

Inégalités sociales de santé : influence des milieux de vie

Maria De Koninck, Marie-Jeanne Disant, Robert Pampalon et

La santé au risque du social
Numéro 55, Printemps 2006

URI : id.erudit.org/iderudit/013230ar
DOI : [10.7202/013230ar](https://doi.org/10.7202/013230ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN 1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Maria De Koninck, Marie-Jeanne Disant, Robert Pampalon et
"Inégalités sociales de santé : influence des milieux de vie."
Lien social et Politiques 55 (2006): 125–136. DOI :
[10.7202/013230ar](https://doi.org/10.7202/013230ar)

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 2006

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

Inégalités sociales de santé: influence des milieux de vie

**Maria De Koninck, Marie-Jeanne Disant, Robert Pampalon
et l'Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé**

Depuis quelques années les études se multiplient sur les inégalités sociales de santé (Krieger, 2001; Syme et Frohlich, 2002) et sur différentes dimensions en lien avec la construction de ces problèmes, inégalités de revenu (Lynch et al., 2004), statut professionnel (Kunst et al., 1998), statut matrimonial (Seeman et Crimmins, 2001), environnement social (Berkman et al., 2000), conditions matérielles et sociales précaires (Leclerc et al., 2000; Pampalon et Raymond, 2000; Pampalon, 2002). Il s'agit en effet d'une question centrale pour la santé publique, comme le reconnaît *Le programme national de santé publique 2003-2012* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003), qui identifie la réduction des inégalités de santé comme l'un de ses quatre grands défis; mais la poursuite de recherches s'avère nécessaire (De Koninck et Fassin, 2004).

Pour participer aux avancées scientifiques sur la construction de

ces inégalités, qui se traduisent dans des états de santé différenciés, et contribuer à l'élaboration de politiques et d'interventions, nous menons depuis 2002 une recherche¹ dans trois territoires de la région de Québec (centre-ville, banlieue et milieu rural). Notre démarche postule que l'état de santé est le résultat d'une conjugaison de facteurs et d'un cumul d'expériences ou d'événements. Aussi, notre étude combine différentes approches et sources de données, selon une perspective écologique, s'attardant à l'influence de l'environnement local sur la santé, avec un intérêt particulier pour les milieux familial et de travail. Il s'agit ici de mieux comprendre les interactions entre ces différents environnements et d'identifier les facteurs protecteurs et de risque qu'ils comportent (De Koninck et al., 2002). Nous souhaitons contribuer à la recherche sur l'influence des milieux de vie sur la santé, réalité dont la compréhension et la mesure font

l'objet de préoccupations croissantes (Macintyre et al., 1993; Sooman et Macintyre, 1995; Robert, 1999; Macintyre et al., 2002). La question de recherche est la suivante: comment se fait-il que des populations de statut socioéconomique comparable présentent un état de santé différent?

Nous avons choisi trois territoires de la région de Québec aux bilans de santé contrastés, en postulant qu'ils présenteraient des différences susceptibles d'expliquer ces contrastes. Ces différences se situeraient dans des déterminants sociaux identifiables seulement à l'aide d'analyses fines. Ainsi, pour chacun de ces territoires, des facteurs et des dimensions spécifiques ont été analysés afin de repérer s'il existe des variations significatives entre eux. Le choix de ces territoires s'est ancré en premier lieu dans les connaissances développées jusqu'ici et qui sont porteuses d'un potentiel explicatif et en second lieu dans les

résultats d'analyses identifiant des écarts entre les territoires.

La santé de la population est conçue dans le plan de recherche comme étant la résultante d'une série de déterminants interagissant avec les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, éducation, revenu), les habitudes de vie (consommation de tabac, activités physiques, alimentation) et les expériences des individus, incluant leur inscription dans des réseaux sociaux (House et al., 1988; Evans et al., 1996). Les individus se meuvent dans les trois milieux sociaux que sont le travail, la famille et le milieu local. Si le milieu familial est souvent inséré dans le milieu local, le milieu de travail l'est moins, les individus occupant souvent un emploi hors de leur milieu local.

Nous traiterons dans cet article plus spécifiquement du milieu local et des éléments participant à la construction sociale des inégalités observées dans les territoires étudiés.

Méthodologie

Pour rendre compte de la réalité du milieu local, nous avons donc choisi de comparer trois territoires de la région de Québec, typiques des

milieux industrialisés d'Amérique du Nord et d'Europe dont la taille se rapproche de celle des secteurs retenus dans une étude réalisée en Écosse avec des visées en partie similaires aux nôtres (Macintyre et al., 1993). Ces territoires correspondent à deux arrondissements de la ville de Québec, soit Limoilou (ancienne banlieue ouvrière située maintenant dans les quartiers centraux de Québec) et Charlesbourg (banlieue située au nord de Québec, qui s'est développée à partir des années cinquante), et à la municipalité régionale de comté (MRC) de Portneuf (milieu essentiellement rural, selon la définition de Statistique Canada, situé à l'ouest de l'agglomération de Québec).

La sélection de ces territoires repose sur les indices de défavorisation sociale et matérielle développés par Pampalon et Raymond (2003) ainsi que sur quatre indices de l'état de santé relatifs à la mortalité et à l'admission dans les hôpitaux². Afin de nous assurer de la validité des contrastes, nous avons effectué une vérification empirique en visitant les territoires étudiés.

Selon les données recueillies à partir des résultats du recensement canadien de 1996 et des fichiers santé, les arrondissements de Charlesbourg et de Limoilou se distinguent tant par la structure par âge de leur population que par leur niveau de défavorisation matérielle et sociale, et par leur état de santé. Charlesbourg a une population plus jeune et un bilan socioéconomique et sanitaire plus positif que Limoilou. Le cas de la MRC de Portneuf est plus nuancé. Cette MRC allie un bilan de santé proche de celui de Charlesbourg et un niveau de défavorisation matérielle équivalent à celui de Limoilou, et la pro-

portion de jeunes y est plus élevée que dans les deux autres territoires. Elle affiche par ailleurs un niveau de défavorisation sociale inférieur à celui des deux autres territoires; cette distinction entre milieux rural et urbain a déjà été mise en évidence, tant dans la région de Québec que dans le Québec tout entier (Pampalon et al., 2005a).

Nous avons adopté une approche multidisciplinaire et utilisé des méthodes quantitatives et qualitatives. Dans la réalisation de ce projet, soulignons l'apport inestimable d'un comité conseil composé d'acteurs locaux provenant des trois territoires sélectionnés, qui ont été invités à suivre toutes les phases du projet. Nous avons pu tirer profit de leur connaissance des milieux.

Comme première étape et afin de tracer le portrait le plus fidèle possible du territoire, nous avons exploité différentes banques de données administratives³; les données obtenues, dont certaines ont été validées sur le terrain, ont été introduites dans un système d'information géographique (SIG). Nous avons considéré les ressources physiques et sociales et les espaces vécus de chacun des territoires. Les ressources physiques comprennent l'habitat et l'ensemble des infrastructures privées et publiques qui définissent les conditions matérielles dans lesquelles les individus vivent et qui influencent la santé (Robert, 1999). Nous avons colligé des informations sur ces conditions: habitat, infrastructures sociosanitaires et socio-créatives, transport. Les ressources sociales correspondent notamment à la manière dont les membres du milieu local organisent leurs relations sociales. En nous appuyant sur les travaux qui ont montré que ces

ressources sociales peuvent avoir une influence sur la santé, nous avons retenu l'hypothèse que la qualité et la densité des liens sociaux (Kawachi et Kennedy, 1997; Lomas, 1998) peuvent jouer un rôle dans l'explication des écarts de santé observés dans les territoires étudiés, au-delà des caractéristiques physiques et socioéconomiques (House et al., 1988; Coleman, 1990; Macintyre et al., 1993; Putnam, 1993; Sooman et Macintyre, 1995; Yen et Syme, 1999; Diez-Roux et al., 2001). Nous avons donc documenté cette dimension: dynamiques communautaires et sociales incluant les situations de développement social et de l'emploi, le rapport des résidentes et résidents à leur milieu et la cohésion sociale.

Ainsi, nous avons mené des enquêtes auprès d'informateurs clés pour cerner le plus précisément possible les différentes réalités territoriales en matière de services à la petite enfance et d'éducation, d'emploi et de santé mentale. Une enquête par entrevues téléphoniques afin de recueillir les perceptions des répondants d'un échantillon représentatif de la population adulte de chacun de nos trois territoires, sur leur milieu local⁴, familial, professionnel et sur leur santé a été menée du 17 février au 24 mars 2004. Nous avons obtenu un taux de réponses de 67%, soit un total de 1805 questionnaires validés, 558 à Limoilou, 608 à Charlesbourg et 639 à Portneuf. Le questionnaire comptait 170 questions permettant de documenter les caractéristiques sociales et démographiques, le milieu familial, le milieu de travail, le milieu local et la santé. Nous avons ensuite, à partir d'une liste de 419 volontaires identifiés au moment de l'enquête téléphonique, construit un échantillon pour des entrevues face à face⁵. Entre février et mai

2005, nous avons mené 15 entrevues semi-structurées par territoire⁶. La question suivante amorçait l'entrevue: «Pouvez-vous me raconter comment vous en êtes arrivé-e à vivre ici?». Le guide d'entretien était conçu de façon à amener les participants et participantes à parler de leur milieu de vie local, de leur famille, de leur travail et de leur santé.

En lien avec nos objectifs de recherche, consistant à mieux comprendre la construction des inégalités de santé dans les territoires ciblés, il était nécessaire de définir le milieu local. En effet, il n'existe pas de définition théorique unique de ce qui constitue le milieu local. Dans la plupart des études, toutefois, il s'agit du territoire correspondant aux environs immédiats du lieu d'habitation, au voisinage (*neighborhood*), et à des unités géostatistiques issues des recensements, tels le *ward*, en Angleterre, le *block*, aux États-Unis, ou l'aire de diffusion, au Canada. Dans le cadre de nos travaux, nous avons réalisé un découpage territorial original de chacun des territoires en unités d'analyse fine que nous avons nommées «unités de voisinage» en combinant des données historiques, des données socioéconomiques et la perception d'acteurs locaux. Cette approche nous permet de tenir compte des dimensions économiques, sociales, politiques et culturelles qui dynamisent et caractérisent la vie de chacun des territoires. Ce découpage, dont les différentes étapes sont décrites ailleurs (Lebel, 2004), nous a permis d'étudier les différenciations sociales qui s'opèrent entre nos trois territoires mais aussi à l'intérieur de ces territoires. Dans ce qui suit, nous précisons les différences observées entre les territoires et formulerons des hypothèses

à partir des informations recueillies sur le rapport des populations à leur milieu de vie.

Défavorisation matérielle et sociale et inégalités de santé dans les territoires

Les indices de défavorisation matérielle et sociale tout comme les différentes données socioéconomiques démontrent clairement la situation plus difficile de la population de Limoilou. Par rapport aux deux autres territoires et à la moyenne québécoise, le niveau de défavorisation sociale et matérielle y est plus élevé (tableau 1), la population y est moins riche, moins scolarisée et plus touchée par le chômage, mais aussi davantage isolée (plus de personnes vivant seules, de personnes divorcées et de familles monoparentales). Les inégalités socioéconomiques se reflètent également dans un ensemble d'indicateurs relatifs à la pauvreté, à l'emploi ou à l'instruction: taux de faible revenu, de personnes bénéficiaires de l'assistance emploi, de faible fréquentation scolaire des jeunes et de retard scolaire à l'école primaire et secondaire.

Dans Portneuf, s'il y a une défavorisation, elle est avant tout matérielle et associée au fait que les revenus moyens (ceux des femmes notamment) sont plus faibles et la population moins scolarisée. La défavorisation sociale est moindre qu'à Charlesbourg: peu de personnes vivent seules et les familles monoparentales sont moins nombreuses. On observe également que le taux de faible revenu est le moins important des trois territoires. Les autres indicateurs socioéconomiques témoignent d'une situation plus proche de celle de Charlesbourg que de celle de Limoilou. Quant à Charlesbourg, ce

(moins de chômage, moins de bénéficiaires de l'assistance emploi et meilleur taux d'activité), la scolarité y est aussi plus élevée.

Par ailleurs, d'après les données dont nous disposons, des contrastes existent non seulement entre les territoires mais également à l'intérieur de chacun de ceux-ci. L'analyse des conditions socioéconomiques de la population, selon les unités de voisinage, fait ressortir un niveau de défavorisation sociale élevé sur tout le territoire de Limoilou, toutes les unités affichant des scores plus élevés que la moyenne québécoise (variant entre 4 et 5). En ce qui concerne la défavorisation matérielle, les variations sont plus importantes (allant de

2 à 5) mais seules deux unités non contiguës sont moins défavorisées que la moyenne québécoise. Il s'agit d'unités situées respectivement au nord et au cœur du quartier; la première compte un bon nombre d'habitations unifamiliales, rares dans Limoilou, et la seconde connaît les premiers effets de la revitalisation de son artère commerciale.

À Portneuf, le niveau de défavorisation sociale varie assez peu (entre 2 et 3,7) et reste proche de la moyenne québécoise (à l'exception d'une unité); les écarts de défavorisation matérielle sont légèrement plus élevés (entre 2,8 et 4,2), l'est du territoire obtenant les meilleurs résultats. Les inégalités socioécono-

128

territoire se distingue nettement des deux autres sur le plan de la défavorisation matérielle; les résidentes et résidents y sont plus fortunés, la situation de l'emploi y est meilleure

Tableau 1. Caractéristiques socioéconomiques des populations

Indicateurs socioéconomiques		Limoilou	Charlesbourg	Portneuf	Le Québec
Défavorisation matérielle ^a	Indice	3,7	2,3	3,6	3,0
Défavorisation sociale ^b	Indice	4,6	3,1	2,5	3,0
Revenu moyen femme ^c	\$	16 915	21 434	17 107	21 286
Revenu moyen homme ^c	\$	22 137	32 930	29 487	33 117
Faible revenu ^d	%	43,5	17,9	11,9	19,1
Faible scolarité ^e	%	37,2	24,9	36,2	32,8
Personnes seules ^f	%	26,8	12,7	11,5	12,5
Familles monoparentales ^g	%	28,2	17,7	12,6	16,6
Non-scolarisation jeune ^h	%	33,2	27,6	31,6	33,2
Taux de chômage ⁱ	%	8,2	7,0	8,5	8,2
Taux d'activité ^j	%	53,9	62,7	59,2	64,2
Assistance-emploi ^k	%	19,4	5,4	6,5	8,2

Sources : Recensement canadien, année 2001, et MESS, 2004.

- Reflète principalement l'emploi, la scolarité et le revenu (1 = très favorisé, 5 = très défavorisé).
- Reflète le fait de vivre seul, d'être en famille monoparentale, séparé, divorcé, veuf (1 = très favorisé, 5 = très défavorisé).
- Revenu moyen des personnes de 15 ans et plus ayant déclaré un revenu en dollars.
- Famille et personne consacrant 20 % de plus que la moyenne générale à la nourriture, au logement et à l'habillement.
- Population sans grade, certificat ou diplôme dans la population de 15 ans et plus.
- Personnes vivant seules dans la population de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés.
- Familles monoparentales dans l'ensemble des familles.
- Fréquentation d'un établissement scolaire des 15 à 24 ans dans la population des 15-24 ans.
- Population de 15 ans et plus au chômage dans la population active.
- Population de 15 ans et plus occupée ou au chômage dans la population de 15 ans et plus.
- Ratio de prestataires de l'assistance emploi par rapport à la population de 15 à 65 ans.

miques se constatent principalement entre la partie ouest, plus éloignée du pôle urbain de Québec, et la partie est, qui, gagnée par l'étalement urbain de l'agglomération de Québec, se transforme graduellement depuis quelques années.

À Charlesbourg, les niveaux de défavorisation sociale et surtout matérielle sont peu élevés dans une grande partie du territoire; cette situation tranche avec le niveau élevé de défavorisation matérielle (de 2,7 à 3,9) et surtout sociale (de 4,2 à 4,7) des unités de voisinage situées au sud du territoire (connexe à Limoilou). Les inégalités socioéconomiques sont observées entre les secteurs plus anciens situés dans la proche couronne de la banlieue de Québec (au sud du territoire) et les secteurs plus éloignés et plus récemment développés (au nord et dans le centre-est du territoire).

Les informations disponibles sur l'état de santé de la population des trois territoires, complétées par les résultats obtenus lors de notre enquête téléphonique, tracent un portrait sans surprise, à savoir que la défavorisation s'accompagne d'une plus grande fréquence des problèmes de santé. Il nous faut exclure toute considération de disponibilité et d'accessibilité aux ressources de santé, motifs souvent évoqués pour expliquer des bilans de santé plus négatifs dans les milieux défavorisés. Notre analyse de l'accessibilité géographique des services de proximité de santé, ainsi que le repérage des ressources d'hébergement pour personnes âgées, ne permet pas de conclure à des disparités sur ces dimensions entre les territoires (Castonguay, 2004).

Il ressort que, pour la plupart des indicateurs de santé, Limoilou se dif-

férencie significativement des deux autres territoires. Le bilan est plus négatif pour chacun de ces indicateurs, extraits des fichiers santé et ajustés selon l'âge et le sexe: espérance de vie, espérance de santé et (chez les moins de 65 ans) mortalité, incapacités, hospitalisation générale et hospitalisation pour troubles mentaux (tableau 2). Il l'est aussi pour les indicateurs suivants, tirés de notre enquête téléphonique: santé perçue, limitations de longue durée, incapacités de courte durée dans les activités de la vie quotidienne, sentiment de contrôle. De plus, on constate, toujours en comparant Limoilou aux deux autres territoires, que les répondantes et répondants y sont proportionnellement plus nombreux à fumer, à consulter pour leur santé physique et mentale, à recevoir une médication, à ne pas consulter régulièrement un dentiste et à avoir eu une expérience d'insécurité alimentaire. Signalons que ces tendances sont corroborées par les résultats de l'ESCC 2003, dans laquelle sont mises en perspective les données du CLSC de Basse-Ville-Limoilou-Vanier, du CLSC La Source et de celui de Portneuf (Statistique Canada, 2003). Si les territoires de ces CLSC ne recourent pas complètement nos territoires, nous relevons les mêmes disparités que cette étude.

On tend à observer la même correspondance entre défavorisation et inégalités de santé à l'échelle d'unités spatiales plus petites que les trois territoires. En premier lieu, l'est de Portneuf et les deux unités plus favorisées de Limoilou se différencient des autres unités de leur territoire par un bilan sociosanitaire plus positif, alors que le sud de Charlesbourg, plus défavorisé, offre un bilan de santé plus négatif que le reste du ter-

ritoire. En second lieu, au niveau des unités de voisinage, l'état de santé n'est pas complètement déterminé par le niveau de défavorisation matérielle. Ainsi, si les unités plus favorisées de Limoilou ont, sur le plan matériel⁷, des niveaux de défavorisation qui les rapprochent des secteurs plus favorisés de Portneuf, les bilans de santé sont loin d'être équivalents, et cela au détriment de Limoilou. Comment interpréter ces disparités mises en évidence par l'indice de défavorisation sociale, que recouvrent-elles?

Quelques pistes d'interprétation

Nous disposons d'informations qui permettent de formuler un certain nombre d'hypothèses pour tenter d'expliquer (et non pas de justifier) les écarts observés, qui correspondent aux inégalités sociales (ou socialement construites) de santé. Dans ce qui suit, nous nous arrêtons de façon plus spécifique sur le rapport des résidentes et résidents à leur milieu de vie, qui ressort de nos analyses comme étant une composante de cette construction des inégalités se répercutant sur leur santé.

Les données associées à l'indice de défavorisation sociale nous indiquent que dans les secteurs économiquement plus défavorisés se retrouvent des populations aux prises avec des situations sociales considérées comme plus difficiles (monoparentalité, isolement, pauvreté, chômage et assistance emploi, etc.). Des hypothèses peuvent être formulées concernant la composition de cette population sur la base de ses caractéristiques mais aussi sur la base du contexte, soit ce qu'offre le milieu (De Koninck et Pampalon, 2005). Cette composition et ce contexte peuvent aussi être abordés

Tableau 2. État de santé des populations

Indicateurs santé		Limouilou	Charlesbourg	Portneuf	Le Québec
Espérance de vie à la naissance ^a					
Femmes	EV	80,8	<u>83,9</u>	<u>83,2</u>	82,1
Hommes	EV	72,5	<u>77,6</u>	75,6	76,0
Total	EV	77,1	<u>81,0</u>	79,4	79,1
Espérance de santé à la naissance ^b					
Femmes	ES	73,1	<u>78,0</u>	<u>77,8</u>	76,3
Hommes	ES	67,1	<u>73,5</u>	71,3	71,5
Total	ES	70,6	<u>76,0</u>	<u>75,0</u>	74,0
Mortalité					
Moins 65 ans	<i>n</i>	126	620	86	12 826
	Taux ^c	<u>327</u>	181	213	204
Incapacité ^d					
Moins 65 ans	<i>n</i>	2090	1 920	1435	221 790
	Taux ^e	<u>5,57</u>	3,05	3,68	3,58
Hospitalisation générale					
Moins 65 ans	<i>n</i>	5143	6 765	3939	687 925
	Taux ^e	<u>14,4</u>	<u>11,3</u>	10,6	11,0
Hospitalisation troubles mentaux					
Moins 65 ans	<i>n</i>	651	424	184	34 563
	Taux ^e	<u>1 705</u>	<u>707</u>	474	551
Incidence du cancer					
Moins 65 ans	<i>n</i>	66	106	64	8816
	Taux ^e	<u>168</u>	146	152	140

Sources : Fichier des décès, années 1998 à 2002; Recensement canadien, année 2001; Méd-Écho, années 2000 à 2002; Registre des tumeurs, années 1998 à 2001.

Note : Les valeurs de ce tableau comportent toutes un certain niveau d'imprécision, en raison du nombre d'événements considérés et (ou) de l'ampleur des variations enregistrées. Les valeurs dont on peut dire qu'elles diffèrent de la valeur de l'arrondissement ou de celle de l'ensemble du Québec, malgré leur niveau d'imprécision, sont soulignées (valeur supérieure à celle du Québec, $p < 0,05$) ou apparaissent en blanc (valeur inférieure à celle du Québec, $p < 0,05$).

- Nombre moyen d'années à vivre à la naissance.
- Nombre moyen d'années à vivre à la naissance sans incapacité.
- Taux pour 100 000 personnes ajusté selon l'âge et le sexe de la population.
- Personnes ayant souvent réduit ou éprouvé de la difficulté à réaliser leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus).
- Taux pour 100 personnes, ajusté selon l'âge et le sexe de la population.

sous un angle qui ouvre à la réflexion sur les liens qu'entretiennent les populations avec leurs milieux de vie et sur le plan des expériences individuelles. Nous avons aussi obtenu des informations sur les trajectoires individuelles. Ces dernières témoignent de la mobilité des personnes (mobilité professionnelle et résidentielle). Nous en tenons compte dans nos interprétations.

Nous disposons d'informations de nature sociodémographique (origine et mobilité, possession ou non d'une propriété) et de nature psychosociale (appartenance, milieu de vie de référence, représentations, sentiment de contrôle) témoignant de différences entre les territoires. Ainsi, les résultats tendent à mettre en évidence la force des liens qu'entretient la population de Portneuf avec son territoire; cette force pourrait expliquer tout au moins en partie les écarts de son bilan de santé avec celui de Limouilou, puisque la situation de défavorisation matérielle dans ces deux territoires se compare. Ces liens apparaissent non seulement davantage ancrés qu'à Limouilou et même Charlesbourg mais aussi tissés dans les différentes sphères de la vie sociale. Par ailleurs, les données recueillies à Limouilou révèlent des

modes d'appropriation différents du territoire, une connotation plus négative du territoire ainsi que des interactions entre les niveaux individuel et collectif au chapitre du potentiel d'action sur l'environnement.

Modes d'appropriation du territoire

Portneuf se différencie fortement des deux autres territoires par l'ancrage plus important de sa population. Celle-ci est à 58 % native de son territoire — comparativement à 21 % pour Charlesbourg et à 22 % pour Limoilou — et elle déménage moins fréquemment: selon le recensement canadien de 2001, en cinq ans, un peu plus du quart des ménages de Portneuf ont déménagé (26,9 %), mais 51,5 % en ont fait autant à Limoilou et 36,4 % à Charlesbourg. Cette dernière donnée est corroborée par la durée moyenne de résidence plus élevée des répondants de Portneuf (résidence dans le milieu: 27,7, 18,8 et 16,7 ans pour Portneuf, Charlesbourg et Limoilou respectivement; résidence dans le même domicile, 17,3, 15 et 11,3 ans respectivement); elle est confirmée aussi par les proportions de répondants qui prévoient demeurer plusieurs années dans leur milieu de vie (80,8 %, 74,1 % et 64 %).

En ce qui concerne les modes d'habitat, Limoilou se distingue par le nombre important de personnes n'ayant pas une appropriation du territoire médiatisée par l'accession à la propriété: 4 ménages sur 5 y sont locataires, ce qui est le cas de la moitié de ceux de Charlesbourg et de moins d'un quart de ceux de Portneuf (Statistique Canada, 2001).

À Portneuf, l'enracinement plus fort de la population se traduit aussi dans les liens tissés avec le territoire.

Ainsi, il ressort de notre enquête que les résidentes et résidents de Portneuf éprouvent pour leur territoire un attachement et un sentiment d'appartenance beaucoup plus vifs que ceux de Charlesbourg et de Limoilou⁸. Les scores respectifs des trois milieux sont éloquentes: 12,2 %, 19,6 % et 20,8 % pour le «faible attachement»; 70,5 %, 57,7 % et 56,6 % pour le sentiment d'appartenance «fort» et «très fort».

Ces liens plus étroits avec le territoire constatés à Portneuf se vérifient également dans les relations de voisinage et dans les relations à la communauté, dont nous avons évalué l'intensité et la qualité à l'aide d'indices basés sur six et sur huit questions respectivement (voir annexe). Une plus grande importance est accordée aux relations de voisinage dans Portneuf (seulement 13,0 % de relations «faibles»; 21,7 % à Charlesbourg et 25 % à Limoilou). Le score de Portneuf témoigne également d'un rapport identitaire plus fort des individus à leur communauté. En lien avec cette dernière donnée, précisons que c'est avant tout la localité ou la municipalité qui est le territoire identitaire de référence et non pas celui, plus vaste, de la MRC de Portneuf. Au contraire, à Limoilou et surtout à Charlesbourg, les répondantes et répondants se réfèrent davantage, pour nommer leur milieu de vie local, à des échelles territoriales plus larges (au détriment du quartier ou de la paroisse) et plus impersonnelles (la ville, la banlieue).

À Portneuf, incités à préciser ce qui les avait amenés à vivre là où ils demeurent, les répondants et répondantes ont évoqué le fait d'être natifs de l'endroit ainsi que des raisons familiales (proximité de la famille et

vie conjugale). Il ressort du récit des trajectoires individuelles que les relations sociales et surtout familiales sont très territorialisées à Portneuf, la plupart des personnes interviewées ayant des parents (ascendants, fratrie, descendants et famille par alliance) qui résident ou ont résidé dans Portneuf. Le fait de demeurer dans Portneuf a aussi été présenté, bien souvent, comme s'inscrivant tout «naturellement» dans la trajectoire familiale ou conjugale. Si les relations sociales paraissent moins territorialisées à Charlesbourg, il demeure que nos interlocuteurs ont surtout invoqué des motifs d'ordre familial («être natif» et «vie conjugale» principalement) comme «raison» d'être dans ce territoire. Par contre, la présence dans Limoilou paraît relever surtout d'une rationalité économique. En effet, l'accessibilité financière des logements (7 mentions) et la proximité des services (5 mentions) et du travail (4 mentions) ont été spontanément citées par les répondants de Limoilou. L'analyse des trajectoires domiciliaires montre également que pour plusieurs l'arrivée dans Limoilou a coïncidé avec une situation de changement ou de rupture (migration, séparation, perte d'emploi ou de revenu) associée au manque d'argent et aux nécessités matérielles (se loger et travailler). Le «choix» du territoire s'est imposé: «Moi, j'habite dans Limoilou, et donc, moi, euh, c'était... comment je dirais, le standard économique, le standard économique qui m'a fait aller là» (ID 400).

Il ne s'agit pas de conclure que Limoilou est un «choix obligé» mais il ressort de ces données que des motifs associés à des contraintes socioéconomiques interviennent plus souvent à Limoilou que dans les

deux autres territoires. Deux éléments en lien avec ces dynamiques territoriales ajoutent une dimension, la représentation des territoires et le sentiment de contrôle.

La représentation des territoires

Si, à Portneuf «ce qui fait la beauté du territoire, c'est la dimension humaine», comme l'a énoncé un informateur, la dimension humaine ne semble pas produire les mêmes effets à Limoilou. En effet, Limoilou donne lieu à des représentations connotées socialement comme négatives. Plusieurs témoignages vont dans ce sens, Limoilou étant perçu comme un lieu où convergent et échouent des populations défavorisées. Cette représentation négative, qu'on retrouve à Limoilou et non pas à Charlesbourg ni à Portneuf (où pourtant certaines unités sont quand même défavorisées), est revenue souvent en entrevue. Cela ne signifie pas que les résidentes et résidents de Limoilou ne trouvent ni attraits ni avantages à y vivre. En effet, ils citent de nombreuses caractéristiques positives de ce territoire (diversité, proximité des services, centralité, beauté des parcs, etc.). Toutefois, cette «image négative» imprègne leur relation au terri-

toire. La présence importante de populations plus démunies semble contribuer à la disqualification et à la dévalorisation de ce territoire. Plusieurs participants ont ainsi mentionné leur difficulté d'identification et d'appartenance à ce milieu, comme l'illustre le témoignage suivant: «C'est drôle à dire hein, mais mes voisins représentaient quelque chose auquel je ne voulais pas m'identifier, l'espèce d'être... l'aide sociale, si on veut. Je n'ai rien contre les gens qui sont sur l'aide sociale d'une façon temporaire, mal pris, quelque chose; ça m'est déjà presque arrivé d'être obligé de faire la demande d'aide sociale. Mais...» (E-1250).

Il ressort de nos données que demeurer à Limoilou correspond plus rarement à une aspiration des individus, au milieu «normatif», c'est-à-dire qui sert de référence (Popay et al., 2003). Limoilou est ainsi davantage perçu par les répondants de l'enquête téléphonique comme un milieu ayant des problèmes environnementaux et sociaux (énoncés respectivement par 26,6% et 35,9% des gens dans les réponses obtenues à Limoilou; les pourcentages sont de 12,7% et 14% pour Charlesbourg et de 17% et 14% pour Portneuf). Les entrevues confirment et précisent ces problèmes. En ce qui concerne l'environnement ce sont avant tout l'inquiétude et l'inconfort que suscitent les fumées et odeurs de l'incinérateur et de la papeterie qui ressortent; et pour ce qui est des problèmes sociaux, ils sont associés à la présence de populations marginalisées ou exclues et à un sentiment diffus de plus grande insécurité.

L'hypothèse proposée ici ne vise pas à établir de liens de cause à effet directs entre l'état de santé des indi-

vidus habitant les territoires et la représentation négative de ceux-ci. Ce qui est proposé se situe à l'échelle populationnelle, où l'on peut faire le constat qu'une représentation négative agit sur les perceptions que les personnes ont d'un milieu et rejailit également sur celles que les résidentes et résidents ont d'eux-mêmes. S'il est plus difficile de s'identifier et d'appartenir à un milieu disqualifié ou dévalorisé socialement, on peut se demander si cette représentation négative n'entrave pas les capacités d'agir individuelles et collectives.

Le sentiment de contrôle

La réputation de Limoilou et le choix plus ou moins contraint d'y vivre jouent-ils un rôle dans le sentiment qu'ont ses habitants de pouvoir ou non contrôler leur destinée? Selon les résultats de notre enquête, le taux de faible sentiment de contrôle (une des dimensions individuelles mesurées) est significativement plus élevé à Limoilou (24% des gens ont un sentiment de contrôle de soi *faible* à Limoilou, 17,3% à Portneuf et 16,4% à Charlesbourg; et 37% ont un sentiment de contrôle *modéré* à Limoilou, 42,3% à Portneuf et 41,6% à Charlesbourg). L'analyse multiniveaux que nous avons effectuée démontre l'existence d'une corrélation entre un faible sentiment de contrôle et une perception négative de son état de santé ainsi qu'avec plusieurs variables sociodémographiques telles que l'âge, la scolarité et le fait de vivre seul (Pampalon et al., 2005b). Fait plus marquant, on constate également l'existence d'un «effet Limoilou» sur la perception d'un mauvais état de santé et d'un faible sentiment de contrôle, c'est-à-dire qu'indépendamment des caractéristiques sociodémographiques ou

de l'unité de voisinage de résidence, le fait de demeurer à Limoilou intervient dans la perception de l'état de santé déclaré et le sentiment de contrôle. Cet effet de «contagion» du milieu tendrait ainsi à démontrer que les disparités relevées s'arrimeraient à une situation collective et non pas uniquement à une situation individuelle. Soulignons à ce propos le nombre de personnes bénéficiaires de l'assistance emploi, particulièrement élevé à Limoilou, tout spécialement chez les 45 à 64 ans⁹ (près d'une personne sur quatre dans cette tranche d'âge). Or bien que les personnes bénéficiaires de l'assistance emploi soient sous-représentées dans notre échantillon, nous ne pouvons ignorer que c'est dans cette tranche d'âge que nous avons relevé les plus forts écarts avec les deux autres territoires en ce qui concerne le sentiment de contrôle et l'état de santé déclaré. Le spectre de l'assistance emploi et de l'exclusion interviendrait-il davantage au niveau individuel à Limoilou? Serait-ce une crainte collective, comme l'énonce Paugam, typique des représentations sociales associées à une forme de pauvreté «disqualifiante» distincte de la pauvreté «intégrée» ou «marginale» (Paugam, 2005)?

On peut de plus se demander si, à Limoilou, ce plus faible sentiment de contrôle des individus n'interagit pas avec le manque de confiance dans les capacités collectives à conduire un changement. Plusieurs informateurs rencontrés ont établi des relations entre le désinvestissement social et la passivité de la population très défavorisée, qui ne croit pas en sa capacité d'agir, d'influencer ou de changer quelque chose dans son environnement et d'avoir un quelconque contrôle et pouvoir sur sa destinée tant individuelle que collec-

tive: «Les gens sont passifs, ne veulent pas s'impliquer car ils pensent que tout va se faire seul... Ils ne croient pas en la démocratie, qu'on peut influencer certaines choses. C'est dur, c'est long, faut de la patience, mais on peut influencer des choses. Les gens ne croient pas à ça» (I-4). «Les gens ne sont pas intéressés à s'impliquer dans quoi que ce soit. Ils sentent que même s'ils y vont, ça ne change rien. Ils pensent que tout est décidé d'avance» (I-5).

Soulignons aussi que selon la plupart des informatrices et informateurs rencontrés, le renforcement des capacités d'agir de la population est le principal enjeu et le principal défi à relever, et il pourrait passer par l'amélioration aussi bien des conditions de vie individuelles et collectives que du cadre de vie.

Conclusion

Nous formulons donc l'hypothèse d'une certaine circularité entre la défavorisation matérielle mais surtout sociale d'un territoire, l'impact d'une représentation négative de ce territoire et la perception à la fois individuelle et collective d'une certaine impuissance à provoquer des changements. Ce qui nous intéresse ici est que le résultat de cet ensemble se vérifie dans l'état de santé. Et ce qui est en cause semble dépasser les caractéristiques individuelles et relever du social et des rapports sociaux.

Si les représentations sont des construits sociaux, elles ne sont pas pour autant des «abstractions» qui n'auraient ni fondements ni implications par rapport à une réalité dite objective. La présence de populations défavorisées, tout comme le délabrement de l'habitat et du bâti de certains secteurs, les odeurs et les fumées de l'incinérateur et la pré-

sence de petite criminalité sont en effet une des réalités de Limoilou. Par ailleurs, les représentations ne sont pas sans effets et répercussions sur la construction de la réalité d'un territoire. Si elles colorent les rapports que développent les résidentes et résidents avec leur milieu, elles contribuent à structurer cet espace social en favorisant ou non l'implantation de certaines catégories de populations, de certains types d'activités ou de certaines pratiques.

Cette hypothèse ouvre aussi sur des perspectives d'intervention par rapport à la santé des populations et des communautés. S'il n'est pas simple d'envisager des actions renforçant les liens sociaux et les capacités d'agir individuelles et collectives et créant des représentations plus positives du territoire, il est évident que l'intervention ne peut se limiter au seul domaine de la santé, qu'il soit de la promotion ou de la prévention, et qu'elle ne relève pas, non plus, de la prérogative d'un secteur d'intervention particulier.

Un point d'ancrage pour des actions est toutefois, suggérons-nous, celui de ces représentations. Elles ne doivent pas être abordées comme relevant de l'ordre de l'intangible mais plutôt comme une des réalités qu'il vaut viser.

Maria De Koninck
Département de médecine sociale et
préventive, Université Laval

Marie-Jeanne Disant
Département de médecine sociale et
préventive, Université Laval

Robert Pampalon
Institut national de santé publique
du Québec

Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé¹⁰

Notes

- ¹ La recherche présentée ici a été subventionnée par l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
- ² L'indice de défavorisation matérielle est construit à partir des variables de chômage, de faible scolarité et de revenu moyen, et celui de la défavorisation sociale à partir des variables personnes vivant seules, famille monoparentale ou personnes séparées, divorcées ou veuves. Cet indice a été élaboré à des fins d'analyse et d'intervention sociosanitaire. Pour avoir une vue d'ensemble de tels indices, consulter Leloup et al. (2005). Les données de santé correspondaient aux suivantes : espérance de vie, mortalité, hospitalisation et natalité.
- ³ Recensement (Statistique Canada), Registre des décès, Méd-Écho, Régie de l'assurance-maladie du Québec, et données d'organisations telles que : commission scolaire, Ville de Québec, Communauté urbaine de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, services de police et programme de santé au travail du CLSC.
- ⁴ Nous remercions l'équipe de Mme Sally Macintyre, de Glasgow, de nous avoir autorisés à utiliser certaines de ses questions sur la perception du milieu.

- ⁵ Sur la base des informations suivantes : durée de résidence, état de santé, statut familial, occupation, sexe et âge
- ⁶ Celles-ci ont été enregistrées. D'une durée moyenne de 88 minutes, elles ont été transcrites verbatim et ont fait l'objet d'une analyse de contenu à l'aide du logiciel N-vivo.
- ⁷ Uniquement sur ce plan, le niveau de défavorisation sociale étant très divergent.
- ⁸ Sentiments évalués à l'aide d'un indice basé sur trois questions (voir annexe, à la fin de cet article).
- ⁹ Les bénéficiaires de l'assistance emploi étaient sous-représentés dans notre échantillon (1,1%) mais, vraisemblablement, davantage de répondants ont déjà vécu cette expérience, soit personnellement, soit par l'intermédiaire d'une personne proche (conjoint, amis). De plus, il se peut que cette situation « sensible », soumise à des préjugés, ait été sous-déclarée; en effet, lors des entrevues en face en face, nous avons rencontré quelques bénéficiaires de l'assistance emploi qui n'avaient pas déclaré ce statut.
- ¹⁰ Michèle Clément, Anne-Marie Hamelin, Andrée La Rue, Romaine Malenfant, Ginette Paquet et Michel Vézina.

Bibliographie

- BERKMAN, L. F., et al. 2000. «From social integration to health: Durkheim in the new millennium», *Social Science & Medicine*, 51: 843-857.
- CASTONGUAY, S. 2004. *L'accessibilité aux services de santé de proximité selon le type de service et le milieu dans la région de Québec*. Université Laval, Département d'aménagement et de développement régional, mémoire de maîtrise.
- COLEMAN, J. S. 1990. *Foundations of Social Theory*. Cambridge, Massachusetts, Belknap Press of Harvard University Press.
- DE KONINCK, M., et D. FASSIN. 2004. «Les inégalités sociales de santé, encore et toujours», *Santé, solidarité et société*, 2: 5-12.
- DE KONINCK, M., et R. PAMPALON. 2005. «Living environments and health at a local scale: The case of three localities in the Québec city region».
- DE KONINCK, M., et al. 2002. *Inégalités de santé et milieux de vie : déterminants sociaux en cause et leurs interactions*. Projet de recherche financé par l'ICIS. Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.
- DIEZ-ROUX, A. V., et al. 2001. «Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease», *The New England Journal Of Medicine*, 345: 99-106.
- EVANS, R. G., M. L. BARER et T. R. MARMOR, éd. 1996. *Être ou ne pas être en bonne santé? Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- HOUSE, J. S., K. R. LANDIS et D. UMBERSON. 1988. «Social relationship and health», *Science*, 241: 540-545.
- KAWACHI, I., et B. P. Kennedy. 1997. «Socioeconomic determinants of health. Health and social cohesion: Why care about income inequality?», *British Medical Journal*, 314, 7086: 1037.
- KRIEGER, N. 2001. «Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective», *International Journal Of Epidemiology*, 30: 668-677.
- KUNST, A. E., et al. 1998. «Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: Comparison of population based studies», *British Medical Journal*, 316: 1636-1642.
- LEBEL, A. 2004. *Intégration des approches historique, statistique et perceptuelle pour la définition d'unités de voisinage dans le contexte d'une étude sur les inégalités sociales et de la santé dans la région de Québec*. Université Laval, École supérieure d'aménagement

- du territoire et du développement régional, mémoire de maîtrise.
- LECLERC, A., et al., éd. 2000. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, INSERM/La Découverte.
- LELOUP, X., P. APPARICIO et A.-M. SÉGUIN. 2005. *Le concept de relative deprivation: survol des définitions et des tentatives de mesure appliquées à l'urbain*. Montréal, INRS-Urbanisation, culture et société.
- LOMAS, J. 1998. «Social capital and health: Implications for public health and epidemiology», *Social Science and Medicine*, 47: 1181-1188.
- LYNCH, J., et al. 2004. «Is income inequality a determinant of population health? Part 2, U. S. national and regional trends in income inequality and age- and cause-specific mortality», *The Milbank Quarterly*, 82, 2: 355-400.
- MACINTYRE, S., S. MACIVER et A. SOOMAN. 1993. «Area, class and health: Should we be focusing on places or people?», *Journal of Social Policy*, 22, 2: 213-234.
- MACINTYRE, S., A. ELLAWAY et S. CUMMINS. 2002. «Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them?», *Social Science & Medicine*, 55, 1: 125-139.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2003. *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, Gouvernement Du Québec.
- PAMPALON, R. 2002. *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*. Institut national de santé publique du Québec. <http://www.inspq.ca>.
- PAMPALON, R., et G. RAYMOND. 2000. «Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec», *Maladies chroniques au Canada*, 21, 3: 113-122.
- PAMPALON, R., et G. RAYMOND. 2003. «Indice de défavorisation matérielle et sociale: son application au secteur de la santé et du bien-être», *Santé, société et solidarité*: 191-208.
- PAMPALON R., et al. 2005a. «Does living in rural areas make a difference for health in Québec?», *Health & Place*.
- PAMPALON, R., et al. 2005b. «Perception of place and health: Differences between neighbourhoods in the Québec city region».
- PAUGAM, S. 2005. *Les Formes élémentaires de la pauvreté. Le lien social*. Paris, PUF.
- POPAY, J., et al. 2003. «A proper place to live: Health inequalities, agency and the normative dimensions of space», *Social Science & Medicine*, 57, 1: 55-69.
- PUTNAM, R. D. 1993. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, Princeton University Press.
- ROBERT, S. A. 1999. «Socioeconomic position and health: The independent contribution of community socioeconomic context», *Annual Review of Sociology*, 25: 489-516.
- SEEMAN, T. E., et E. CRIMMINS. 2001. «Social environment effects on health and aging: Integrating epidemiologic and demographic approaches and perspectives», *Annals of New York Academy of Sciences*, 954: 88-117.
- SOOMAN, A., et S. MACINTYRE. 1995. «Health and perceptions of the local environment in socially contrasting neighbourhoods in Glasgow», *Health & Place*, 1, 1: 15-26.
- STATISTIQUE CANADA. 2003. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Enrichissement de données sur la santé au Canada*. http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cchs_info_f.htm.
- SYME, L. S., et K. L. FROHLICH. 2002. «The contribution of social epidemiology: Ten new books», *Epidemiology*, 13: 110-112.
- YEN, I. H., et L. S. SYME. 1999. «The social environment and health: A discussion of the epidemiologic literature», *Annual Review of Public Health*, 20: 287-308.

Annexe. Questions utilisées pour la construction des indices

(Avec l'approbation de l'équipe de Mme Sally Macintyre)

Êtes-vous tout à fait en accord, plutôt en accord, ni en accord ni en désaccord, plutôt en désaccord ou tout en fait en désaccord avec les propositions suivantes :

— Attachement au milieu de vie local

1. Dans l'ensemble, je suis très attaché-e à la vie de mon milieu local
2. Si j'en avais l'occasion, j'aimerais quitter ce milieu
3. Je prévois demeurer durant plusieurs années ici dans ce territoire

— Relations de voisinage

1. Je rends visite à mes voisins chez eux
2. Si j'avais besoin de conseils, je peux trouver de l'aide dans mon voisinage
3. En cas d'urgence, je crois que mes voisins me viendraient en aide
4. J'emprunte et j'échange des services avec mes voisins
5. Je reçois rarement mes voisins chez moi
6. Régulièrement, dans mon milieu de vie local, je m'arrête pour parler avec d'autres résidents

— Relations à la communauté (*psychological sense of community*)

1. J'ai le sentiment que je fais partie de mon milieu de vie local

2. Les amitiés et les liens que j'ai dans mon milieu de vie local sont très importants pour moi
3. Si les gens organisent quelque chose dans mon milieu local, je serais porté à dire, « nous allons faire... plutôt qu'ils vont faire... »
4. Je crois que je suis d'accord avec la plupart des gens de mon milieu de vie local sur ce qui est important dans la vie
5. Je me sens loyal-e vis-à-vis des résidents de mon milieu local
6. Je serais prêt-e à travailler avec d'autres personnes pour améliorer mon milieu local
7. J'aime penser que je suis semblable aux personnes qui vivent dans mon milieu local
8. Vivre ici me donne le sens de la vie communautaire