le réseau « Eaux-Vives »

Les Eaux-Vives rassemblent une offre associative, sociale et sanitaire, importante. La Maison de quartier y participe largement puisqu'elle constitue l'un des principaux agents de l'action collective locale. Outre l'offre socio-éducative et socio-culturelle proposée, elle contribue à animer de manière intense la vie du quartier et rassemble autour d'elle de très nombreux partenaires.

Le **CASS**, récemment installé dans de nouveaux locaux, constitue, pour sa part, l'acteur socio-sanitaire du quartier. Pourtant, le manque de visibilité, la stigmatisation, par les habitants, du lieu et des prestations offertes, ainsi que la parcimonieuse diffusion d'information, ne lui confèrent pas le rôle qui pourrait être le sien, à savoir un partenaire incontournable dans la résolution des problématiques du quartier.

Dans le secteur des Eaux-Vives, on note, depuis 2000, l'existence d'une structure dénommée « **Coordination de quartier** ». Cette dernière, animée par la **Maison de quartier**, regroupe certaines associations et institutions du secteur et propose, bi-annuellement, à ses membres une séance d'échanges et d'informations sur les problématiques du quartier.

Cette plate-forme, construite progressivement à partir des différents groupes de travail du quartier, vise à rassembler, au sein d'une structure souple, les multiples acteurs collectifs du quartier. Elle est ouverte à toute association désireuse de la rejoindre. En effet, toute association ou institution, indépendamment de son domaine (social, sanitaire, éducatif, religieux, ou autre) ou champs d'action (cantonal, communal, privé) peut, de manière épisodique ou régulière, participer à la Coordination et aux débats qui s'y déroulent. A noter que de nombreux informateurs déplorent le fait que les associations d'étrangers y soient absentes.

Ainsi, à l'instar des groupes de travail thématiques du quartier (« Temps libre », « Préaux », et « Circulation ») ou du projet « voisins-voisines », la Coordination du quartier semble s'imposer comme le lieu de réunion des divers réseaux des Eaux-Vives, une plate-forme pouvant susciter chez ses participants de nouvelles collaborations. A n'en pas douter une source de synergie importante pour le secteur.

Sous réserve de changements, elle se compose, actuellement, les groupes suivants :

Maison de quartier des Eaux -Vives

Le Crad'Eau

Association des parents d'élèves des Eaux-Vives
(APEEV)

Association « Vivre aux Eaux -Vives »

Association des habitants de Villereuse-Terrassière

Service Santé Jeunesse (dont une infirmière des
écoles)

Îlotiers de la gendarmerie cantonale et Agents de
Ville

Paroisses protestante et catholique des Eaux-Vives

Centre d'Action Sociale et de Santé (CASS)

Service d'aide aux requérants d'asile

Secrétariat général du parascolaire

Inspecteur scolaire

Parascolaire et enseignants des écoles : Ecole des
Eaux-Vives, du 31 Décembre, de Montchoisy, des
Vollandes, de Pré -Picot et de Roches

Crèches et jardins d'enfants des Eaux-Vives : la
Grenade, Petite Maison de Frontenex,

Barque-en-ciel, la Flotille, Pré-Picot

Ludothèques des Eaux -Vives et de Pré -Picot

Bibliothèque des Eaux -Vives

Les trois associations
des restaurants scolaires du quartier

Groupe « Temps libre »

« Voisins, voisines »

Groupe « Préaux »

Groupe « Circulation »

De manière schématique, indicative et non exhaustive voilà comment se distribuent les acteurs du secteur « Eaux-Vives » :

Acteurs socio-sanitaires	Acteurs socio-éducatifs et socio-culturels institutionnels	Acteurs associatifs	Autres acteurs
CASS - Hospice - FSASD Service Santé Jeunesse Service de protection de la jeunesse Clinique dentaire de la jeunesse EMS Service médico-pédagogique des Eaux - Vives Service d'aide aux requérants d'asile Privés Pharmacies Permanence médicale Médecins Etc.	Maison de quartier Crad'EAU Ecoles - Enseignants - Concierges - Inspecteur Collèges / cycles, etc. Crèches, garderies et jardins d'enfants Associations des restaurants scolaires GIAP Ludothèques Club d'aînés Etc.	Coordination de quartier Associations d'habitants Association des parents d'élèves Vestiaire du CSP Vêt'shop de la Croix-Rouge Conseil des anciens de Genève Point d'eau, rive gauche Etc.	Paroisses protestante et catholique des Eaux-Vives Centre juif Beth Habad Centre islamique de Genève Ilotiers cantonaux Ilotiers municipaux Etc.

7. Rapport à l'administration et engagement des habitants

7.1. Rapport à l'administration

A. EAUX-VIVES

- L'administration et ses services apparaissent parfois opaques et difficiles d'accès.
- Sans demander à ce que l'Etat se substitue entièrement à l'initiative privée, nos interlocuteurs attendent de lui qu'il réponde de manière circonstanciée aux sollicitations et le cas échéant facilite les actions ou revendications émises par les habitants, en les appuyant.

7.2. Engagement des habitants du quartier

A. EAUX-VIVES

- Le réseau, privé et public, des Eaux-Vives est décrit comme particulièrement dense.
- Toutefois, nos informateurs relèvent la difficulté d'intéresser et de rassembler les résidents lors d'activités communes et *a fortiori* lors d'actions collectives.
- L'activité associative est décrite comme dévoreuse d'énergie et de temps, les structures de mobilisation collective comme lentes, compliquées, formalistes.
- Dans ce sens, le sentiment que l'engagement citoyen, militant ou bénévole serait une ressource rare est fréquemment évoqué.
- Une nouvelle fois, il semble qu'il s'agisse d'imaginer des fonctionnements associatifs nouveaux, pouvant permettre de concilier selon un paradigme différent, vie privée, vie professionnelle et engagement pour le quartier.

PRESENTATION DES ANNEXES

Annexe 1 : Lieux, institutions, associations, réseaux
par Secteur CASS
par sous -secteur statistique (GIREC)

Annexe 2 : Institutions sociales et de santé
par secteur socio-sanitaire : Eaux - Vives

Annexe 3 : Les thématiques socio-sanitaires et le réseau
Eaux - Vives

Annexe 4 : Dossier de presse
Eaux - Vives