

*information*



*formation*



*recherche*



*coopération  
internationale*

# SANTÉ : POURQUOI NE SOMMES-NOUS PAS ÉGAUX? COMMENT LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SE CRÉENT ET SE PERPÉTUEMENT

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



SANTÉ : POURQUOI NE SOMMES-NOUS PAS ÉGAUX?  
COMMENT LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SE  
CRÉENT ET SE PERPÉTUEMENT

20 MARS 2008



## **MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE AYANT CONTRIBUÉ À CE DOCUMENT**

Maria De Koninck, chercheure principale

Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Robert Pampalon, Institut national de santé publique de Québec

Ginette Paquet, Institut national de santé publique de Québec

Michèle Clément, CSSS de la Vieille-Capitale

Anne-Marie Hamelin, Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Université Laval

Marie-Jeanne Disant, coordonnatrice scientifique de la recherche, Université Laval

Geneviève Trudel, agente de recherche, Université Laval

Alexandre Lebel, candidat au doctorat en aménagement du territoire et du développement régional, Université Laval

## **COLLABORATION À LA RÉDACTION**

Hervé Ancil

## **FINANCEMENT**

Les travaux présentés ici ont été financés par l'**Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)** de l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS).

## **MISE EN PAGE**

Line Mailloux, Institut national de santé publique de Québec

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2008  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN-13 : 978-2-550-53419-8 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN-13 : 978-2-550-53420-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2008)

## AVANT-PROPOS

Ce document est le fruit de plusieurs années de travaux, d'abord de réflexion et d'échanges, puis de recherches menées dans trois territoires de la région de Québec. Après avoir rédigé quatre monographies, une pour chacun des territoires étudiés et une comparative et les avoir diffusées dans les milieux concernés et après avoir publié des articles scientifiques, nous avons senti le besoin de faire connaître nos travaux et leurs résultats de façon plus large. De là, l'idée d'un document synthèse rédigé de façon à être accessible aux différents acteurs qui œuvrent dans des domaines ou milieux susceptibles d'avoir un impact sur les inégalités sociales de santé : personnes engagées sur le plan politique, intervenantes et intervenants dans les services de santé et les services sociaux ainsi que dans les milieux communautaires, etc. Nous avons fait appel à monsieur Hervé Ancil, rédacteur chevronné, qui nous a aidés à rassembler l'information, à la synthétiser et à la traiter avec un souci pour les milieux d'intervention. Nous espérons que maintenant le fruit de nos travaux circule le plus largement possible et surtout qu'il soutienne toutes celles et tous ceux qui, comme nous, souhaitent arriver à réduire les inégalités sociales de santé.



Maria De Koninck  
Chercheure principale  
Département de Médecine sociale préventive, Université Laval



## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES CARTES.....</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES SCHÉMAS.....</b>	<b>V</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 TROIS TERRITOIRES, TROIS UNIVERS, TROIS BILANS DE SANTÉ.....</b>	<b>13</b>
1.1 Saint-Louis : vivre en ville .....	13
1.2 Banville : la grande banlieue .....	15
1.3 Verdiers : la campagne .....	18
1.4 Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques comparées.....	20
1.4.1 Écarts entre les trois territoires.....	20
1.4.2 Écarts au sein de chaque territoire, entre les unités de voisinage .....	22
1.5 Les bilans de santé comparés .....	24
1.5.1 Les écarts entre les territoires .....	26
1.5.2 Les écarts de santé entre les unités de voisinage .....	30
1.5.3 Les écarts relatifs à certains déterminants de la santé .....	31
<b>2 COMMENT LE MILIEU INFLUENCE-T-IL LA SANTÉ?.....</b>	<b>35</b>
2.1 Les caractéristiques de la population expliquent-elles son état de santé? .....	37
2.1.1 L'âge et le sexe .....	37
2.1.2 La scolarité .....	38
2.1.3 Le revenu, le taux d'activité et l'emploi.....	38
2.1.4 Le statut matrimonial : familles, personnes seules, dynamiques intrafamiliales .....	39
2.1.5 Le sentiment de contrôle .....	41
2.1.6 La composition de la population : une perspective essentielle... mais partielle.....	42
2.2 L'influence du contexte sur l'état de santé .....	45
2.2.1 Le logement.....	46
2.2.2 Les infrastructures et la qualité de l'environnement physique.....	48
2.2.3 Les services à la petite enfance et les ressources éducatives.....	51
2.2.4 Le contexte : plus qu'un cadre, une scène animée .....	52
2.3 L'« explication collective » : le théâtre des relations sociales .....	52
2.3.1 La vie associative .....	53

2.3.2 Les liens familiaux, les liens sociaux et l'appartenance au milieu.....	54
2.3.3 Les représentations : quelle image a-t-on de son territoire?.....	58
2.4 Qu'est-ce donc qui explique les écarts de santé? .....	63
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>69</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXE 1 : PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES.....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXE 2 : QUESTIONS COMPOSANT L'INDICE SENTIMENT DE CONTRÔLE .....</b>	<b>85</b>
<b>ANNEXE 3 : ÉCARTS D'ÂGE À L'ENTRÉE DES CYCLES DU PRIMAIRE ENTRE LES TERRITOIRES ÉTUDIÉS .....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXE 4 : COMPOSITION DE L'INDICE DE COHÉSION SOCIALE .....</b>	<b>93</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Population et défavorisation matérielle et sociale dans les territoires sélectionnés .....	4
Tableau 2	État de santé dans les territoires sélectionnés.....	4
Tableau 3	Indicateurs sociodémographiques selon les trois territoires étudiés.....	14
Tableau 4	Indicateurs socioéconomiques selon les trois territoires étudiés .....	17
Tableau 5	Indicateurs sociodémographiques et écarts selon les unités de voisinage dans les trois territoires étudiés (%).....	22
Tableau 6	Écarts de défavorisation sociale et de défavorisation matérielle selon les unités de voisinage dans les trois territoires étudiés.....	23
Tableau 7	Population et contexte socioéconomique et écarts selon les unités de voisinage dans les trois territoires étudiés .....	24
Tableau 8	Indicateurs de santé selon les trois territoires étudiés et au Québec.....	27
Tableau 9	État de santé déclarée selon l'âge et le sexe.....	28
Tableau 10	Écarts entre les indicateurs de santé selon les unités de voisinage dans les trois territoires étudiés .....	31
Tableau 11	Écarts dans le lien au territoire.....	48
Tableau 12	Population déclarant des problèmes sociaux et environnementaux ainsi qu'une faible cohésion sociale dans le milieu local, un faible sentiment de contrôle, une santé perçue comme mauvaise et des incapacités à long terme selon les trois territoires et leurs unités de voisinage .....	58
Tableau 13	« Ce qui vous a amené à vivre ici... ».....	62

## LISTE DES CARTES

Carte 1	Quartiers et unités de voisinage de Saint-Louis.....	15
Carte 2	Quartiers et unités de voisinage de Banville .....	18
Carte 3	Secteurs et unités de voisinage de Verdiers.....	20

## LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1	Cadre de référence .....	7
Schéma 2	Cadre de référence .....	35



## INTRODUCTION

*«[...] Les inégalités de santé concrètement mesurées par les taux de morbidité et de mortalité, la fréquence des handicaps moteurs ou des troubles mentaux, l'espérance et la qualité de vie sont aussi des inégalités sociales.» (Fassin et al. 2000:14)*

Dans toutes les sociétés, les plus pauvres risquent davantage d'être exposés aux maladies, d'en être atteints plus jeunes et de mourir plus tôt. C'est une des raisons pour lesquelles les inégalités sociales de santé sont une préoccupation de premier plan en santé publique. Les « inégalités sociales de santé » réfèrent aux disparités que l'on observe entre des groupes sociaux quant à l'état général de santé. Elles se distinguent des « inégalités de santé » qui, elles, ne relèvent pas de la justice sociale (les inégalités de santé entre jeunes et vieux par exemple). À l'instar de Braverman et Gruskin (2003), nous considérons qu'il s'agit de véritables *iniquités*.

Aujourd'hui, nous connaissons un peu mieux les mécanismes par lesquels le social se transcrit dans le biologique<sup>1</sup> ou, dit autrement, comment « le social passe sous la peau » (Fassin et al. 2000:14). Les inégalités sociales de santé seraient le résultat d'un double fardeau : les personnes de faible niveau socioéconomique ont en général une exposition plus grande à des conditions de vie stressantes et moins de ressources protectrices. Un renforcement négatif répété amène des attentes défaitistes, de la honte et moins de maîtrise. Cela conduit à un déclin de la santé vers la maladie (Roy 2004).

Si les mécanismes par lesquels le social se transmet au biologique sont mieux connus, en contrepartie les processus sociaux qui interagissent pour créer et laisser perdurer les écarts de santé au sein d'une population demeurent encore à élucider. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de réaliser une étude sur la question et d'en présenter ici les résultats<sup>2</sup>. Nous avons aussi choisi comme site de cette étude, la région de Québec, afin de documenter les inégalités dans ce milieu souvent considéré à tort comme moins touché

---

<sup>1</sup> Plusieurs groupes de chercheurs ont pu établir que le stress généré par des situations sociales hostiles entraînait des effets pathogènes (McEwen 1998). Ils ont ainsi pu associer le stress à des mécanismes neuro-immunitaires et neuro-endocriniens ou à des effets sur le système cardiovasculaire (Brunner 2000). En plus des effets directs, ces mécanismes pourraient aussi expliquer une plus grande vulnérabilité à la maladie de façon générale. D'autres chercheurs ont analysé les effets de la perception de sentiments négatifs, comme la honte, l'hostilité ou le sentiment d'injustice, liés à une faible position sociale. Ces mécanismes biophysiques permettraient de comprendre la grande diversité des maladies pour lesquelles on note des différences sociales. En fait, on s'intéresse de plus en plus au rôle médiateur que joue le système nerveux vers les autres systèmes biologiques : endocrinien, immunitaire, sanguin, etc. (Lupien et al. 2001; Roy 2004; Meaney et Szyf 2005). Par ailleurs, les stress les plus nocifs pour la santé ne seraient pas ceux découlant d'une crise, mais plutôt ceux qui durent longtemps. Des études ont permis de constater que plus on est situé au sommet de la hiérarchie sociale, plus on arrive facilement à diminuer le niveau de glucocorticoïdes après un stress aigu (Marmot et al. 1978).

<sup>2</sup> Outre les auteures et auteurs de ce livre, ont participé à ce projet Michel Vézina, Université Laval, Romaine Malenfant, Université du Québec en Outaouais, Andrée Larue, CSSS de la Vieille-Capitale, Maurice Lévesque, Université d'Ottawa. Ont également contribué comme professionnelles de recherche Julie Duplantie et Nancy Côté ainsi qu'à titre d'étudiante ou d'étudiant : Simon Castonguay, Christine D'Amours, Sophie Dupéré, Julie Dussault, Karen Giguère, Sophie Melanson, Valérie Messier, Benjamin Perron, Valéry Ridde, Joliette Trân, Zekya Ulmer.

par ce problème dont on admet par ailleurs sans conteste la présence aigue dans la métropole, Montréal.

La santé est la résultante de déterminants dont l'action se conjugue et l'influence de ces déterminants est modulée par une série de conditions. Cette conception est aujourd'hui largement admise et a été retenue comme première assise de l'étude, ce qui nous a également conduits à adopter le cadre des déterminants de la santé élaboré par Santé Canada (Comité consultatif fédéral provincial et territorial sur la santé de la population 1996; Evans et al. 1996; Marmot et Wilkinson 1999). Ce cadre présente en effet l'avantage de reconnaître la complexité de la construction des états de santé et de maladie et de favoriser l'approche multidisciplinaire. Dans cette étude, l'accent a été mis sur les déterminants sociaux de la santé incluant l'environnement physique, en tant que production sociale.

La littérature scientifique internationale montre que les écarts de santé au sein d'une population sont « gradués » en fonction de certains facteurs. Les études longitudinales traitant des rapports entre la position sociale et la santé mettent en évidence les éléments suivants (Paquet 2005) :

- il existe un gradient social de la santé, de la morbidité et de la mortalité dans la plupart des sociétés en lien avec le statut socioéconomique;
- la causalité va largement dans le sens de la position sociale vers la santé, la causalité inverse étant un phénomène beaucoup moins important. En d'autres mots, c'est bien davantage le fait de vivre au bas de l'échelle sociale qui peut rendre malade, plutôt que la maladie qui occasionne une mobilité sociale descendante;
- le statut socioéconomique a des effets à long terme sur la santé.

- **Questions de recherche**

Ces choses étant admises, des zones grises demeurent. Par exemple, on ne sait pas exactement pourquoi le fait de vivre dans un milieu présentant telle ou telle caractéristique agit soit comme facteur de protection, soit comme facteur de risque. Quelles caractéristiques sont en cause? Lesquelles ont le plus d'influence? Comment interagissent-elles et dans quelles conditions? Pour trouver des éléments de réponse à ces questions fondamentales, la comparaison entre des territoires et des populations est sans aucun doute la première avenue à emprunter. Cette comparaison doit ensuite alimenter l'analyse des dynamiques sociales au sein des populations qui ont, elles aussi, une incidence sur les déterminants de la santé. C'est là le fondement de la démarche que nous avons adoptée pour tenter de répondre aux deux questions suivantes :

1. *Comment se construisent les inégalités de santé et pourquoi se perpétuent-elles, malgré les progrès enregistrés en matière de santé décennie après décennie?*
2. *Comment se fait-il que l'état de santé de populations dont le statut socioéconomique est comparable se révèle différent?*

- **Stratégie de recherche**

Trois étapes ont été prévues : la sélection de territoires dans la région de Québec, nous en avons retenu trois; leur description et comparaison à partir d'indicateurs classiques (caractéristiques démographiques et socioéconomiques, bilan de santé) et l'analyse fine dans les trois territoires des caractéristiques du milieu, des dynamiques sociales et de leur influence sur la santé de la population. Cette troisième étape allait constituer le cœur de notre démarche. C'est elle en effet qui offre le plus grand potentiel pour l'avancement des connaissances sur les inégalités sociales de santé. Elle commandait par ailleurs une somme importante de données de diverses natures.

- **La sélection des territoires**

Au départ, six territoires pouvaient présenter un intérêt pour un tel exercice de comparaison. Une analyse plus poussée nous a conduits à en retenir trois autres, plus vastes. Ceux-ci se trouvent dans la région de Québec. Nous les appellerons Banville (banlieue), Saint-Louis (quartier urbain) et Verdiers (rural). Nous les avons sélectionnés notamment en utilisant les indices de défavorisation matérielle et de défavorisation sociale<sup>3</sup> mis au point par Pampalon et Raymond (2000). Le choix de ces territoires repose en premier lieu sur les connaissances développées jusqu'ici et qui sont porteuses d'un potentiel explicatif et, en second lieu, sur les résultats d'analyses identifiant des différences entre eux. Il faut souligner ici qu'il ne s'agissait pas de procéder à une comparaison rural/urbain. Ces territoires sont typiques des milieux industrialisés d'Amérique du Nord et d'Europe et leur 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).

Deux de ces territoires (Saint-Louis et Verdiers) sont comparables sur le plan de la défavorisation matérielle. Sur une échelle de 1 à 5 (de très favorisé à très défavorisé), Saint-Louis affiche un indice de 3,66 et Verdiers, 3,65 (tableau 1). Sur le plan social toutefois, Verdiers apparaît nettement plus favorisé (indice de 2,48 par rapport à 4,78).

---

<sup>3</sup> Les indices de défavorisation sociale et matérielle ont été développés par Pampalon et Raymond à des fins d'analyse des inégalités et d'intervention sociosanitaire (voir [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/295-IndiceDefavorisation\\_2001.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/295-IndiceDefavorisation_2001.pdf) ou <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/>). L'indice de défavorisation matérielle reflète l'emploi, le revenu et la scolarité; l'indice de défavorisation sociale reflète le fait de vivre seul ou en famille monoparentale, d'être séparé, veuf ou divorcé. Dans les deux cas, les indicateurs sont ajustés selon l'âge et le sexe de la population (sauf pour la proportion de familles monoparentales).

**Tableau 1 Population et défavorisation matérielle et sociale dans les territoires sélectionnés**

Territoires	Population <sup>1</sup>			Défavorisation			Défavorisation		
	Totale n	- de 18 ans %	65 ans et + %	Matérielle <sup>2</sup> indice	Scolarité <sup>3</sup> %	Revenu <sup>4</sup> \$	Sociale <sup>5</sup> indice	Famille <sup>6</sup> mono %	Vit seule <sup>7</sup> %
<b>Urbains</b>									
<b>Banville</b>	70 942	20,3	10,6	1,99	26,0	23 080	3,20	16,9	9,1
<b>St-Louis</b>	45 543	15,2	18,7	3,66	37,7	16 878	4,78	28,2	19,5
<b>Rural</b>									
<b>Verdiers</b>	45 927	23,1	14,0	3,65	38,8	19 480	2,48	12,0	8,8
<b>Le Québec</b>	7 273 993	23,2	12,0	3,00	35,9	21 712	3,00	16,0	9,8

1: Population au recensement de 1996. (Données les plus récentes disponibles au moment de la sélection des territoires).

2: Indice variant de 1 (très favorisé) à 5 (très défavorisé); reflète l'emploi, revenu et la scolarité.

3: Population de 15 ans et plus sans diplôme d'études secondaires, en %.

4: Revenu moyen des personnes de 15 ans et plus, en \$.

5: Indice variant de 1 (très favorisé) à 5 (très défavorisé); reflète le fait de vivre seul ou en famille monoparentale, d'être séparé, veuf ou divorcé.

6: Famille monoparentale, en % des familles.

7: Personne vivant seule, en % des personnes de 15 ans et plus.

C'est également Verdiers qui présente le meilleur bilan de santé des deux (tableau 2). Son score est même similaire à celui de Banville, nettement plus favorisé sur le plan matériel (indice de 1,99 par rapport à 3,65 pour Verdiers) et un peu moins sur le plan social. Il fallait trouver des explications à ces différences à l'aide d'analyses fines des divers facteurs et conditions influençant la santé des populations.

**Tableau 2 État de santé dans les territoires sélectionnés**

Territoires	Espérance de vie <sup>1</sup>		Mortalité prématurée <sup>2</sup>		Hospitalisation <sup>3</sup>	Natalité <sup>4</sup>	
	naissance ans	65 ans ans	ICM indice	c2 p	Taux %	Naissances vivantes n	< 2500 gr. %
<b>Urbains</b>							
<b>Banville</b>	79,0	18,5	0,88	0,010	6,12	1 973	5,6
<b>St-Louis</b>	76,1	17,5	1,33	0,001	9,59	1 358	7,2
<b>Rural</b>							
<b>Verdiers</b>	78,6	18,5	0,97	0,700	6,10	1 361	5,7
<b>Le Québec</b>	78,3	18,3	1,00	-	6,88	251 863	5,9

1: Espérance de vie moyenne des années 1995 à 1997. (Données les plus récentes disponibles au moment de la sélection des territoires).

2: Indice comparatif de mortalité chez les personnes de 0 à 64 ans, de 1995 à 1997; plus l'indice est élevé, plus la mortalité est forte.

3: Taux d'hospitalisation générale (obstétrique exclue) ajusté selon l'âge et le sexe des personnes de 0 à 64 ans, année 1997-98, en %.

4: Naissances des années 1995 à 1997.

- **La comparaison des territoires**

Dans une deuxième étape, nous avons approfondi l'analyse de chaque territoire pour aller au-delà du simple niveau global. À partir d'indicateurs nous avons dressé le bilan de santé de chacun et mesuré les variations observées dans ces bilans en relation avec les caractéristiques démographiques et socioéconomiques de la population. L'exercice a été fait pour chaque territoire puis nous les avons comparés.

- **Les « unités de voisinage »**

**Unités de voisinage**

La délimitation des unités de voisinage est le résultat de la combinaison de trois étapes : une étude de type historique des différents découpages territoriaux, une étude de type statistique de la répartition de la population selon les indices de défavorisation (matérielle et sociale) et le concours d'acteurs locaux clés qui, à partir de leurs connaissances et de cartes (géo-référençant des données physiques, historiques ou socioéconomique) ont proposé un découpage territorial selon leurs perceptions des dynamiques et des espaces vécus par la population (Lebel et al. 2007).

Par ailleurs, il paraissait essentiel de scruter davantage chaque territoire afin d'y déceler des écarts possibles entre secteurs, zones ou quartiers. Cet éclairage fournirait des éléments, le cas échéant, qui permettraient de raffiner les comparaisons. Nous avons retenu comme base territoriale l'« unité de voisinage ». Dans la documentation scientifique, il n'y a pas unanimité sur la définition de ce concept, ni même sur la façon de le définir. Aussi, une approche originale a été développée afin de procéder à une délimitation d'unités de voisinage dans chacun des trois territoires, tenant compte des dimensions économiques, sociales, politiques et culturelles de ces espaces géographiques (Lebel et al. 2007). C'est ainsi qu'ont été délimitées 11 unités de voisinage dans Saint-Louis, 15 dans Banville et 8 dans Verdiers.

- **La comparaison des trois territoires à partir de l'analyse fine des caractéristiques du milieu et des dynamiques sociales et leur influence sur la santé de la population**

Cette première analyse, réalisée à partir d'indicateurs classiques, allait fournir une bonne connaissance des territoires étudiés ainsi que des éléments de comparaison essentiels pour mieux comprendre la nature des écarts entre les territoires et entre les unités de voisinage. Mais elle ne permettait de répondre que partiellement à nos deux questions du départ. En effet, elle fournissait un portrait statique qui ne rendait pas compte de la complexité de la construction sociale des inégalités de santé, i.e. synergie entre l'individu et son milieu, représentations de celui-ci, modes de sociabilité prévalant, réseaux sociaux, bref tous les éléments dynamiques qui colorent la vie des individus et qui peuvent influencer leur santé. Nous avons donc cherché là les explications aux différences observées.

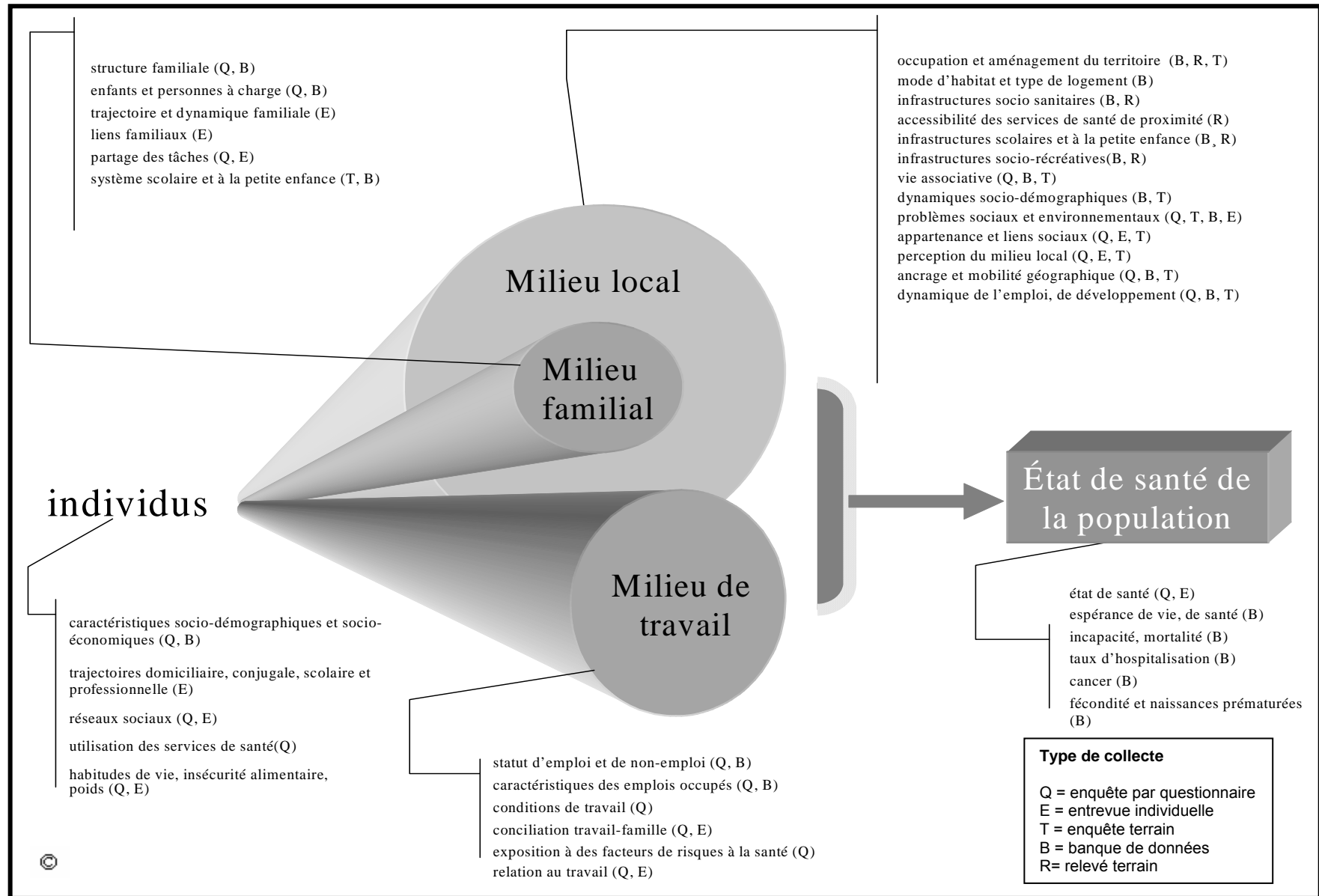
## **Concepts et indicateurs**

Les connaissances acquises nous fournissaient plusieurs pistes pour apprécier l'influence de l'environnement social dans lequel les individus évoluent et de façon plus spécifique celle du milieu local, de la famille et du milieu de travail. Nous avons donc choisi de préciser quelle était l'influence de chacun de ces milieux sur la santé des populations.

Précisément, le milieu local a constitué pour nous la toile de fond sur laquelle se conjugaient les actions du milieu familial et du milieu de travail. Notre démarche est illustrée par le schéma suivant qui reprend les éléments ayant servi à l'analyse et qui indique les sources de données auxquelles nous avons eu recours.



**Schéma 1 Cadre de référence**



**Le milieu local :** Le milieu local réfère aux caractéristiques du milieu de résidence. Il tient compte des ressources physiques et sociales qu'on y retrouve et des espaces de vie. Les ressources physiques des territoires 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 donc colligé des informations sur ces conditions : habitat, infrastructures sociosanitaires et sociocréatives, transport, commerces d'alimentation. Pour leur part, les ressources sociales réfèrent 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 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 à l'étude, et ce, 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 économique (en ce qui concerne l'emploi), le rapport des résidentes et résidents à leur milieu et la cohésion sociale.

**La famille :** Plusieurs études longitudinales viennent confirmer l'effet du statut socioéconomique de la famille sur la santé des enfants, mais surtout sur les parcours sanitaires à long terme des individus (Wadsworth 1991; Rahkonen et al. 1997; Paquet 1998; Syme 1998; McCain et Mustard 1999; Case et al. 2001; Eming-Young 2002; Paquet et Hamel 2005). Le milieu familial correspond à l'unité de base d'appartenance des individus et constitue le principal lieu de socialisation des enfants, groupe pour lequel nous avons une préoccupation particulière compte tenu de la pérennité de situations d'inégalités d'une génération à l'autre et à l'inverse, du potentiel protecteur de la famille. De plus, le milieu familial est souvent mis en cause pour le rôle qu'il peut jouer dans l'enfance. En effet, plusieurs études ont établi l'influence des conditions de l'enfance sur l'état de santé à l'âge adulte (Kaplan et Salonen 1990; Lynch et al. 1994; Bartley et al. 1997; Roberts 1997; Power et al. 1998; Paquet 2005). Nous nous sommes d'abord intéressés aux différents types de familles et à leurs caractéristiques. Puis, nous avons cherché à identifier certains des facteurs qui, au cours de l'enfance, sont susceptibles de protéger de l'adversité liée à un faible statut socioéconomique (McCain et Mustard 1999; Paquet 2005) notamment en nous attardant aux ressources offertes à l'enfance et à la petite enfance. Enfin, quelques dimensions de la conciliation travail famille (Allen 2000; Bretin et al. 2004) et des trajectoires familiales ont aussi été explorées.

**Le milieu de travail :** Le travail peut être étudié sous de multiples dimensions. Les filières d'emploi, les exigences requises pour décrocher ou garder un emploi stable, la rémunération et les conditions de travail ainsi que les tâches à accomplir peuvent être considérées comme autant de dimensions susceptibles de provoquer des inégalités sociales de santé. Le travail s'est considérablement transformé au cours des dernières années. Les milieux locaux sont de plus en plus influencés par la globalisation de l'économie et par la concurrence qui en découle (Quinlan et al. 2001; Spiegel Jerry M. et al. 2004). L'insécurité en emploi est une dimension majeure qui affecte dorénavant l'ensemble des travailleuses et travailleurs, plus encore les populations qui sont dans les situations les plus globalement défavorisées. C'est

le cas également de la précarité de l'emploi. Et, si le travail demeure la principale source de revenu, il n'est plus aujourd'hui une garantie contre la pauvreté (Malenfant et al. 2004). De plus, le travail occupe une part importante de l'organisation du temps social. Le conflit famille-travail est au cœur des préoccupations des parents, à la fois de ceux qui ont la charge de jeunes enfants et de ceux qui ont la charge d'adultes dépendants (De Terssac et Tremblay 2000). Dans notre étude, nous avons voulu mettre en perspective l'influence du milieu de travail sur la santé de la population dans les trois territoires. Il s'agissait pour nous d'apporter une contribution à l'étude des liens entre l'emploi, le travail et la santé avec l'apport d'une approche centrée sur des différences territoriales.

Les informations sur chaque milieu ont été traitées séparément. Mais les résultats obtenus nous ont amenés à les fusionner pour l'analyse. En effet, l'influence des trois milieux est le résultat de conditions distinctes mais qui se conjuguent et se superposent à un point tel que les distinguer devient factice. D'ailleurs, des entrevues individuelles nous ont révélé à quel point les trois milieux s'entremêlent dans la vie des individus : déménagement pour cause d'emploi, changement d'emploi pour cause de déménagement ou pour motif familial, isolement social en raison d'une rupture familiale ou, inversement, épisode difficile sur le plan domiciliaire absorbé grâce au soutien familial, etc.

## Les données

### **Méthodologie**

- ✂ Démarche empirique et approche territoriale;
- ✂ Spatialisation de l'information (SIG);
- ✂ Approche quantitative et documentaire;
- ✂ Approche qualitative;
- ✂ Découpage des territoires en unité de voisinage;
- ✂ Comité conseil qui participe à toutes les étapes du projet;
- ✂ Analyse :
  - Analyses statistiques descriptives et analyses multiniveaux;
  - Analyse de contenu et utilisation du logiciel N'Vivo pour les entrevues individuelles.

L'exploitation des premières données obtenues pour chacun des territoires présélectionnés, a permis de valider la pertinence de retenir trois territoires relativement vastes, compte tenu de leurs caractéristiques socioéconomiques (différentes ou similaires) et de leur portrait de santé contrasté. Ensuite, dans chaque territoire, une collecte de données a été réalisée afin de décrire les milieux de travail, les milieux d'éducation et les milieux locaux ainsi que les dynamiques sociales, économiques et géographiques. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur les données issues du recensement 2001 de Statistique Canada et de différentes banques de données administratives des organismes publics sectoriels ou territoriaux de différents paliers gouvernementaux<sup>4</sup>. Des enquêtes ont ensuite été menées auprès d'informateurs clés sur les services à la petite enfance et le système éducatif, l'emploi et la santé mentale. Celles-ci l'ont été par entrevues téléphoniques pour tout ce qui

---

<sup>4</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux - Registre des décès, Med-Echo, Régie de l'assurance-maladie du Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, CLSC, ministère de l'Éducation, ministère de l'Environnement, Emploi Québec, commissions scolaires, Ville de Québec, Communauté urbaine de Québec, MRC, services de police.

concerne les ressources de garde et les ressources scolaires et par entrevues en face à face pour ce qui a trait à la situation et la dynamique de l'emploi, les services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et l'expérience de leur entourage<sup>5</sup>. La collecte s'est déroulée d'avril à juillet 2003. Le matériel recueilli a été traité de façon quantitative et qualitative et nous a permis de produire un portrait des ressources et de la dynamique du milieu.

Par la suite nous avons réalisé une enquête par entrevues téléphoniques auprès de la population de 18 ans et plus des trois territoires, ceci afin de dresser un portrait détaillé et synthétique des populations de chacun des territoires ciblés ainsi que d'explorer les interactions entre les différents déterminants sociaux et le rôle joué par les milieux du travail, local et familial dans la santé des populations. La taille de l'échantillon a été fixée à 1800, soit 600 par territoire, afin d'atteindre un niveau de précision statistique acceptable. Le questionnaire a été élaboré pour recueillir des données sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques (sexe, âge, éducation, revenu, logement, ménage), sur la santé et la relation à la santé (perception de l'état de santé, limitation et incapacités, consommation de médicaments, sentiment de contrôle, état émotionnel, habitudes de vie, recours aux services de santé ou sociaux) ainsi que sur les positions sociales des personnes au sein de leur milieu local, de leur milieu familial ou de leur milieu de travail et des relations qu'elles y entretiennent.

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. Il a été élaboré à partir de questions validées tirées de différentes enquêtes. Dix questions ouvertes ont permis de recueillir des informations de nature géographique (lieu du travail, dénomination du voisinage, adresses des commerces et épiceries fréquentés régulièrement) ainsi que des données sur la profession et le secteur d'activité et le type de problème émotionnel ou de santé mentale associé à la consultation d'un professionnel de la santé. Nous avons aussi privilégié les questions pouvant mettre à jour des différenciations significatives entre les trois territoires étudiés et ce tant sur le plan socioéconomique que sur celui de la santé, du travail, du milieu familial ou du milieu local - peu de questions s'adressaient à un sous-groupe particulier. Parmi les difficultés d'opérationnalisation, mentionnons également la notion fortement polysémique de « neighbourhood » ou d'unités de voisinage dont nous devons arrêter une définition pour qualifier le rapport des membres des populations étudiées à leur milieu de vie. L'administration de la collecte a été confiée à une firme de sondage qui a réalisé 1800 entrevues (600 par territoire) du 17 février au 24 mars 2004.

À la fin de l'entrevue téléphonique, nous demandions aux répondantes et répondants de nous préciser si ils ou elles acceptaient de nous rencontrer pour une entrevue en face à face afin d'approfondir certaines dimensions abordées. Entre février et mai 2005, nous avons effectué 45 entrevues auprès d'un échantillon de ces volontaires. Ces entrevues ont eu lieu dans l'endroit choisi par les participantes et participants (en général, leur domicile). Celles-ci ont été enregistrées et ont duré en moyenne 88 minutes. La question suivante initiait

---

<sup>5</sup> Pour respecter le caractère confidentiel de nos entrevues, nous taisons ici l'origine spécifique de nos informatrices et informateurs clés.

l'entrevue : « Pouvez-vous me raconter comment vous en êtes arrivée ou arrivé à vivre ici? » Le guide d'entretien était conçu de façon à amener les personnes à parler de leur milieu de vie local, de leur milieu familial et de leur travail. Une fois le matériel recueilli, des analyses de différents types (quantitatives et qualitatives) ont été menées selon la nature des données recueillies.

Tout au long de la démarche, nous avons été accompagnés par un comité conseil formé de personnes issues des trois territoires, choisies pour leur rôle dans le développement social et de la santé de leur communauté. Ce comité a été invité à suivre toutes les phases du projet, ce qui nous a permis de tirer profit des connaissances des membres et de leurs expériences dans leurs milieux (particulièrement en ce qui a trait aux dynamiques sociales). Il a été sollicité pour valider ou améliorer les instruments et stratégies utilisés pour les collectes de données, ou pour valider et enrichir l'interprétation des résultats et enfin pour soutenir leur diffusion. Son apport s'est révélé inestimable dans la réalisation de ce projet. Nous avons ainsi bénéficié de la participation de personnes impliquées professionnellement et socialement dans la vie de leur territoire sur les plans du développement social, du développement local, de la santé et de la vie communautaire, de l'éducation, de l'emploi et du loisir.

Notre démarche comporte des limites attribuables à la quantité d'informations à traiter et au caractère unique de certaines problématiques territoriales. La collecte étant de nature transversale (seules les entrevues individuelles ont fourni des informations de nature longitudinale), les liens de cause à effet sont pratiquement impossibles à établir. En revanche, une approche aussi large permet de saisir la complexité d'un phénomène multidimensionnel tel celui de la construction d'états de santé populationnelle. C'est justement le décodage de cette complexité qui présentait un grand intérêt.



# 1 TROIS TERRITOIRES, TROIS UNIVERS, TROIS BILANS DE SANTÉ

Les trois territoires se distinguent par les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de leur population mais aussi par leur histoire et géographie. Une rapide présentation de leur peuplement et de leur population permet de situer les grandes lignes de leurs spécificités respectives.

## 1.1 SAINT-LOUIS : VIVRE EN VILLE

Saint-Louis est un ancien secteur ouvrier situé près du centre-ville de Québec. La constitution de ce territoire remonte à un peu plus d'une centaine d'années, à la grande époque de l'industrialisation. Saint-Louis s'est véritablement développé avec la croissance fulgurante des activités portuaires, ferroviaires et industrielles de la ville de Québec au début du 20<sup>e</sup> siècle. Le boom économique s'est accompagné d'une explosion démographique : la population du territoire a septuplé entre 1901 et 1929. Durant cette période, Saint-Louis a accueilli une grande partie des nouveaux ouvriers en provenance du monde rural, qui s'établissait à la périphérie des zones déjà peuplées de la capitale et à proximité des activités industrielles. Nous y avons délimité 11 unités de voisinage regroupées en trois quartiers.

À la suite de la crise de 1929, le gouvernement fédéral adopte la *Loi sur les logements ouvriers*, qui va colorer l'urbanisation de Saint-Louis et façonner la physionomie actuelle du territoire. Cette loi a favorisé l'érection d'édifices à logements multiples, moins chers à construire. Après la seconde guerre mondiale, les restructurations industrielles et l'avènement de la société de consommation et de l'automobile s'accompagnent d'un phénomène de migration de la classe moyenne vers les banlieues : Saint-Louis, à l'instar des quartiers centraux de la ville Québec et des quartiers ouvriers d'Amérique du Nord, a ainsi connu à partir des années 1960 un déclin démographique qui s'est conjugué ensuite à un processus de dévitalisation.

Le territoire a encore changé au cours des dernières années et certains secteurs ont pu profiter des effets de la revitalisation du centre-ville. Aujourd'hui, alors que des zones sont encore marquées par la pauvreté, d'autres connaissent une certaine amélioration. Certes, on ne peut pas encore parler d'embourgeoisement « gentrification », mais plusieurs signes témoignent d'une amélioration de la situation.

### La population

Saint-Louis compte 44 980 habitants (2001<sup>6</sup>). Les femmes, plus nombreuses, représentent 53,7 % de la population. Près d'une personne sur cinq à Saint-Louis a plus de 65 ans et plus et les moins de 25 ans ne représentent pas le quart de la population. Fait à souligner, près des deux tiers des 65 ans et plus sont des femmes, près de la moitié des personnes de ce

---

<sup>6</sup> Les données sont tirées du recensement de 2001.

groupe d'âge (47,4 %) vivent hors famille de recensement<sup>7</sup> et plus des deux cinquièmes vivent seules.

La population de Saint-Louis est moins riche et moins scolarisée que celle du Québec. Le taux de chômage y est beaucoup plus élevé que la moyenne québécoise (13,3 % contre 8,2 %) ainsi que le pourcentage de prestataires de l'assistance emploi (19,4 % contre 8,2 %). Soulignons que plus du quart des 45-64 ans étaient dans cette situation en janvier 2004<sup>8</sup>. Il faut également noter que la majorité des bénéficiaires de l'assistance emploi (62 %) le sont depuis plus de dix ans et que plus des deux tiers d'entre eux vivent seuls. Enfin, le pourcentage de la population vivant dans un ménage à faible revenu<sup>9</sup> s'établit à 43,5 %, une proportion très élevée comparativement à la moyenne québécoise (19,1 %). Les tableaux 3 et 4 fournissent un portrait synthétique de la population et de ses caractéristiques socioéconomiques, pour le territoire.

**Tableau 3 Indicateurs sociodémographiques selon les trois territoires étudiés**

Indicateurs sociodémographiques		St-Louis	Verdiers	Banville	Le Québec
<b>Population</b>	<b>Totale</b> n	44 960	44955,0	70 330	7 237 480
	<b>Jeune</b> <sup>1</sup> %	11,5	16,7	14,3	17,9
	<b>Âgée</b> <sup>2</sup> %	19,3	16,0	14,4	13,3
	<b>Femmes</b> <sup>3</sup> %	53,8	49,9	52,2	51,2
<b>Personnes seules</b> <sup>4</sup> %	26,8	11,5	12,7	12,5	
<b>Familles monoparentales</b> <sup>5</sup> %	28,2	12,6	17,7	16,6	
<b>Défavorisation sociale</b> <sup>6</sup> indice	4,6	2,5	3,1	3,0	

1: Proportion de la population de moins de 15 ans, en % de la population totale.

2: Proportion de la population de 65 ans et plus, en % de la population totale.

3: Proportion de la population de femmes, en % de la population totale.

4: Personnes vivant seules dans la population de 15 ans et + vivant dans des ménages privés.

5: Familles monoparentales dans l'ensemble des familles.

6: Reflète le fait de vivre seul, d'être en famille monoparentale, séparé, divorcé, veuf (1 = très favorisé, 5 = très défavorisé).

Source : Recensement canadien, année 2001 et MESS 2004.

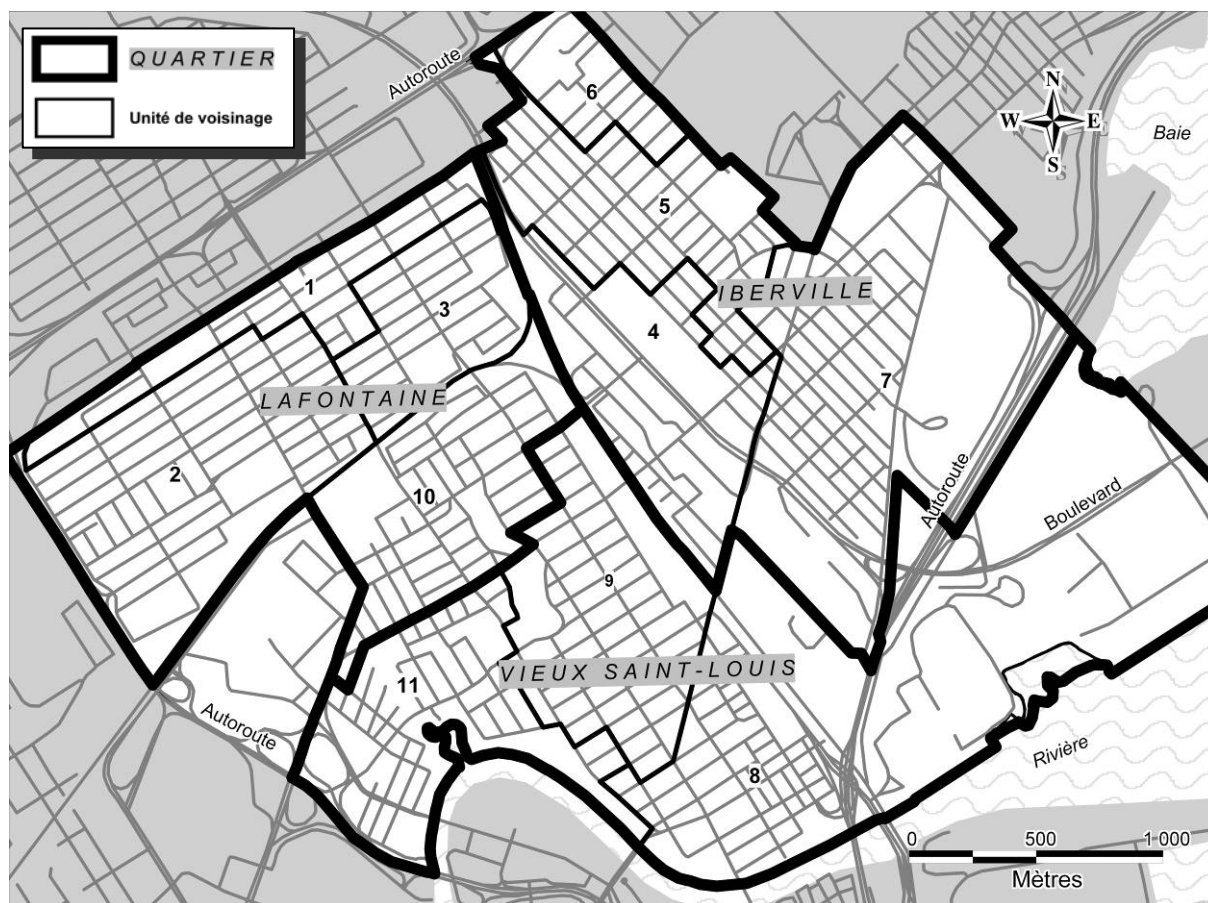
<sup>7</sup> Les familles de recensement comprennent les couples mariés ou vivant en union libre, avec ou sans enfant, ou un parent seul vivant avec au moins un enfant dans le même logement. Un couple vivant en union libre peut être de sexe opposé ou de même sexe. Les autres individus font partie de la catégorie « personnes hors familles de recensement »; les personnes seules figurent parmi celle-ci.

<sup>8</sup> Source : Statistique de la Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille.

<sup>9</sup> « Niveaux de revenu selon lesquels on estime que les familles ou les personnes hors famille consacrent 20 % de plus que la moyenne générale à la nourriture, au logement et à l'habillement », selon la définition de Statistique Canada.



Carte 1 Quartiers et unités de voisinage de Saint-Louis



Cartographie Alexandre Lebel.

## 1.2 BANVILLE : LA GRANDE BANLIEUE

L'arrondissement de Banville comprend 6 quartiers (de la proche banlieue de Québec). Nous y avons délimité 15 unités de voisinage.

Le développement de Banville, étroitement lié à celui de la capitale, emprunte le modèle de développement des banlieues nord-américaines. Avec l'après-guerre, les classes moyennes désertent les quartiers ouvriers, situés en centre-ville ou à proximité, et fuient l'exiguïté des appartements urbains pour le confort des bungalows de la banlieue. La prospérité économique, l'avènement de la société de consommation, l'essor de l'automobile et le boom démographique conduisent à l'avènement de nouvelles formes urbaines et d'un nouveau mode de vie. Cette mobilité géographique correspond bien souvent à une ascension sociale, la migration en banlieue s'accompagnant de l'achat d'une voiture et d'une maison, symboles de la réussite sociale, de l'« american way of life ». En 1961, 70,3 % des résidents de Banville sont propriétaires de leur logement. Dans l'ancienne ville de Québec, c'est l'inverse : 75 % des habitants sont locataires. Banville connaît dès le départ une véritable explosion démographique : la population, essentiellement composée de jeunes familles, quadruple ou presque entre 1950 et 1970; en 1960, 60 % des familles ont entre 1 ou 3 enfants, et les moins de 15 ans représentent près de 40 % de la population (Fortin et al. 2002).

À partir des années 1970, la déconcentration des activités économiques, la construction de grands axes routiers et des grands centres commerciaux participent petit à petit à l'intégration graduelle de Banville dans l'agglomération urbaine de Québec. Le qualificatif de « ville dortoir » s'appliquera bientôt de moins en moins à cette banlieue, avec la déconcentration des lieux de travail et de consommation et l'appropriation par les résidentes et résidents de leur espace. Ce processus participe ainsi à la construction d'un milieu dont l'identité est de plus en plus affirmée. Sur le plan du développement urbanistique, alors que l'étalement urbain se poursuit au Nord du territoire, on assiste à la densification des zones plus urbanisées avec la construction d'immeubles résidentiels et d'édifices à bureaux.

Au courant des années 90, le secteur plus ancien situé dans la proche couronne de Québec commence à se dévitaliser. Il s'agit là d'un phénomène couramment observé en Amérique du Nord : les quartiers plus anciens, plus densément urbanisés présentent moins d'attrait et sont délaissés par les gens plus aisés au profit des développements pavillonnaires dans les zones plus éloignées (étalement urbain). Après les centres-villes, c'est au tour des banlieues vieillissantes d'être touchées par la dévitalisation. Dans le sud de Banville, le vieillissement de la population se conjugue ainsi au déclin démographique et à l'appauvrissement.

### ***La population***

Selon le recensement de 2001, Banville compte 70 330 habitants et les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes (52,2 % contre 47,8 %). La distribution de la population selon l'âge est similaire à celle de l'ensemble du Québec. On y dénombre un peu plus de personnes âgées (14,4 % contre 13,3 % pour le Québec) et légèrement moins de jeunes de moins de 15 ans (14,3 % contre 17,9 %). Quant aux moins de 25 ans, ils représentent environ le quart de la population. Enfin, le nombre de personnes âgées qui vivent seules est moins élevé que la moyenne québécoise (27,6 % contre 31 %).

Le profil socioéconomique de la population de Banville se rapproche également de la moyenne québécoise. Le revenu moyen des Banvillois est légèrement inférieur à celui des Québécois mais le taux de faible revenu est plus bas (17,8 % contre 19,2 %). Par ailleurs, le nombre de personnes peu scolarisées, de familles monoparentales et de jeunes de 15 à 24 ans ne fréquentant pas l'école est moins élevé à Banville que dans l'ensemble du Québec. Il en est de même du taux de chômage (7 % contre 8,2 %), du pourcentage de prestataires de l'assistance-emploi (5,4 % contre 8,2 %) et de la proportion de la population vivant dans un ménage à faible revenu (17,8 % contre 19,1 %). Mentionnons enfin que la moyenne du salaire des femmes est supérieure à celle des femmes québécoises dans l'ensemble (selon le recensement 2001 : 21 434 \$ pour les Banvilloises et 21 286 \$ pour l'ensemble des Québécoises).

Les tableaux 3 et 4 regroupent différentes données qui tracent le portrait de la situation socioéconomique de la population de Banville. Ce portrait met en évidence les nuances essentielles pour l'analyse.

**Tableau 4 Indicateurs socioéconomiques selon les trois territoires étudiés**

Indicateurs socioéconomiques		St-Louis	Verdiers	Banville	Le Québec
Revenu moyen femme <sup>1</sup>	\$	16 915	17 107	21 434	21 286
Revenu moyen homme <sup>1</sup>	\$	22 137	29 487	32 930	33 117
Faible revenu <sup>2</sup>	%	43,5	11,9	17,9	19,1
Faible scolarité <sup>3</sup>	%	37,2	36,2	24,9	32,8
Non-scolarisation jeune <sup>4</sup>	%	36,7	31,6	27,6	33,2
Taux de chômage <sup>5</sup>	%	13,2	8,5	7,0	8,2
Taux d'activité <sup>6</sup>	%	53,9	59,2	62,7	64,2
Assistance-emploi <sup>7</sup>	%	19,4	6,5	5,4	8,2
Assistance-emploi femme <sup>7</sup>	%	18,3	6,8	5,5	
Assistance-emploi homme <sup>7</sup>	%	20,5	6,3	5,3	
Défavorisation matérielle <sup>8</sup>	indice	3,7	3,6	2,3	3,0

1: Revenu moyen des personnes de 15 ans et plus ayant déclaré un revenu en \$.

2: Famille et personne consacrant 20 % de plus que la moyenne générale à la nourriture, au logement et à l'habillement.

3: Proportion de la population sans grade, certificat ou diplôme, en % de la population de 15 et plus.

4: Fréquentation d'un établissement scolaire des 15 à 24 ans dans population des 15-24 ans.

5: Population de 15 ans et + au chômage dans population active.

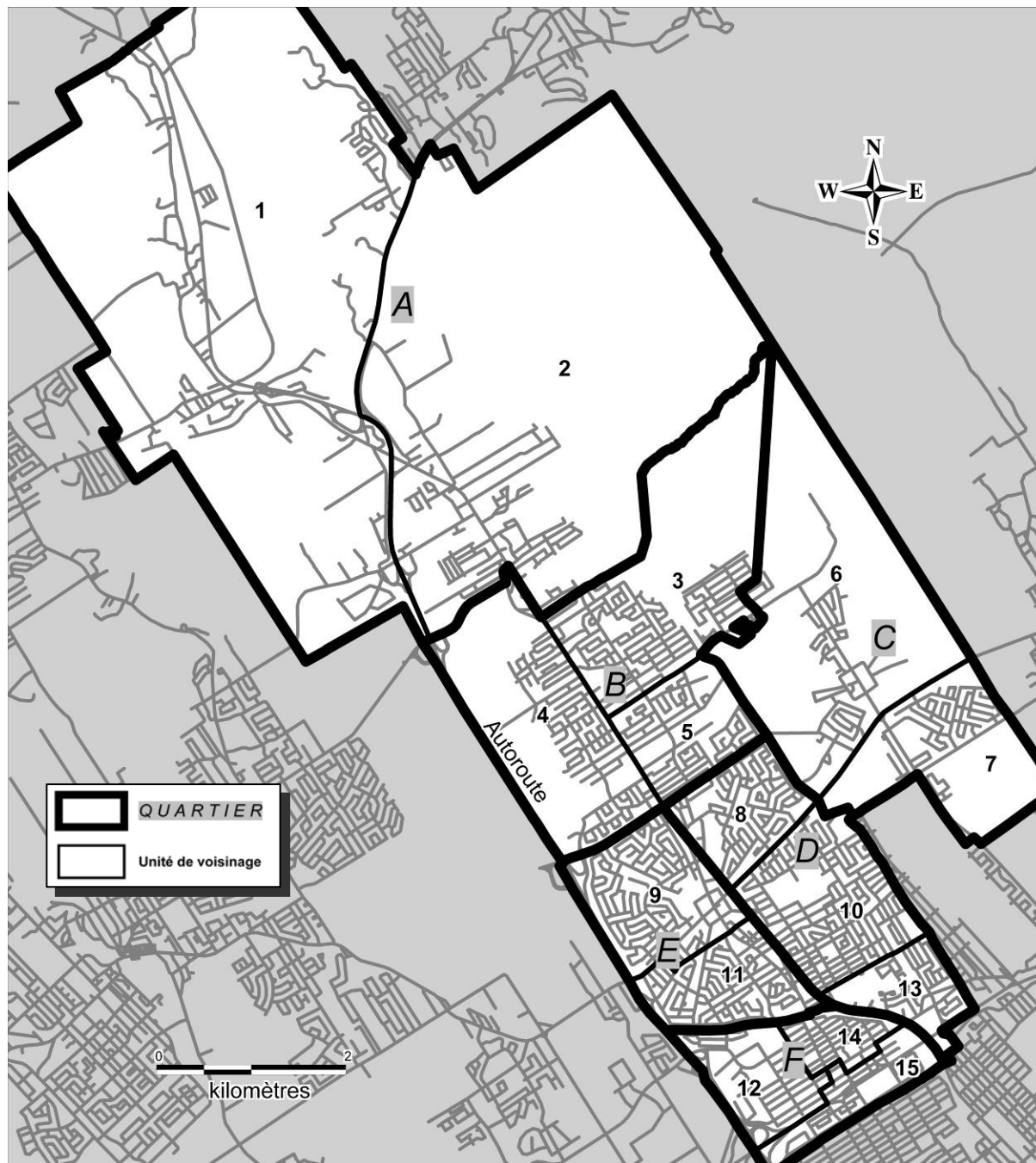
6: Population de 15 ans et + occupée ou au chômage dans population de 15 ans et +.

7: Ratio de prestataires de l'assistance emploi par rapport à population de 15 à 65 ans.

8: Représente l'emploi, la scolarité et le revenu (1 = très favorisé, 5 = très défavorisé).

Source : Recensement canadien, année 2001 et MESS 2004.

Carte 2 Quartiers et unités de voisinage de Banville



Cartographie Alexandre Lebel.

### 1.3 VERDIERS : LA CAMPAGNE

Verdiers a d'abord été un territoire essentiellement rural, sis en bordure du fleuve dans la plaine fertile du Saint-Laurent. Graduellement, le peuplement a gagné les premiers contreforts des Laurentides avec le développement de l'industrie du bois, de l'agriculture et l'exploitation des carrières. Enfin, l'étalement urbain de l'agglomération de Québec a maintenant rejoint une partie de ce territoire. Ces modes de peuplement donnent lieu à des

dynamiques différentes selon les secteurs. Afin de tenir compte de ces particularités, nous avons subdivisé Verdiers en huit unités de voisinage.

### ***La population***

La population de Verdiers s'élève à 44 955 personnes, selon le recensement 2001 et compte autant d'hommes que de femmes (50,1 % contre 49,9 %). L'âge moyen est plus élevé que la moyenne québécoise et les plus de 65 ans représentent 16 % du total (contre 13,3 % pour le Québec). Près de la moitié de la population est composée de personnes ayant 45 ans et plus. Par ailleurs, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus vivant seules est légèrement inférieur à la moyenne québécoise (28 % contre 32,1 %). Enfin, on relève un pourcentage plus faible de jeunes; toutefois, la proportion de moins de 15 ans y est plus élevée que dans les deux autres territoires.

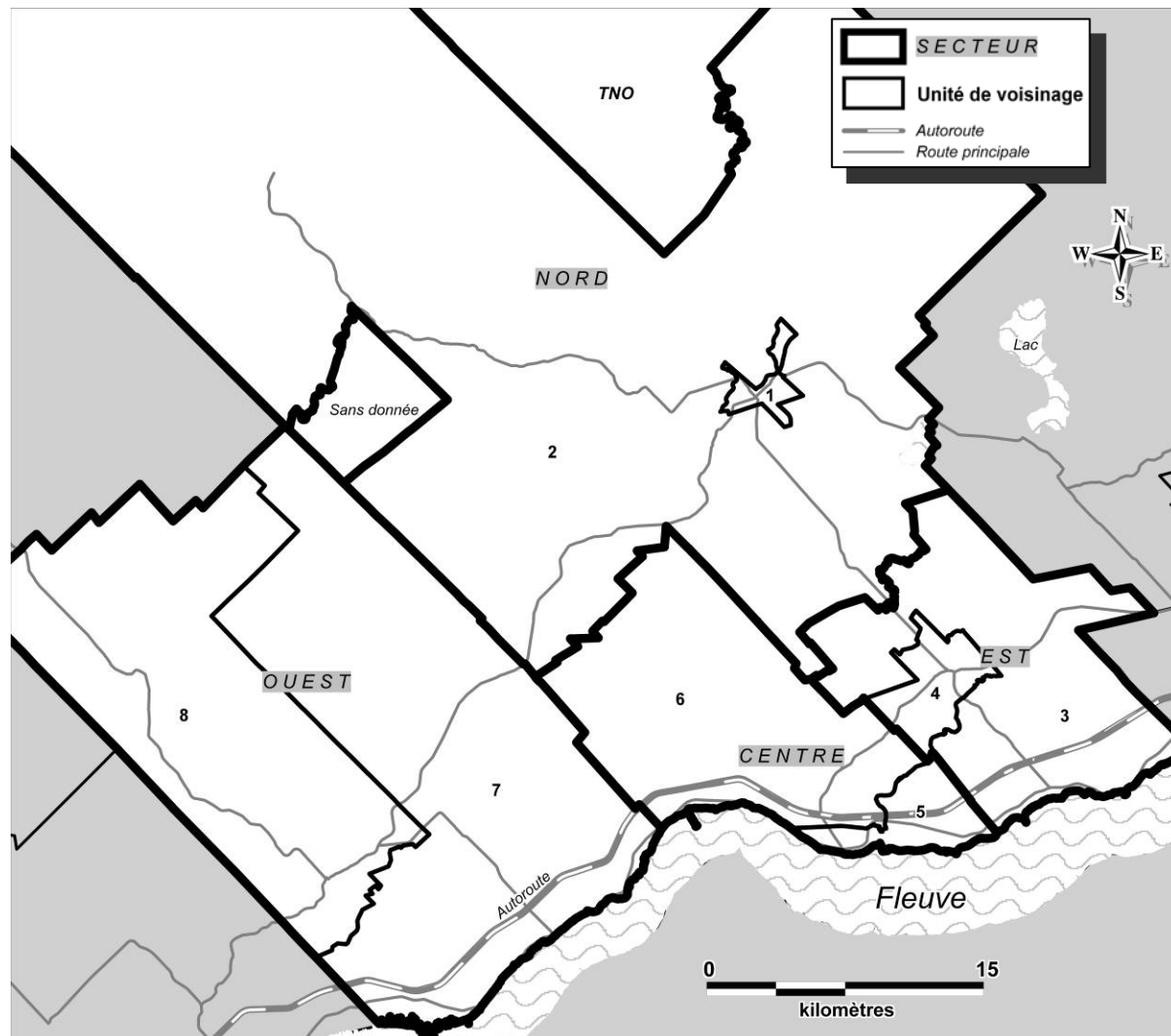
La population de Verdiers est moins scolarisée que celle de l'ensemble du Québec : le pourcentage de personnes sans diplôme est plus élevé (36,2 % contre 32,8 %) et la proportion de personnes ayant fait des études universitaires, plus faible (11,3 % contre 20,3 %).

Le revenu moyen y est également moindre que dans l'ensemble du Québec. Toutefois, le taux de ménages à faible revenu est moins élevé (11,9 % contre 19,1 %) tout comme le pourcentage de personnes qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement. Enfin, le revenu moyen des femmes de Verdiers est plus faible que celui des hommes (17 107 \$ contre 29 487 \$; pour l'ensemble du Québec, les chiffres sont respectivement de 21 286 \$ et de 33 117 \$).

Le taux de chômage est très proche de celui du Québec (8,5 % contre 8,2 %). Par contre, le pourcentage de prestataires de l'assistance-emploi est significativement moins élevé (6,5 % contre 8,2 %). Cependant, les femmes de Verdiers affichent un taux de chômage légèrement supérieur à la moyenne québécoise (8,7 % versus 7,7 %).

Les tableaux 3 et 4 regroupent différentes données qui permettent de dresser un portrait synthétique de la situation socioéconomique de la population de Verdiers.

### Carte 3 Secteurs et unités de voisinage de Verdiers



Cartographie Alexandre Lebel.

## 1.4 LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIOÉCONOMIQUES COMPARÉES

La mise en perspective des données sociodémographiques et socioéconomiques permet de préciser les différences entre les populations des trois territoires

### 1.4.1 Écarts entre les trois territoires

Saint-Louis compte le plus grand nombre de personnes âgées et Banville, le moins; c'est à Verdiers que l'on dénombre la plus grande proportion de jeunes et la plus faible proportion de femmes. Par ailleurs, on note des écarts importants pour trois indicateurs : la proportion de la population ayant un faible revenu et celle qui est prestataire de l'assistance emploi (voir tableau 4); de même, selon les résultats de notre enquête téléphonique, 22,2 % des

répondantes et répondants de Saint-Louis avaient eu une expérience de non-emploi<sup>10</sup> alors que c'était le cas de 13,6 % des répondants de Verdiers et de 16,3 % à Banville. Dans les trois cas, Saint-Louis obtient les scores les plus élevés.

Des données sociodémographiques et socioéconomiques complémentaires présentées aux tableaux 3 et 4 permettent de mieux apprécier les écarts entre les trois territoires. Ces données confirment nos constats de départ et permettent de les nuancer :

Saint-Louis et Banville affichent les écarts les plus importants par rapport à la défavorisation matérielle, alors que c'est entre Saint-Louis et Verdiers que les écarts de défavorisation sociale sont les plus importants.

La situation de la population de Saint-Louis apparaît très précaire lorsqu'elle est mise en perspective avec celle de Banville. En effet, pour une grande partie des variables considérées, les écarts les plus marqués sont relevés entre ces deux territoires : par exemple, à Banville, le revenu des hommes est 1,5 fois plus élevé qu'à Saint-Louis, celui des femmes est 1,3 plus élevé; le taux d'assistance emploi est 3,5 fois moins important à Banville qu'à Saint-Louis, etc.

Verdiers et Saint-Louis présentent des indices de défavorisation matérielle similaires. Pourtant, Verdiers affiche l'indice le plus faible de défavorisation sociale, dépassant même Banville, le territoire le plus riche sur le plan matériel. Ainsi, pour certains indicateurs, le score de Verdiers est plus favorable que celui de Banville, notamment la proportion de familles et personnes à faible revenu et de familles monoparentales.

À ce chapitre, la situation de Saint-Louis apparaît critique par rapport à celle de Verdiers : la proportion de familles et de personnes à faible revenu est trois fois plus importante à Saint-Louis et la proportion de personnes seules et de familles monoparentales, significativement plus élevée.

Le fossé qui sépare Saint-Louis des autres territoires doit être souligné. Il s'agit là d'une dimension centrale pour l'analyse des liens entre les indicateurs socioéconomiques et la santé des populations.

---

<sup>10</sup> Pourcentage de répondantes et répondants qui, au cours des deux dernières années, ont été sans emploi, c'est-à-dire qu'ils cherchaient du travail et étaient disponibles pour commencer à travailler.

### 1.4.2 Écarts au sein de chaque territoire, entre les unités de voisinage

Aucun des trois territoires n'est homogène, loin s'en faut comme le démontre le tableau 5 qui présente les unités de voisinage affichant les valeurs extrêmes.

**Tableau 5 Indicateurs sociodémographiques et écarts selon les unités de voisinage dans les trois territoires étudiés (%)**

Territoire	Indicateurs socioéconomiques					
	Sexe Femmes		Jeunes Total		65 ans et + Total	
	min	max	min	max	min	max
<b>Saint-Louis</b> (N=44 960)	unité 8	unité 1	unité 3	unité 6	unité 6	unité 2
%	50,5	56,4	8,7	23,7	9,3	25,6
<b>Verdiers</b> (N=44 955)	unité 3	unité 6	unité 1	unité 4	unité 3	unité 1
%	47,8	53,7	13,0	21,0	9,6	22,9
<b>Banville</b> (N=70 330)	unité 10	unité 13	unité 13	unité 7	unité 7	unité 11
%	48,4	55,6	8,5	20,2	5,0	23,7

Source : Recensement canadien, année 2001.

À Verdiers, un déclin démographique touche l'Ouest du territoire (unités 7 et 8) et se traduit par une proportion moindre de jeunes et un pourcentage supérieur de personnes âgées, à l'inverse de la partie Est qui, elle, connaît un essor démographique (unités 3 et 4). Le secteur Nord de Verdiers (unité 1), fortement rural, se démarque avec le pourcentage le plus élevé de femmes et de personnes âgées et le plus faible pourcentage de jeunes de l'ensemble du territoire.

À Banville, la partie Sud et les unités avoisinantes (unités 11, 12, 13, 14 et 15), contiguës à Saint-Louis, affichent à la fois un pourcentage important de personnes âgées et très faible de jeunes; la proportion de femmes y est également la plus élevée du territoire

À Saint-Louis, où l'on note un pourcentage élevé de personnes âgées et une proportion très faible de jeunes, une unité de voisinage se démarque fortement. De toutes les unités de voisinage des trois territoires, l'unité 6 affiche le plus haut pourcentage de jeunes et la plus faible proportion de personnes âgées : près d'une personne sur 4 a moins de 15 ans et moins d'une personne sur 10, plus de 65 ans. On peut mentionner qu'une personne sur deux (50,8 %) dans cette unité de voisinage a une faible scolarité, que 44,1 % des familles sont monoparentales et que cette unité regroupe une grande partie des logements sociaux du territoire de Saint-Louis.

À l'instar de la composition de la population, la défavorisation matérielle et la défavorisation sociale diffèrent non seulement entre les trois territoires mais aussi à l'intérieur de chacun d'eux. Le Tableau 6 rend compte des écarts de défavorisation entre les unités de voisinage, pour chaque territoire et pour l'ensemble.



**Tableau 6 Écarts de défavorisation sociale et de défavorisation matérielle selon les unités de voisinage dans les trois territoires étudiés**

Territoire	Défavorisation sociale		Défavorisation matérielle	
	min	max	min	max
<b>Saint-Louis</b> (N=44 960) %	unité 2 et 5 4,0	unité 1 et 6 5,0	unité 9 2,0	unité 6 5,0
<b>Verdiers</b> (N=44 955) %	unité 2 1,8	unité 13 3,7	unité 4 2,8	unité 2 4,2
<b>Banville</b> (N=70 330) %	unité 10 1,9	unité 12 4,7	unité 8 1,4	unité 15 3,9

Les disparités entre les unités de voisinage sont importantes à Banville et à Verdiers, et ce, tant sur le plan de la défavorisation matérielle que de la défavorisation sociale. Toutefois, les unités de voisinage ayant les valeurs maximales les plus fortes, pour les deux formes de défavorisation, se trouvent toutes à Saint-Louis. Celles qui affichent les valeurs plus faibles pour la défavorisation sociale sont concentrées à Banville et à Verdiers, et pour la défavorisation matérielle, à Banville. D'une certaine manière, les valeurs maximales reliées aux unités de voisinage suivent le profil des valeurs moyennes enregistrées pour le territoire dont elles font partie.

Les données présentées au Tableau 7 illustrent l'existence de ces clivages territoriaux. L'unité 12 à Banville se démarque avec des taux de défavorisation élevés. À Saint-Louis, la défavorisation matérielle est un peu moins élevée dans l'unité 9 ce qui semble indiquer la présence de dynamiques autres que celles prévalant ailleurs. Verdiers, pour sa part, présente une situation particulière, que l'on peut traduire de la façon suivante : L'unité où la défavorisation matérielle est la plus élevée est celle où la défavorisation sociale est la plus faible, et vice versa. Ainsi :

- l'unité 8 (située à l'ouest du territoire) est défavorisée sur le plan matériel et favorisée sur le plan social;
- pour l'unité 4 (secteur Est) c'est la tendance inverse.

**Tableau 7 Population et contexte socioéconomique et écarts selon les unités de voisinage dans les trois territoires étudiés**

Territoire	Population			Contexte socioéconomique					
	Totale	Jeune <sup>1</sup>	Âgée <sup>2</sup>	Revenu <sup>3</sup>	Scolarité <sup>4</sup>	Personnes seules <sup>5</sup>	Familles mono-parentales <sup>6</sup>	Défavorisation <sup>7</sup> matérielle	Défavorisation <sup>7</sup> sociale
	n	%	%	\$	%	%	%	indice	indice
<b>St-Louis</b>	44 985	11,5	19,3	19 374	37,2	26,8	28,2	3,7	4,6
<i>unité 6</i>	2 145	23,7	9,3	14 260	50,8	15,9	44,1	5,0	5,0
<i>unité 9</i>	6 010	10,1	18,3	23 066	27,0	25,7	28,7	2,0	4,9
<b>Verdiers</b>	70 285	14,3	14,4	23 459	24,9	12,7	17,7	2,3	3,1
<i>unité 8</i>	5 765	11,4	23,6	20 046	36,8	25,7	24,9	3,4	4,7
<i>unité 4</i>	3 890	20,2	5,0	25 240	17,0	6,6	17,4	1,6	2,6
<b>Banville</b>	44 545	16,7	16,0	26 930	36,2	11,5	12,6	3,6	2,5
<i>unité 12</i>	3 365	14,6	21,6	19 180	40,6	15,3	8,1	4,1	2,0
<i>unité 7</i>	4 975	21,0	12,6	32 440	26,0	8,9	15,3	2,8	3,1
<b>Le Québec</b>	<b>7 237 475</b>	<b>17,9</b>	<b>13,3</b>	<b>27 125</b>	<b>32,8</b>	<b>12,5</b>	<b>16,6</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>

1: Proportion de la population de moins de 15 ans, en % de la population totale.

2: Proportion de la population de 65 ans et plus, en % de la population totale.

3: Revenu moyen des hommes de 15 et plus ayant déclaré un revenu, en \$.

4: Proportion de la population sans grade, certificat ou diplôme, en % de la population de 15 et plus.

5: Proportion des personnes vivant seules, en % de la population de 15 et plus vivant dans les ménages privés.

6: Proportion des familles monoparentales, en % de l'ensemble des familles.

7: Indice de défavorisation matérielle et sociale; varie de 1 (très favorisé) à 5 (très défavorisé).

La forme matérielle reflète l'emploi, la scolarité et le revenu.

La forme sociale, le fait de vivre seul ou en famille monoparentale, d'être séparé, veuf ou divorcé.

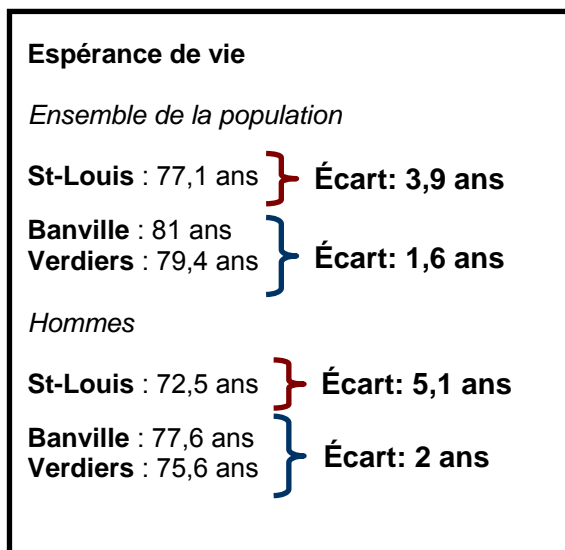
NOTE: Les valeurs ci-haut peuvent différer légèrement de celles produites par Statistique Canada.

Source : Recensement canadien, année 2001.

Le relevé de ces écarts intraterritoriaux apporte un éclairage précieux pour l'interprétation des bilans de santé en relation avec les indicateurs démographiques et socioéconomiques.

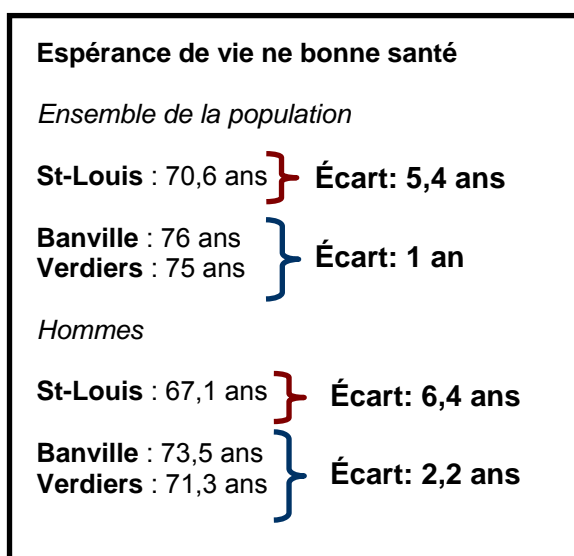
## 1.5 LES BILANS DE SANTÉ COMPARÉS

L'examen des bilans de santé généraux des trois territoires met en évidence des écarts importants. Les indicateurs retenus pour tracer ces bilans sont : l'espérance de vie à la naissance (EV), l'espérance de vie en bonne santé (EVBS), le taux de mortalité chez les moins de 65 ans, les taux d'incapacité chez les moins de 65 ans et l'hospitalisation chez les moins de 65 ans. Le tableau 8 présente un sommaire des résultats.



Les résidents et résidentes de Banville peuvent escompter vivre en moyenne 3,9 ans de plus que ceux de Saint-Louis. L'écart atteint même 5,1 ans chez les hommes. À Verdiers, la situation est proche de celle de Banville et seulement 1,6 an et 2 ans séparent les deux territoires.

Du côté de l'espérance de vie en bonne santé, les écarts suivent la même tendance : les résidents et résidentes de Banville ont un avantage de 5,4 ans sur ceux de Saint-Louis; chez les hommes, cet avantage atteint 6,4 ans; Verdiers présente encore ici un score légèrement plus faible que celui de Banville : un an supplémentaire en moyenne, et 2,2 ans pour les hommes.



De façon générale, les écarts entre les femmes sont moindres relativement à l'espérance de vie et à l'espérance de vie en bonne santé (EV = 3,1 ans entre Saint-Louis et Banville et 0,7 an entre Verdiers et Banville; EVBS = 4,9 entre Saint-Louis et Banville et 0,2 entre

Verdiers et Banville). C'est là une tendance bien documentée dans la recherche. À titre d'exemple, selon les compilations effectuées à l'Institut national de santé publique du Québec pour 2000-2002 et portant sur l'ensemble du Québec, l'écart pour l'espérance de vie est de 8 ans chez les hommes et de 3 ans chez les femmes lorsque l'on compare les groupes qui affichent les indices extrêmes de défavorisation matérielle et sociale (5 et 1). Les valeurs correspondantes pour l'espérance de vie en bonne santé sont de 10 ans chez les hommes et de 7 ans chez les femmes. On attribue généralement ces écarts entre les sexes à des différences notables dans certaines causes de décès. Les décès par accident de la route ou par suicide, par exemple, affectent nettement plus les hommes que les femmes et ils tuent de manière précoce, ce qui a un impact important sur l'espérance de vie moyenne. Aussi, on attribue le piètre score des hommes à certaines habitudes de vie, le tabagisme notamment, et aux risques d'accident en milieu de travail ou de maladie professionnelle. Les données présentées ici suggèrent que la situation des hommes de Saint-Louis mériterait d'être investiguée davantage.

### **1.5.1 Les écarts entre les territoires**

Qu'il s'agisse de mortalité, d'incapacité à long terme ou d'hospitalisation avant 65 ans, les habitants de Saint-Louis voient leur santé affectée prématurément<sup>11</sup>. Notons aussi pour ce territoire un taux exceptionnellement élevé d'hospitalisation pour troubles mentaux – c'est le cas également pour certaines unités de voisinage de Banville – et une incidence du cancer plutôt forte. Il faut tenir compte ici de la proximité d'un hôpital psychiatrique. À l'inverse, Verdiers affiche des taux d'hospitalisation générale et d'hospitalisation pour troubles mentaux légèrement inférieurs à ceux du Québec. Du côté de Banville, la mortalité et l'incapacité sont significativement plus faibles que la moyenne québécoise. À l'inverse, on relève un taux d'hospitalisation générale légèrement plus élevé.

---

<sup>11</sup> Il est important de souligner que les taux ont été ajustés selon l'âge et le sexe de la population.

**Tableau 8 Indicateurs de santé selon les trois territoires étudiés et au Québec**

Indicateurs de santé			St-Louis (N=44 960)	Verdiers (N=44 955)	Banville (N=70 330)	Le Québec (N=7 237 480)
<b>Espérance de vie à la naissance <sup>1</sup></b>						
Femmes	EV		80,8	83,2	83,9	82,1
Hommes	EV		72,5	75,6	77,6	76,0
Total	EV		77,1	79,4	81,0	79,1
<b>Espérance de santé à la naissance <sup>2</sup></b>						
Femmes	ES		73,1	77,8	78,0	76,3
Hommes	ES		67,1	71,3	73,5	71,5
Total	ES		70,6	75,0	76,0	74,0
<b>Mortalité</b>						
moins 65 ans	n <sup>3</sup>		126	86	620	12 826
	taux <sup>4</sup>		327	213	181	204
<b>Incapacité<sup>5</sup></b>						
moins 65 ans	n		2090	1435	1 920	221 790
	taux <sup>6</sup>		5,57	3,68	3,05	3,58
<b>Hospitalisation générale</b>						
moins 65 ans	n <sup>3</sup>		5143	3939	6 765	687 925
	taux <sup>6</sup>		14,4	10,6	11,3	11,0
<b>Hospitalisation troubles mentaux</b>						
moins 65 ans	n		651	184	424	34 563
	taux <sup>4</sup>		1 705	474	707	551
<b>Cancer</b>						
moins 65 ans	n		66	64	106	8816
	taux <sup>4</sup>		168	152	146	140

1: Nombre moyen d'années à vivre à la naissance.

2: Nombre moyen d'années à vivre à la naissance sans incapacité.

3: Nombre moyen annuel de décès ou d'hospitalisations.


4: Taux pour 100 000 personnes, ajusté selon l'âge et le sexe de la population.

5: 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).

6: Taux pour 100 personnes, ajusté selon l'âge et le sexe de la population.

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. Seules les valeurs dont on peut dire qu'elles diffèrent de la valeur de celle de l'ensemble du Québec, malgré leur niveau d'imprécision, sont tramées de gris ou encadrées.

 Si nombre ou taux supérieur à ceux du Québec (p < 0,05).

 Si nombre ou taux inférieur à ceux du Québec (p < 0,05).

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.

Nous disposons également de données tirées de notre enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif des populations de nos trois territoires. Ces informations portent entre autres sur la santé déclarée et sur la santé mentale. L'évaluation de l'état de santé par les personnes elles-mêmes est considérée comme un excellent indicateur et est couramment utilisé dans les enquêtes en santé des populations. Les questions que nous avons utilisées concernant la santé mentale sont également utilisées fréquemment dans de telles enquêtes.

### La santé déclarée

Plus de personnes déclarent être en mauvaise santé « mauvaise » ou « passable » à Saint-Louis que dans les deux autres territoires, ce qui n'est guère surprenant. C'est également à Saint-Louis que l'on observe l'écart le plus important entre les femmes et les hommes (plus de quatre points de pourcentage). De fait, plus d'hommes que de femmes évaluent leur état de santé physique comme étant « bon à excellent ». Dans les trois territoires, plus de 90 % des individus de 44 ans et moins considèrent « bon à excellent » leur état de santé physique. Après 45 ans, cette appréciation chute considérablement, surtout à Saint-Louis (diminution de plus de 15 points de pourcentage) et dans Verdiers (diminution de plus de 9 points) alors qu'à Banville cette appréciation demeure relativement stable jusqu'à 65 ans. Fait à noter, les jeunes de 18 à 24 ans de Verdiers sont moins nombreux que ceux des deux autres territoires à estimer leur état de santé physique entre « bon à excellent ». Une autre donnée démontre qu'à Saint-Louis on perçoit plus fréquemment qu'ailleurs sa santé comme étant mauvaise dès le mitan de la vie. Ces résultats soulèvent des questions : Peut-on établir un lien entre les perceptions négatives, l'exclusion économique et la précarité de l'emploi, l'isolement social, phénomènes durement ressentis dans Saint-Louis? Peut-on soulever l'hypothèse de l'usure prématurée du corps liée au stress occasionné par des conditions de vie difficiles? Et que faut-il conclure des perceptions des jeunes de Verdiers?

**Tableau 9 État de santé déclarée selon l'âge et le sexe**

Sexe et Âge	St-Louis				Verdiers				Banville			
	Bonne <sup>1</sup>		Mauvaise <sup>2</sup>		Bonne		Mauvaise		Bonne		Mauvaise	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Femmes</b>	240	79,7	61	20,3	284	87,1	41	12,9	297	92,2	25	7,8
18-24 ans	20	95,2	1	4,8	26	89,7	3	10,3	35	100	0	0
25-44 ans	89	90,8	9	9,2	112	94,9	6	5,1	105	93,8	7	6,3
45-64 ans	76	75,2	25	24,8	94	85,5	16	14,5	112	90,3	12	9,7
65 ans et +	55	67,9	26	32,1	52	76,5	16	23,5	45	88,2	6	11,8
<b>Hommes</b>	217	84,5	41	15,5	281	89,5	32	10,5	260	90,9	26	9,1
18-24 ans	41	97,6	1	2,4	33	89,2	4	10,8	30	93,8	2	6,3
25-44 ans	93	92,1	8	7,9	96	96,0	5	95,5	84	91,3	8	8,7
45-64 ans	49	72,1	19	27,9	100	85,5	17	14,5	100	94,3	6	5,7
65 ans et +	34	72,3	13	27,7	52	89,7	6	10,3	46	82,1	10	17,9
<b>Total</b>	457	81,9	101	18,1	565	88,4	74	11,6	556	91,6	51	8,4

1 : État de santé déclarée de « bonne » à « excellente ».

2 : État de santé déclarée de « mauvaise » à « passable ».

Source : Enquête populationnelle.

Lors de notre enquête téléphonique, nous avons aussi mesuré la prévalence des incapacités de longue durée (incapacités motrice, sensorielle, mentale, etc.), des limitations vécues dans la vie quotidienne depuis au moins six mois ainsi que des incapacités de courte durée. Pour l'ensemble de la population, le taux d'incapacités de longue durée est légèrement plus élevé à Saint-Louis (19,4 %) qu'à Banville (17,9 %) et Verdiers (14 %), ce dernier obtenant le taux le plus faible. Le même constat peut être fait pour les limitations éprouvées dans la vie quotidienne (maison, travail, école, loisir) depuis plus de six mois. Toutefois, on note qu'à Saint-Louis le phénomène semble toucher davantage qu'ailleurs les femmes de plus de

45 ans (45 à 64 ans et plus de 65 ans); dans les deux autres territoires, les différences entre les hommes et les femmes sont moins significatives. Pour ce qui est des incapacités de courte durée, soulignons que près du cinquième des répondantes et des répondants de Saint-Louis (19,5 %) ont déclaré avoir limité leurs activités habituelles au cours des 15 jours précédant l'enquête, à cause d'une maladie ou d'une blessure. Ce résultat est bien supérieur à celui que l'on observe dans les deux autres territoires (12,5 % à Verdiers et 10,6 % à Banville).

### **La santé mentale**

La très grande majorité des répondantes et répondants des trois territoires estime son état de santé mentale entre « bon et excellent ». On ne relève aucun écart important entre les territoires, les hommes et les femmes et les différentes catégories d'âge. Toutefois, en ce qui a trait à la santé émotionnelle, quelques différences retiennent l'attention. Banville affiche le taux le plus élevé de personnes qui disent se sentir « tout le temps ou souvent calmes et sereines » (89,1 %). Ce résultat vaut pour les femmes (90,3 % à Banville comparé à 83 % pour Saint-Louis et 83,9 % pour Verdiers) de même que pour toutes les catégories d'âge, à l'exception des 25-44 ans. L'appréciation subjective de la santé mentale ne correspond donc pas aux données obtenues à partir de nos autres sources. Les données d'hospitalisation révèlent en effet des écarts beaucoup plus importants entre les trois territoires. Ainsi, on dénombre beaucoup plus d'hospitalisations psychiatriques à Saint-Louis que dans les deux autres territoires. Par ailleurs, Verdiers, un taux inférieur à la moyenne québécoise et Banville un taux supérieur.

### **Le sentiment de contrôle**

#### **Sentiment de contrôle**

Indice qui vise à mesurer l'appréciation que les individus ont du contrôle qu'ils exercent sur leurs choix de vie. Il est construit à partir des sept dimensions suivantes : le sentiment de ne pas contrôler ce qui arrive; le sentiment de ne pas pouvoir résoudre certains problèmes; le sentiment de ne pas pouvoir changer le cours de sa vie; le sentiment d'impuissance; le sentiment d'être malmené par la vie; le sentiment de pouvoir influencer l'avenir et le sentiment de réaliser ses décisions.

Nous avons aussi voulu mesurer, à l'aide d'un indice le « sentiment de contrôle » également appelé « maîtrise de soi »<sup>12</sup>. Rappelons que le sentiment de contrôler sa destinée est considéré comme un des indicateurs psychosociaux les plus pertinents dans l'explication du gradient social de santé. Il est généralement présenté comme une variable médiatrice, expliquant une large part de la relation entre inégalités socioéconomiques et état de santé. Être maître de sa destinée s'oppose en quelque sorte au fatalisme, au sentiment que le monde est largement « déterminé » par le hasard, ou encore par le pouvoir des autres, c'est-à-dire que ce sont les autres qui détiennent la maîtrise de sa destinée personnelle. C'est pour cette raison que des auteurs s'intéressant aux inégalités sociales de santé, se sont

---

<sup>12</sup> Au moment de l'enquête téléphonique, l'échelle utilisée pour ordonner les réponses générées par ces différentes dimensions était : tout à fait en accord (5), plutôt en accord (4), ni en accord, ni en désaccord (3), plutôt en désaccord (2) et tout à fait en désaccord (1).

attardés à cette dimension, dont Marmot et al. (1978) et Wilkinson (1996). Le sentiment de contrôle est un « prédicteur » de santé physique et mentale, de l'utilisation des services de santé, de la mortalité chez les personnes âgées, en plus d'être relié à des habitudes de vie en lien avec la santé comme le tabagisme ou la pratique d'activités physiques et de loisir. Il est aussi inhérent à la sécurité alimentaire, comme l'ont montré les travaux de Hamelin et al. (2002). Non seulement il s'impose comme variable médiatrice dans l'explication du gradient social de la santé, mais il permet de dégager une indication de la résilience tout autant que de la capacité d'adaptation d'une personne à l'environnement social et physique. Le sentiment de contrôler sa destinée est étroitement lié à l'environnement social d'un individu.

Les personnes ayant déclaré avoir une santé « mauvaise » ou « passable » sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer un sentiment de contrôle faible, et ce, dans les trois territoires mais davantage à Saint-Louis.

Nos résultats indiquent que le faible sentiment de contrôle est effectivement plus fréquent à Saint-Louis que dans les deux autres territoires. En fait, près du quart des personnes interrogées disent avoir un sentiment de contrôle « faible » (contre 17,3 % à Verdiers et 16,4 % à Banville), 36,5 % un sentiment de contrôle « modéré » (contre 42,3 % à Verdiers et 41,6 % à Banville) et 39,3 % un sentiment de contrôle « fort » (contre 40,4 % à Verdiers et 42 % à Banville). Davantage de femmes que d'hommes déclarent avoir un faible sentiment de contrôle à Saint-Louis alors que c'est l'inverse à Verdiers, quoique que l'écart soit minime. À Banville, on ne relève pas de différences notables entre femmes et hommes. Si l'on observe maintenant la situation des 45 ans et plus, on se rend compte que le faible sentiment de contrôle est encore ici beaucoup plus fréquent à Saint-Louis que dans les deux autres territoires : près d'un tiers des 45 ans à 64 ans et des 65 ans et plus déclarent un sentiment de contrôle faible, comparativement à moins de 17 % à Banville et moins de 24 % à Verdiers.

Par ailleurs les personnes qui ont une activité rémunérée déclarent davantage un sentiment de contrôle fort, et ce, dans les trois territoires. Sans l'affirmer, on peut penser que les résultats de Saint-Louis s'expliquent, en partie du moins, par le nombre particulièrement élevé de prestataires de l'assistance emploi de 45 à 64 ans qui habitent le territoire<sup>13</sup>.

### **1.5.2 Les écarts de santé entre les unités de voisinage**

Un examen plus fin révèle des écarts aussi très importants entre les unités de voisinage. Le territoire de Saint-Louis, en particulier, retient l'attention, L'écart entre les unités 11 et 3 atteignant 15 ans. Même en tenant compte des marges d'erreur associées à ce genre de mesure, l'écart observé demeure supérieur à 10 ans. Signalons toutefois que les données doivent être interprétées avec prudence, la population de certaines unités étant peu importante.

---

<sup>13</sup> Si les prestataires de l'assistance emploi étaient sous-représentés dans notre échantillon (1,1 %), nous pouvons penser, compte tenu de la fréquence obtenue à partir de données tirées d'autres sources, que davantage de répondants ont déjà vécu cette expérience eux-mêmes ou par l'entremise d'un proche. De plus, il est loisible de croire que ce statut, sensible aux préjugés, a été sous déclaré. En effet, lors de nos entrevues, nous avons rencontré quelques personnes prestataires de l'assistance emploi qui ne l'avaient pas déclaré.



**Tableau 10 Écarts entre les indicateurs de santé selon les unités de voisinage dans les trois territoires étudiés**

Indicateur de santé			St-Louis (N=44 960)	Verdiers (N=44 955)	Banville (N=70 330)			
Espérance de vie à la naissance <sup>1</sup>			<b>EV</b>	<b>EV</b>	<b>EV</b>			
	<i>min</i>	unité 11	71,9	unité 6	76,6	unité 11	77,9	
	<i>max</i>	unité 3	86,1	unité 4	83,0	unité 6	83,7	
Espérance de santé à la naissance <sup>2</sup>			<b>ES</b>	<b>ES</b>	<b>ES</b>			
	<i>min</i>	unité 11	64,1	unité 8	71,1	unité 1	72,9	
	<i>max</i>	unité 3	80,1	unité 4	79,1	unité 3	78,4	
Mortalité	moins 65 ans		<b>Taux<sup>3</sup></b>	<b>Taux<sup>3</sup></b>	<b>Taux<sup>3</sup></b>			
		<i>min</i>	unité 3	191,0	unité 3	140	unité 7	103
		<i>max</i>	unité 11	461,0	unité 6	307	unité 14	284
Incapacité <sup>4</sup>	moins 65 ans		<b>Taux<sup>5</sup></b>	<b>Taux<sup>5</sup></b>	<b>Taux<sup>5</sup></b>			
		<i>min</i>	unité 9	3,96	unité 3	2,13	unité 7	1,24
		<i>max</i>	unité 6	8,28	unité 8	6,31	unité 15	5,30
Hospitalisation générale	moins 65 ans		<b>Taux<sup>5</sup></b>	<b>Taux<sup>5</sup></b>	<b>Taux<sup>5</sup></b>			
		<i>min</i>	unité 3	12,6	unité 8	9,0	unité 6	9,2
		<i>max</i>	unité 11	16,9	unité 1	13,0	unité 12	13,8

1: Nombre moyen d'années à vivre à la naissance.


2: Nombre moyen d'années à vivre à la naissance sans incapacité.


3: Taux pour 100 000 personnes, ajusté selon l'âge et le sexe de la population.

4: 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).

5: Taux pour 100 personnes, ajusté selon l'âge et le sexe de la population.

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. Seules les valeurs dont on peut dire qu'elles diffèrent de la valeur de celle de l'ensemble du Québec, malgré leur niveau d'imprécision, sont tramées de gris ou encadrées.

 Nombre ou taux supérieur à celui du territoire d'appartenance (p < 0,05).

 Nombre ou taux inférieur à celui du territoire d'appartenance (p < 0,05).

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

### 1.5.3 Les écarts relatifs à certains déterminants de la santé

Selon toute probabilité, les variations dans l'ensemble des déterminants de la santé devraient aller dans le même sens que les tendances relevées jusqu'à maintenant. Elles pourraient par ailleurs fournir des indications précieuses pour l'analyse. Nous examinons ici les déterminants suivants : les habitudes de vie, la sécurité alimentaire, le poids corporel et l'utilisation des services de santé.

### **Les habitudes de vie**

Le tabagisme, l'exposition à la fumée secondaire et la sédentarité sont généralement plus fréquents dans les milieux défavorisés. Qu'en est-il dans nos trois territoires?

Le taux de tabagisme le plus élevé est observé à Saint-Louis. Selon notre enquête téléphonique, 27,3 % des répondantes et répondants de Saint-Louis fument tandis qu'à Verdiers ils sont 23,9 % et à Banville, 20,4 %. Pour ce qui est de « l'exposition à la fumée des autres la plupart des jours », la population de Verdiers se révèle la plus exposée : 46,5 % par rapport à 42,2 % à Saint-Louis et 31,3 % à Banville. De façon générale, les 18-24 ans sont plus exposés que les autres groupes d'âge.

Fait à souligner, Saint-Louis fait assez bonne figure pour la pratique d'activités physiques durant les temps libres (séance de 20 à 30 minutes). En effet, 32,9 % des répondantes et répondants de Saint-Louis disent faire des activités « 4 fois ou plus par semaine » contre 13,5 % qui déclarent ne « jamais » s'y adonner. Ces résultats sont proches de ceux de Verdiers (33,2 % et 11,9 %) et légèrement supérieurs à ceux de Banville (28,1 % et 10,9 %). Au total 76,4 % de la population de Saint-Louis pratiquerait des activités physiques « au moins une fois par semaine » contre 76,2 % pour la population de Verdiers et 73,9 % pour celle de Banville. Par ailleurs, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada 2003) fournit une information supplémentaire. Selon cette enquête, la population du CLSC qui dessert une grande partie du territoire de Saint-Louis et celle du CLSC qui dessert Verdiers sont plus actives dans leurs activités quotidiennes ou de travail (Verdiers surtout). À Verdiers, la place du travail manuel dans le secteur agro-forestier et manufacturier - un secteur d'emploi important dans le territoire - offre un élément d'explication. Quant à la population de Saint-Louis, elle serait plus active dans ses déplacements, le caractère urbain du territoire et le faible taux de propriétaires de voitures y contribuant certainement, ce qui semble confirmé par les résultats obtenus dans Verdiers.

### **La sécurité alimentaire et le poids corporel**

L'insécurité alimentaire est plus fréquente à Saint-Louis, selon notre enquête téléphonique. Près d'un répondant sur six (17,4 %) déclare en effet avoir vécu l'une des trois situations suivantes : le fait de s'inquiéter par rapport à la suffisance de nourriture (14,4 %); le fait de ne pas avoir mangé des aliments de la qualité et de la variété désirées (11,8 %); le fait de ne pas avoir suffisamment de nourriture à consommer à cause du manque d'argent (11,4 %). À l'inverse, la prévalence de l'insécurité alimentaire serait deux fois moins importante dans Verdiers (9,1 %), alors que Banville se retrouve dans une position mitoyenne (12,5 %). Soulignons de plus qu'à Saint-Louis, plusieurs des personnes rencontrées lors de nos entrevues ont souligné la piètre qualité de l'offre alimentaire. Cet aspect n'a pas été relevé lors des entrevues dans les deux autres territoires.

Le poids corporel, estimé d'après l'indice de masse corporelle (IMC) - apprécié ici selon la norme internationale - est un autre indicateur révélateur. Les deux cinquièmes (40,8 %) de la population de Verdiers fait de l'embonpoint (IMC entre 25,00 et 29,99), comparativement à 34 % de la population de Banville et 29 % de celle de Saint-Louis. C'est par ailleurs à Saint-Louis que l'on compte la plus grande proportion de personnes avec un poids insuffisant

(IMC < 18,50), soit 6,5 % (par rapport à 5,3 % pour Verdiers et 3,4 % pour Banville). Quant au taux d'obésité, toutes classes d'obésité confondues (IMC ≥ 30,00), les trois territoires affichent des résultats similaires : 12,4 % pour Verdiers, 12,5 % pour Saint-Louis, 10,1 % pour Banville.

Si l'on examine l'ensemble des habitudes de vie et les résultats obtenus concernant le poids corporel et la sécurité alimentaire, Banville présente un bon bilan. De son côté, Saint-Louis se compare avantageusement aux autres territoires pour l'activité physique mais affiche certaines carences sur le plan de l'alimentation. Ce dernier résultat est sans doute relié au fait qu'une bonne partie de la population de Saint-Louis dispose d'un revenu moyen plus faible que les deux autres territoires et qu'elle présente un taux d'insécurité alimentaire plus élevé. De son côté Verdiers affiche un bilan globalement positif, sauf pour l'excès de poids et le tabagisme.

### ***L'utilisation des services de santé***

Le fait est largement documenté : les populations défavorisées utilisent différemment les services de santé que les classes aisée ou moyenne, et ce, même si les barrières financières sont levées. De façon générale, les personnes défavorisées recourent moins aux services préventifs ainsi qu'aux services de certains médecins spécialistes comme les pédiatres, les gynécologues-obstétriciens et les dermatologues. En revanche, elles fréquentent davantage le médecin de famille (Pampalon et Raymond 2003; Paquet 2005).

L'accès physique aux services explique sans doute certaines différences que nous avons observées entre les trois territoires, en particulier les taux globaux de consultation. Saint-Louis arrive ici au premier rang et Banville, au second. Il faut signaler qu'à Saint-Louis les services spécialisés et ultraspecialisés sont, sur le plan physique, très accessibles, en plus d'une multitude de services de proximité.

Le scénario se répète dans le cas des consultations pour la santé émotionnelle ou mentale, puisque les taux recueillis à Saint-Louis sont supérieurs à ceux des autres territoires. Encore ici, Banville arrive au second rang. Ces résultats s'inscrivent en droite ligne avec ceux d'une étude canadienne, réalisée par Li Wang (2004). Cette étude a mis en évidence le fait qu'en milieu rural le taux de personnes présentant des problèmes de santé mentale qui contactent un professionnel était bien inférieur à celui observé en milieu urbain. Caldwell et al. (2004) ont pour leur part observé que, dans les milieux ruraux, les jeunes hommes, plus encore que les autres groupes d'âges, étaient significativement moins nombreux que leurs confrères urbains à chercher de l'aide auprès de professionnels pour des désordres mentaux.

Le très faible taux de consultation pour troubles mentaux graves et ce, sur les trois territoires, peut donner à penser que les personnes concernées par ce genre de problèmes n'ont pas été jointes par notre enquête téléphonique, puisque nous savons que cette clientèle existe, particulièrement à Saint-Louis et dans le secteur Sud de Banville, compte tenu de la proximité d'un hôpital psychiatrique et de la pauvreté relative de ces milieux.

La santé dentaire constitue un indice intéressant en ce qu'elle traduit souvent une situation de discrimination. Deux études publiées récemment (Bedos et al. 2004; Paquet et Hamel

2005) ont ainsi fait ressortir l'existence d'inégalités sociales relativement à l'état de santé dentaire. Un enfant québécois de quatre ans qui vit depuis sa naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale a un risque accru, estimé à 112 %, d'avoir des caries. Les chercheurs ont aussi observé que cette catégorie d'enfant voit le dentiste moins fréquemment que les enfants d'un milieu nanti; le risque de n'être même jamais allé chez le dentiste est plus grand (48 %) <sup>14</sup>.

C'est à Saint-Louis que l'on relève le score le plus élevé de consultations « moins d'une fois par an » ou uniquement pour des soins d'urgence. Par ailleurs, les femmes de Saint-Louis, contrairement à celles de Banville, semblent moins bien suivies pour leur santé dentaire puisqu'elles seraient plus nombreuses à ne pas consulter sur une base régulière, soit au moins une fois par an (41,7 % contre 39,2 % pour les hommes). Au moment de l'enquête, nous avons demandé aux répondantes et répondants d'identifier le cabinet de dentiste qu'ils fréquentaient (à l'instar de la clinique médicale et de la pharmacie). Or, nous avons obtenu moins de réponses à Saint-Louis que dans les autres territoires (52,2 % n'ayant pas identifié de cabinet de dentiste contre 43 % et 47 %), ce qui tend à confirmer une fréquentation moins régulière.

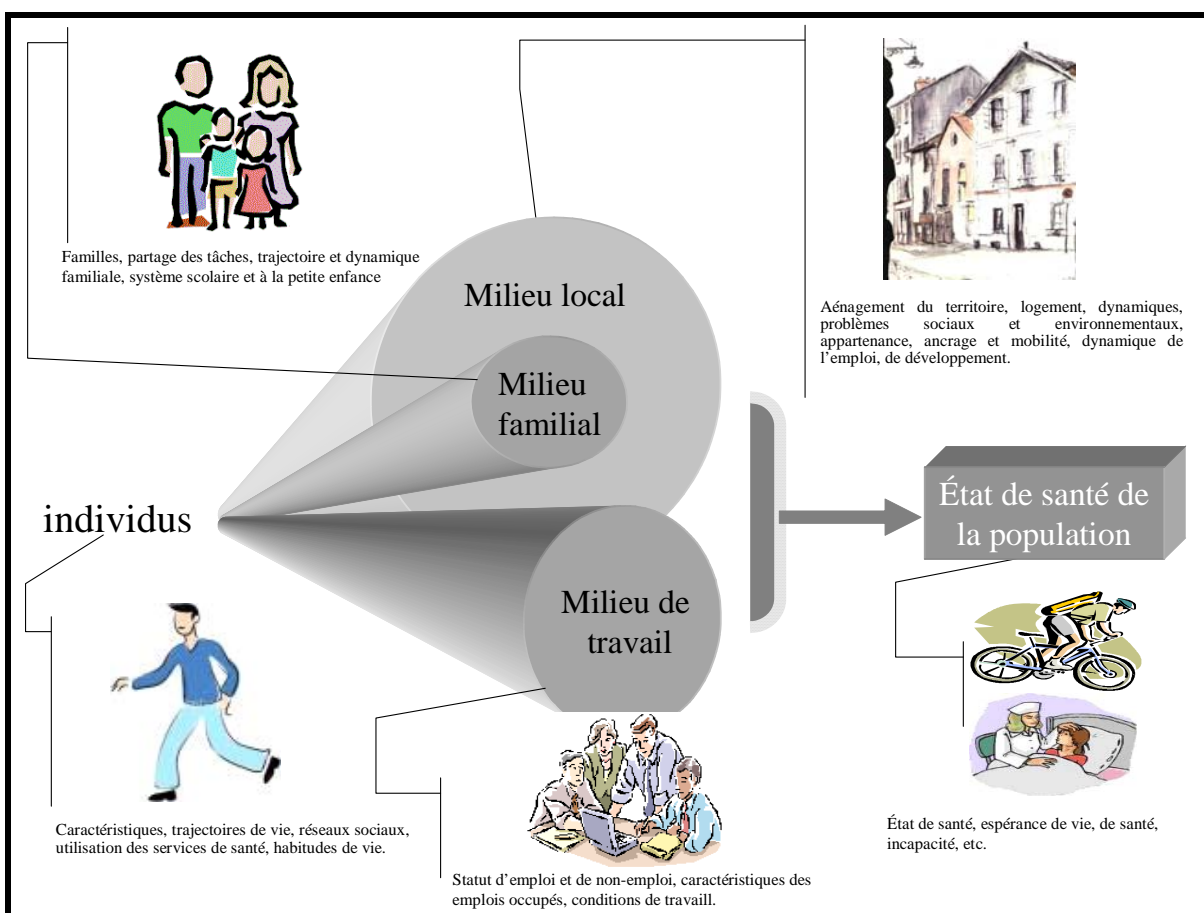
---

<sup>14</sup> Rappelons qu'au Québec, pour les enfants de moins de 10 ans, la plupart des services dentaires sont gratuits, c'est-à-dire payés par le régime public d'assurance-maladie.

## 2 COMMENT LE MILIEU INFLUENCE-T-IL LA SANTÉ?

La comparaison des états de santé révèle des différences entre les trois territoires que l'on a pu mesurer à l'aide d'indicateurs classiques. Toutefois, une telle comparaison ne permet pas d'inférer une relation de cause à effet entre un facteur ou un groupe de facteurs et un écart de santé observé, comme on peut parfois le faire pour une affection particulière (par exemple, le tabagisme et le cancer du poumon). La santé des populations relève de mécanismes complexes au sein desquels plusieurs éléments interagissent lorsque des conditions particulières sont réunies. Nous pouvons néanmoins proposer des hypothèses favorisant l'identification de facteurs et de conditions participant à construire les bilans observés. Nos travaux ont privilégié l'approfondissement de l'influence des milieux local, familial et de travail dans lesquels évoluent les individus. Nous concevons en effet la santé de la population comme étant la résultante de l'action conjuguée d'un ensemble de facteurs individuels et collectifs. Nos résultats nous amènent maintenant à traiter de l'influence de ces trois milieux de façon intégrée en conformité avec l'approche territoriale retenue au départ.<sup>15</sup>

Schéma 2 Cadre de référence



<sup>15</sup> Les résultats de cette approche sont consignés dans les quatre monographies qui sont à la base de cet ouvrage.

Pour la démonstration, nous avons organisé l'argumentation autour de trois concepts de base, empruntés à Macintyre et al. (2002), soit : la « composition » de la population, le « contexte » dans lequel elle vit et, enfin, l'« explication collective ».

- ∞ La « **composition** » renvoie aux caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de la population du territoire : par exemple, la concentration de populations favorisées ou défavorisées, jeunes ou âgées, etc.
- ∞ Le « **contexte** » réfère précisément au cadre physique : l'habitat (qualité, ancienneté, type de propriétés et de logements, accessibilité), les infrastructures de l'environnement (qualité de l'environnement, éléments dégradants, pollution dont la pollution visuelle), les infrastructures sanitaires, sociales et éducatives (qualité, accessibilité et intégration dans le tissu urbain).
- ∞ L'« **explication collective** » correspond, pour sa part, au contexte social, soit les caractéristiques socioculturelles et historiques des communautés (représentations, formes de sociabilité - normes, traditions, valeurs et intérêts).

Nous avons aussi introduit une dimension longitudinale et identifié les points de rencontre les plus stratégiques entre les milieux local, familial et professionnel. Cet exercice nous a amenés à ajouter aux trois concepts précités celui des « **trajectoires individuelles** » (domiciliaires, familiales et conjugales, professionnelles).

### ***Trajectoires individuelles***

Concept qui réfère à l'enchaînement des expériences dans la vie des individus, et qui permet de nuancer les constats généraux et de maintenir une perspective dynamique.

Enfin, les limites de notre approche doivent être ici rappelées. Notre étude est transversale, nos sources de données et nos angles d'analyse sont divers, notre perspective et les informations colligées ne sont pas longitudinales, sauf pour les « trajectoires individuelles ». Pourtant, nous savons bien que les états de santé se construisent dans le temps. Or, les conditions actuelles ne sont pas nécessairement les mêmes que celles qui prévalaient auparavant dans la vie des membres des populations étudiées et l'état de santé observé au moment de notre collecte de données peut découler d'autres conditions. Toutefois, le grand nombre d'associations que l'on a pu noter entre les déterminants de la santé et les bilans de santé de chaque territoire et la cohérence qui s'en dégage, sont autant d'indications de la présence de certains mécanismes dans la production des inégalités de santé. En nous appuyant sur différentes études réalisées au Québec et ailleurs, nous avons fait le pari qu'il était possible d'avancer dans l'identification des mécanismes sociaux et culturels susceptibles d'être impliqués dans la production de ces disparités.

## 2.1 LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION EXPLIQUENT-ELLES SON ÉTAT DE SANTÉ?

Les personnes qui forment la population d'un territoire partagent certaines caractéristiques qui interviennent, isolément ou de façon interdépendante, dans la construction et la persistance des écarts de santé. Ces caractéristiques ont été mesurées et mises en relation avec les bilans de santé des populations comparées. Au-delà des variations observées, nous avons aussi cherché à savoir si d'autres effets relatifs à la composition des populations pouvaient être relevés. Pour ce faire, un second regard a été jeté sur les données portant sur les caractéristiques socioéconomiques et démographiques et les avons complétées avec des renseignements tirés des entrevues individuelles. Nous avons enfin inclus dans notre analyse une autre caractéristique, celle-là de nature psychosociale : le sentiment de maîtrise de sa destinée. Cette dernière nous a en effet paru centrale dans la construction des inégalités sociales de santé.

### 2.1.1 L'âge et le sexe

Au départ, il faut signaler que l'âge et le sexe ne peuvent être retenus pour expliquer les écarts de santé, puisque les données issues des bases administratives consultées ont été ajustées selon ces deux variables. De la même manière, les données provenant de l'enquête téléphonique ont été regroupées par groupes d'âge et selon le sexe. Toutefois, ces deux variables doivent tout de même être prises en compte parce qu'elles contribuent, avec d'autres, au façonnement du milieu et de sa dynamique.

Rappelons les faits : la population de Saint-Louis est la plus âgée des trois territoires : les personnes de plus de 65 ans comptent pour le cinquième. La population de Verdiers arrive en deuxième place; près de la moitié des résidentes et résidents ont plus de 45 ans. Précisons ici que la moyenne d'âge des trois territoires est plus élevée que la moyenne québécoise. Quant à la répartition par sexe, les différences ne sont pas significatives : à Saint-Louis, les femmes sont plus nombreuses que les hommes (53,8 %), comme à Banville (52,2 %), alors qu'à Verdiers les deux sexes se répartissent à peu près également.

Le vieillissement démographique se fait sentir dans les trois territoires, mais sans nécessairement avoir le même impact. À Saint-Louis, il se traduit davantage par la solitude, l'isolement, la pauvreté de sorte que des risques pour la santé s'ajoutent à ceux déjà associés à l'âge. À Verdiers, on remarque deux phénomènes : à l'Ouest, la population vieillit et plusieurs jeunes quittent pour la ville, comme c'est le cas dans la plupart des milieux ruraux au Québec; à l'Est, qui fait partie de la deuxième couronne de la capitale, de jeunes ménages relativement aisés viennent s'installer. À Banville, vieillissement ne signifie pas appauvrissement.

*« Sauver l'école du village, le bureau de poste, le dépanneur fait partie des nouvelles réalités [dans l'Ouest de Verdiers]. Tranquillement, on parle de transport collectif, de loyers à prix modique, de CLSC renforcé. » (Informateur clé, Verdiers)*

La composition de la population ne peut donc être utilisée comme seul argument pour expliquer la construction des inégalités. Ce sont plutôt les conditions dans lesquelles prend forme l'évolution démographique qui peuvent induire les tendances que nous relevons.

« Je disais tout à l'heure que je vivais dans un quartier de retraités... ça fait que... parmi les choix, dans les loisirs, ici, j'ai le choix avec de la danse sociale pour les 65 ans et plus... euh... du Tai chi, encore pour les 65 ans et plus... le Club de l'âge d'or !... euh... les bingos... euh... la plupart des activités de loisirs sont organisées pour des personnes retraitées... si j'étais un joueur de pétanque, il y aurait « full » de ligue auxquelles je pourrais m'inscrire! » (Répondant, Banville)

### 2.1.2 La scolarité

Rappelons que les populations de Saint-Louis et de Verdiers sont moins scolarisées que la population québécoise en général (Saint-Louis a le taux de faible scolarité le plus élevé des deux), alors que la population de Banville l'est davantage, en particulier les femmes. On sait que la scolarisation favorise la santé. Autre information significative, la proportion de jeunes qui ne fréquentent pas l'école (les 15-24 ans) : à Saint-Louis, elle atteint 36,7 %, comparativement à 27,6 % pour Banville et 31,6 % pour Verdiers.

### 2.1.3 Le revenu, le taux d'activité et l'emploi

Banville affiche le revenu moyen le plus élevé et Saint-Louis, le plus bas tel qu'indiqué dans le tableau 7 et ce dernier regroupe un fort pourcentage de ménages à faible revenu.

La situation de l'emploi diffère sensiblement d'un territoire à l'autre. Les données présentées précédemment ainsi que celles obtenues dans le cadre de nos entrevues confirment que la population de Banville connaît moins la précarité de l'emploi et l'exclusion économique que les deux autres territoires, tant chez les femmes que chez les hommes. Les conditions de travail y seraient aussi meilleures. *En quoi, ces éléments doivent-ils être considérés comme participant à la composition de la population?* Concrètement, nous croyons qu'ils interagissent avec le contexte physique et le contexte social de la manière suivante : en assurant un revenu l'emploi, dans la mesure où il est stable, peut favoriser la définition de projets et rendre possible le choix d'un endroit où habiter qui répond à ses besoins et à ses aspirations.

À Verdiers, signalons que peu de gens reçoivent des prestations d'assistance emploi, bien que le taux de chômage et le taux d'activité soient similaires à la moyenne québécoise. Notons également que la proportion de femmes en emploi est moins élevée que dans les autres territoires. Cette donnée confirmerait le caractère plus traditionnel de la vie familiale. Le secteur Est se distingue du reste du territoire avec un taux d'emploi (et un taux d'emploi des femmes) supérieur, un revenu plus élevé ainsi que des conditions plus avantageuses. À l'inverse, le secteur Ouest affiche les taux d'activité et d'emploi les plus faibles.

La population de Saint-Louis présente un profil très différent. Elle regroupe beaucoup de personnes sans emploi et, surtout, une proportion très élevée de prestataires de l'assistance-emploi, soit près du cinquième de la population; chez les 45-64 ans, la proportion dépasse



même le quart. Lors de notre enquête téléphonique, 22 % des répondantes et répondants de Saint-Louis ont affirmé s'être retrouvés au moins une fois sans emploi au cours des deux dernières années, soit beaucoup plus que dans les deux autres territoires.

De plus, ce ne sont que les répondantes et répondants de Saint-Louis qui ont affirmé au moment de l'enquête téléphonique souhaiter un changement dans leurs heures de travail et ce pour les augmenter. Il s'agit là d'une information intéressante qui va dans le même sens que plusieurs autres. À l'évidence, une conclusion s'impose : l'emploi est un facteur important pour améliorer sa situation. Saint-Louis offre, de plus, une autre démonstration que le statut d'emploi interagit avec le « contexte » : les personnes qui vivent dans la précarité peuvent trouver à Saint-Louis un logis à faible coût; ce faisant, le territoire attire une population défavorisée qui doit consacrer une bonne partie sinon l'essentiel de ses énergies à sa survie, au quotidien.

Au delà des chiffres sur l'emploi, il faut aussi considérer les conditions de travail et la santé au travail. D'après les résultats de notre enquête téléphonique, les emplois des répondantes et répondants de Saint-Louis se distinguent de ceux des deux autres territoires par un niveau élevé de demande psychologique combiné à un faible niveau d'autonomie, et ce, particulièrement chez les femmes et les jeunes. Il s'agit du territoire où l'organisation du travail serait la plus pathogène. Les résultats pour Banville sont à l'opposé. Par contre, toute chose étant relative, on se dit aussi insatisfait de son salaire à Banville qu'à Saint-Louis, bien que le revenu moyen soit différent d'un territoire à l'autre. On note également que les taux d'insatisfaction sont similaires dans les deux territoires quant aux perspectives de promotion. Toutefois, et c'est là une donnée surprenante, le taux de satisfaction est plus élevé à Saint-Louis qu'à Banville relativement au respect et à l'estime que l'on retire du travail. Verdiers ressort comme le milieu où l'organisation du travail serait la moins pathogène.

En résumé, l'absence de travail et la précarité de l'emploi sont fréquentes à Saint-Louis au contraire de Banville qui vit davantage dans un climat de relative stabilité. Verdiers présente encore une fois un portrait plus complexe. Le caractère rural du milieu ajoute une autre dimension : il est plus facile de composer avec une situation précaire à la campagne grâce aux possibilités de dénicher des emplois atypiques ou informels dans le secteur de l'agriculture par exemple ou encore grâce aux pratiques d'autosuffisance (jardinage, chauffage etc.). Les témoignages recueillis indiquent aussi qu'il y semble plus facile d'obtenir du soutien lorsqu'on traverse un épisode difficile, notamment compte tenu de la présence et de la proximité d'un entourage.

#### **2.1.4 Le statut matrimonial : familles, personnes seules, dynamiques intrafamiliales**

Verdiers affiche le plus faible pourcentage de personnes vivant seules, de personnes vivant hors familles de recensement, de personnes de 65 ans et plus vivant seules et de familles monoparentales. Banville présente un portrait similaire. C'est à Saint-Louis que l'on retrouve les plus fortes proportions de personnes vivant seules (26,8 %) et de familles monoparentales (28,2 %).

D'après nos entrevues, le choix de vivre à Banville s'inscrit souvent dans la continuité familiale. Le fait d'être natif du territoire ou encore la présence de la famille ont été souvent

cités comme motifs pour s'y établir. Nous avons toutefois peu d'information sur ce que vivent les personnes défavorisées du territoire qui habitent dans le secteur Sud. Il n'est pas dit qu'elles s'identifient à Banville. Peut-être le font-elles à leur secteur propre, contigu à Saint-Louis, dont elles partagent les mêmes conditions. Cette question, qui s'inscrit dans une démarche de compréhension de l'interaction de la composition de la population avec les représentations du territoire et l'impact de ces dernières sur la perception de l'état de santé, mériterait d'être approfondie.

À Verdiers, la famille fait partie intégrante de la dynamique sociale du territoire : port d'attache, ancrage, sécurité affective sont offerts par les liens enracinés dans le biologique. Il s'agit, dans ce cas, d'une forme plus traditionnelle de réseau social. Selon nos informations, à Verdiers, les liens sociaux familiaux offriraient une certaine « sécurité sociale » à Verdiers, parfois même ils joueraient le rôle de facteurs de protection. Ce serait le cas également à Banville. Toutefois, les composantes du rôle joué par la famille mériteraient d'être mieux identifiées pour éviter toute généralisation induite.

Toujours d'après nos entrevues, la majorité de la population de Saint-Louis n'y résiderait pas pour des raisons d'ancrage familial ou d'adhésion à un mode de vie. Elle y arriverait, au moins pour une partie d'entre elle, à la suite d'événements difficiles, d'une rupture conjugale ou de problèmes professionnels. Aussi, en cas de besoin, il semble que l'on se tourne (ou que l'on puisse se tourner) un peu moins vers la famille qu'à Verdiers ou Banville.

Nous avons peu d'informations sur les dynamiques intrafamiliales, un élément qu'il serait intéressant de mettre en lien avec les caractéristiques de composition de la population. Nous avons toutefois pu recueillir des données sur le partage des tâches à l'aide de quelques questions de l'enquête téléphonique. C'est à Banville que le partage des tâches semble le plus équilibré. Ce résultat va de pair avec le fait que les Banvilloises sont en général plus scolarisées, occupent plus souvent un emploi et ont un meilleur revenu que les résidentes des deux autres territoires. L'affirmation des femmes et la position sociale qu'elles occupent se répercuteraient ainsi dans les relations au sein de la famille et le partage des tâches domestiques.

À Saint-Louis, le partage des tâches tend aussi vers un certain équilibre. Notons cependant que deux participantes aux entrevues nous ont rapporté avoir opté pour un retrait du marché du travail afin de s'occuper de leurs enfants, ce qui renforce généralement un partage inéquitable des tâches au sein des couples et soulève la question du parcours professionnel des mères, comme d'autres travaux l'ont documenté.

Dans Verdiers, la division sexuelle des rôles semble plus prégnante qu'ailleurs, les femmes assumant une part plus grande de responsabilités dans l'éducation des enfants et les tâches domestiques. Le bilan de santé des femmes de Verdiers est toutefois positif, ce qui relativise l'effet des variables « emploi » et « partage des tâches » sur la santé.

### 2.1.5 Le sentiment de contrôle

Il est reconnu que la position sociale d'un individu dans les sociétés industrielles avancées ne se définit pas d'abord par une capacité matérielle de satisfaire des besoins de base (sauf pour une frange de la population tout en bas de la hiérarchie sociale), mais qu'elle s'articule davantage à la capacité de participer pleinement à la vie sociale et d'avoir la maîtrise de sa propre destinée. Les inégalités sociales de santé seraient le résultat d'un double fardeau : les personnes de faible niveau socioéconomique ont en général une exposition plus grande à des conditions de vie stressantes et un accès moindre à des ressources protectrices.

Notre intérêt pour le sentiment de contrôle - le sentiment de maîtriser sa destinée, de pouvoir agir sur ses conditions de vie - tient non seulement aux travaux de recherche qui le désignent comme un des indicateurs psychosociaux les plus pertinents dans l'explication du gradient social de santé, mais aussi parce que cet indicateur permet de faire le pont entre l'expérience individuelle et l'expérience sociale à l'échelle du milieu de vie. Par ailleurs, les données recueillies lors de notre enquête tendent à confirmer l'existence d'une relation entre cet indice d'une part, les inégalités socioéconomiques et les écarts de santé d'autre part (la composition de l'indice est présenté à l'annexe 2). Selon nous, cette « caractéristique » de la population serait même une clé essentielle pour comprendre la conjugaison des divers éléments qui construisent les inégalités de santé.

Les résidentes et résidents de Banville rapportent moins fréquemment que ceux des deux autres territoires avoir un faible sentiment de contrôle. À Verdiers, le taux de répondantes et répondants qui ont manifesté un faible sentiment de contrôle est de beaucoup inférieur à celui de Saint-Louis alors que, rappelons-le, les deux territoires affichent des indices de défavorisation matérielle similaires. En fait, Verdiers se compare plutôt ici à Banville. Nous croyons que l'explication se trouve, du moins en partie, dans le statut d'emploi. Le croisement de nos données nous indique qu'à Saint-Louis 28,8 % des personnes ayant répondu ne pas avoir de travail rémunéré ressentaient un faible sentiment de contrôle, ce taux étant de 18,1 % chez celles qui travaillaient.

*« (...) malgré !... tout ce qui est arrivé !... je me considère comme un privilégié !... (...) la vie a jamais été facile !... moi, je me suis toujours battu pour quelque chose !... j'ai toujours revendiqué... j'ai jamais arrêté ! (...) je pense que je suis bien entouré... mon emploi, mes enfants, toute va bien là !... ma famille !... ça va bien ! » (Répondant, Verdiers)*

Fait à noter, c'est à Banville que le pourcentage de femmes ayant un fort sentiment de contrôle est le plus élevé. D'ailleurs, l'écart entre les femmes et les hommes y est minime, contrairement à ce que l'on relève dans les deux autres territoires. Il faut rappeler ici que les Banvilloises occupent de meilleurs emplois, ont un meilleur revenu et sont plus scolarisées. Toutes ces conditions réunies favorisent un plus fort sentiment de contrôle. Le portrait est différent à Saint-Louis et à Verdiers. Dans le premier cas, les femmes plus que les hommes manifestent un faible sentiment de contrôle. Dans Verdiers, c'est l'inverse mais l'écart est peu prononcé.

*« J'ai donné mon nom pour conduire un autobus bénévolement, pis quand je vais pratiquer j'amène souvent mes filles parce que je veux qu'elles voient que... c'est faisable (...) ... je trouve que ça va avec l'exemple... ça l'air compliqué mais c'est pas compliqué... mais je trouve ça important que les filles voient... que les filles on peut faire ce qu'on veut dans la vie... c'est toujours par choix... qu'on fait... quand même on a quelque chose de traditionnel c'est par choix... » (Répondante, Banville)*

L'existence d'un lien entre la perception individuelle d'avoir la maîtrise sur le cours de sa vie et l'engagement dans la vie collective fait partie des hypothèses qu'il faut davantage explorer. Ce lien mérite d'être pris en compte mais il doit être situé dans son contexte. Considéré de façon isolée, il nous ramènerait à la seule composition de la population et de ses caractéristiques psychosociales pour expliquer certaines dimensions de la vie sociale. Une telle perspective nous suggérerait alors de conclure que, dans les milieux où les groupes s'engagent peu, ce sont les caractéristiques des résidentes et résidents qui doivent être mises en cause. Nous préférons élargir le champ d'analyse, pour y inclure le contexte dans lequel les gens vivent et les dynamiques collectives qui s'y développent.

*« Les gens sont passifs, ne veulent pas s'impliquer car ils pensent que tout va se faire seul... 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. » (Informateur clé, Saint-Louis)*

*« Les gens ne sont pas intéressés à s'impliquer dans quoi que ce soit. Ils pensent que tout est décidé d'avance. » (Informateur clé, Saint-Louis)*

### **2.1.6 La composition de la population : une perspective essentielle... mais partielle**

Globalement, au regard de la stricte composition de la population, Saint-Louis affiche plusieurs caractéristiques généralement associées à un piètre bilan de santé. Dans le cas de Banville, c'est le contraire; on retrouve là les caractéristiques qui vont de pair avec un bon bilan de santé. Si le seul effet de « composition » était utilisé pour expliquer les écarts, nous pourrions énoncer que Banville a de meilleurs résultats sociosanitaires parce que sa population est composée de personnes plus favorisées et que Saint-Louis a de moins bons résultats sociosanitaires parce que sa population est davantage défavorisée. Nous nous retrouverions ici à la limite de la caricature.

L'analyse de la situation à Verdiers fournit des éléments qui obligent à apporter des nuances, à éviter tout raisonnement binaire. Ainsi, il serait très risqué d'avancer que la composition de sa population a, à elle seule, un effet déterminant. En fait, l'analyse des effets de « composition » sur la santé se heurte ici à diverses difficultés. Rappelons que certaines caractéristiques sont davantage reliées à des effets positifs (par exemple, le faible pourcentage de personnes isolées) alors que d'autres le sont davantage à des effets négatifs (par exemple, la faible scolarité). Quel est l'effet combiné de ces deux types de variables sur la santé?

Toujours à Verdiers, l'analyse a permis de mettre au jour des écarts et des clivages. À l'est (où la population se rapproche de celle de Banville) et à l'ouest (où la comparaison est plus pertinente avec Saint-Louis), nous pouvons établir une relation claire entre défavorisation matérielle et bilan sociosanitaire. Mais ailleurs la situation est moins nette, les populations étant plus hétérogènes. Ainsi, celles des petites villes du territoire sont plus âgées, plus défavorisées socialement, plus favorisées matériellement, et leurs bilans sociosanitaires est à l'opposé de ceux de leurs périphéries rurales. On note également des différences importantes relativement à l'espérance de vie, à la mortalité, à l'hospitalisation et la prévalence de troubles mentaux.

À Banville également, les effets de « composition » ne peuvent complètement expliquer les inégalités observées; là aussi, nos informations suggèrent une plus grande complexité qu'il n'y paraît à première vue. Nous ne pouvons, par exemple, expliquer le piètre bilan de santé relevé dans le secteur Sud uniquement par le vieillissement de la population et l'arrivée de populations démunies. D'autres facteurs sont certainement en cause.

En définitive, l'analyse des effets de composition se heurte à plusieurs difficultés. La première est de mesurer précisément l'impact positif ou négatif sur la santé de l'une ou l'autre des caractéristiques socioéconomiques ou démographiques observées. La seconde est d'apprécier l'impact global de la combinaison de l'ensemble des caractéristiques. Enfin, la troisième est de mesurer l'effet combiné des interactions entre les diverses variables, comme nous le relevions plus haut.

Pourquoi les populations se retrouvent là où elles sont? La première réponse que l'on peut apporter est de nature économique. Si Banville attire une population plus favorisée c'est d'abord que le coût du logement est relativement élevé. Pour Saint-Louis, c'est exactement le contraire. Mais cette réponse est insuffisante. Le choix d'habiter en banlieue, en ville ou en milieu rural ne dépend pas seulement des moyens financiers dont on dispose. Est-ce le « contexte » (infrastructures, services, etc.) qui attire certains groupes de populations ou plutôt les populations qui incitent à des formes de développement particulier? Par ailleurs, la « composition » et le « contexte » ne s'influencent-ils pas mutuellement?

*« Bien ce n'est pas du béton comme en ville, ce n'est pas juste des édifices. Il y a quand même des maisons unifamiliales... (...) ça ne fait pas ville dans le sens qu'on a de la verdure, on a des grands parcs aussi, il y a l'école qui est tout près, tandis que la ville, pour moi, c'est du béton, c'est des édifices, c'est des trottoirs, presque pas de verdure, le bruit, puis tout ça, tandis qu'ici, c'est plus calme. » (Répondante, Banville)*

*« C'est important d'être (...) avec des gens qui ont les mêmes valeurs... les mêmes priorités. » (Informateur clé, Banville)*

Pour saisir cette interaction, l'évolution démographique et sociohistorique des territoires doit être rappelée. Ce n'est pas d'hier que Banville attire une population plus fortunée et qu'en retour celle-ci participe à son développement. De même, l'histoire de Saint-Louis est ancrée dans l'histoire de la population ouvrière de la ville de Québec. Par ailleurs, dans certains

secteurs de Saint-Louis, on assiste depuis peu à l'arrivée de jeunes professionnels qui n'y viennent pas pour le coût moindre des logements alors que le sud de Banville offre un parc locatif accessible à une population plus démunie.

Nous sommes particulièrement interpellés par l'importance symbolique de certains changements contextuels qui ne semblent pas indépendants des mouvements dont nous venons de faire mention. Plusieurs répondantes et répondants de Saint-Louis ont spontanément mentionné, le plus souvent avec fierté, l'installation d'une boulangerie artisanale, l'ouverture prochaine d'un autre commerce distinctif sur la principale artère commerciale du territoire ainsi que la création de hauts lieux culturels. Seraient-ce ces nouveaux attraits qui participent à l'arrivée de jeunes professionnels dans le quartier? Est-ce l'arrivée de ces derniers, pour d'autres raisons, qui provoquent ce type de développement dont l'existence dépend d'une certaine aisance économique dans le milieu? Un exemple qui nous a été proposé et qui concerne un secteur du Vieux-Saint-Louis est aussi éloquent. Il semble qu'on y ait assisté à une certaine concentration de personnes ayant un handicap attirées là par une offre de services qui semble bien répondre à leurs besoins.

Les concentrations de populations qui pourraient prendre l'allure de ghettos donnent du poids à l'argument selon lequel les effets de « composition » seraient un déterminant important quant à l'impact du milieu local sur la santé. Dans la région de Québec, il est difficile de parler en ces termes qui évoquent des réalités plus pathogènes sur le plan social que ce que l'on peut y observer. Toutefois les ingrédients qui participent à la construction de ghettos peuvent être présents sans provoquer des effets aussi dramatiques qu'ailleurs tout en demeurant néanmoins problématiques. Par exemple, l'unité 6 située au nord-est de Saint-Louis se prête à une approche qui fait appel au concept de ghetto de façon toute relative. Des tours d'habitation à loyer modique y ont été érigées à la fin des années 60 pour reloger les populations des quartiers populaires de la Basse-Ville de Québec, quartiers qui ont été détruits au profit de grands axes routiers. Maintenant, cette unité de voisinage accueille un pourcentage important d'immigrantes et d'immigrants qui, nous le savons, souhaitent souvent se regrouper, selon leur origine culturelle, lorsqu'ils arrivent en terre nouvelle et inconnue. Ce sont toutefois leurs conditions économiques qui expliquent leur regroupement dans des habitations à loyer modique. Il faut donc rappeler que le contexte physique intervient puisque c'est l'accessibilité à des logements sociaux qui leur a permis d'habiter ce secteur.

*« L'œuf ou la poule... ben... si, comme je dirais ça... c'est que les gens se ramassent ici... bon... peut-être question coût de logement moins élevé...[...]. les gens se ramassent pour coût de logement moins élevé... parce que y'ont pas de moyens... donc, est-ce que ça fait une espèce de ghetto? ... ou encore, est-ce que euh... comme on dirait... c'est l'inverse, c'est à cause que c'est un milieu qui, peut-être perçu comme ça... qui est un milieu qui est plus défavorable... est-ce que ça attire les gens... pour une raison quelconque... je sais pas ! » (Informateur clé, Saint-Louis)*

Un autre facteur intervient également, soit la réputation du secteur (résultat de la construction d'une représentation) qui en fait un lieu où seules les populations « captives » des divers programmes sociaux ou qui ont peu de ressources y viennent et y demeurent. Le concept de ghetto, tel que nous l'utilisons ici, réfère à une concentration provoquée par des

raisons d'abord économiques et non pas à un milieu de vie auquel on ne peut échapper. Cette distinction est capitale puisque, selon nos données, un des aspects positifs de Saint-Louis est la possibilité pour une personne démunie d'y vivre sans y être stigmatisée comme c'est souvent le cas ailleurs, ni sans que sa présence ne donne lieu à des pratiques d'exclusion et de rejet. Cette tolérance observée à Saint-Louis mérite d'être soulignée.

Un autre phénomène apporte un éclairage intéressant : la paupérisation du secteur Sud de Banville. Il montre comment la composition de la population peut évoluer et se rapprocher de celle d'un secteur adjacent, qui appartient toutefois à un autre territoire. Nous n'avons pas toutes les données en main permettant d'en saisir la totalité des contours, mais il nous apparaît que le vieillissement de la population - qui s'accompagne de l'arrivée de populations plus démunies et d'une certaine dévitalisation de ce secteur - rend bien compte d'une interaction étroite entre la composition et le contexte physique, interaction qui peut générer une dévalorisation sociale et économique.<sup>16</sup>

*« Les deux familles étaient ici, fait qu'on ne décroche pas de même hein. (...) On hésitait entre [le village X et le village Y] pour habiter. Là, c'est sûr que mes parents restent à quoi, à 10 maisons d'ici mes beaux-parents restent à quoi, un kilomètre eux autres, fais que t'sais, on a dit c'est sûr que notre famille... on ne l'aura pas tout le temps hein... Fait qu'on a dit : « On va acheter. » Fait qu'on a acheté cette maison-ci. » (Répondant, Verdiers)*

La situation qui prévaut à Verdiers plaide elle aussi en faveur de la dynamique composition/contexte. On y relève des mouvements sociodémographiques contraires : permanence d'un mode de sociabilité traditionnelle et valorisation des milieux proches de la ville qui offrent l'espace et les possibilités de profiter de la nature. Aussi certains groupes partent, certains restent, d'autres arrivent. Cela n'exclut pas des concentrations : une population plus urbaine à l'est, les familles monoparentales et les personnes âgées plus nombreuses dans certaines unités de voisinage, etc. Mais ces concentrations s'inscrivent dans un territoire ouvert et diversifié. Il est donc difficile de se limiter à ce seul facteur pour comprendre l'impact du milieu sur la santé. Pour nous, il s'agit seulement d'une première étape.

## 2.2 L'INFLUENCE DU CONTEXTE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Les effets sur la santé attribuables au contexte offrent un autre éclairage permettant de nuancer les premiers constats tirés des caractéristiques de composition de la population.

Le contexte a été façonné par le développement urbanistique et l'aménagement du territoire qui ont accompagné l'évolution du milieu : le zonage, l'emplacement des infrastructures, la

---

<sup>16</sup> Comme nous terminions nos travaux, des acteurs locaux nous ont signalé qu'une autre unité que celle que nous avons identifiée serait également en processus de défavorisation. On nous a ainsi rapporté que de nombreuses personnes y vivaient avec peu de ressources financières pour faire face aux imprévus (ce que constatent des intervenants du CLSC confrontés à des demandes d'aide). On y retrouverait des travailleuses et travailleurs à bas salaires et occupant des emplois précaires. Des personnes en situation de pauvreté seraient concentrées dans ce secteur et une mobilité aurait été observée chez des locataires incapables de faire face à leur loyer. Certaines familles et personnes seraient isolées mais la pauvreté y serait moins visible qu'ailleurs. Cette information nous paraît très significative pour l'avenir de ce territoire.

nature de ces infrastructures, la qualité générale de l'environnement et les services offerts à la population sont les produits d'interactions entre les populations résidentes et les pouvoirs politiques et économiques. Tous ces éléments ont un impact sur la composition de la population, puisqu'elles attirent des individus qui recherchent certaines caractéristiques, et favorisent certains types de relations.

### **2.2.1 Le logement**

Le logement est une composante fondamentale du contexte. Il en constitue le cadre quotidien immédiat; ses attributs sont déterminants pour la qualité de vie des individus et des familles et leur santé. C'est pourquoi, les politiques - ou l'absence de politique - en matière de logement, qu'il s'agisse de logements sociaux, d'amélioration de logements existants ou d'accession à la propriété, ont des effets sur la santé physique et mentale de la population. Il faut considérer ici pour l'analyse, la taille, le coût et la qualité du logement, son environnement ainsi que les conditions de location ou d'acquisition, bref tous ses éléments qui influent sur les conditions de vie des personnes, tout comme elles « sélectionnent » les populations. La stabilité du lieu d'habitation (qui dépend du marché locatif et de la capacité économique des populations) est aussi une dimension contextuelle dont il faut tenir compte.

Le logement constitue l'un des principaux éléments de différenciation entre les trois territoires<sup>17</sup>. À Banville, la majorité des ménages sont propriétaires (59 %) et vivent dans des maisons unifamiliales (58,8 %). La plupart des logements ont été construits entre 1961 et 1980, période correspondant au développement de la banlieue. L'effet d'un tel contexte sur la composition de la population et sur ses conditions de vie, ne peut être nié. La propriété de l'habitat peut, entre autres, participer à la construction du sentiment d'appartenance au milieu de vie. L'uniformité architecturale observée peut, pour sa part, garantir une certaine homogénéité sociale et une adhésion à des valeurs comme la stabilité, la tranquillité, la sécurité et la cohésion sociale. La taille moyenne du logement est similaire à celle de la moyenne québécoise, soit 5,7 pièces. Notons toutefois que dans le secteur sud, les locataires sont en majorité, les logements sont plus anciens et la densité plus élevée; le sud de l'arrondissement est assimilable au territoire urbain qui lui est contigu plutôt qu'au mode de vie de la banlieue.

À Saint-Louis, 81 % des ménages habitent un appartement situé dans un immeuble, 80,4 % étant locataires. Les logements sont relativement anciens puisque 55 % datent d'avant 1961. Leur taille moyenne est de 4,7 pièces. Un certain nombre de ménages habitent des logements subventionnés, un type de logement presque absent des deux autres territoires si on excepte les quelques cas relevés à Banville. L'offre de logements à coût abordable ou subventionnés attire nécessairement des personnes dont les revenus sont limités. Le statut de locataire peut expliquer la plus grande mobilité des résidentes et résidents de Saint-Louis comparée à celle des autres territoires. Compte tenu du caractère temporaire que l'on attribue alors au logement, il peut aussi être associé à un investissement moindre de la part du citoyen dans son lieu de résidence et à un engagement plus ténu dans son milieu. L'habitat de Saint-Louis étant plus ancien, cet élément peut également rendre le quartier moins attrayant. Cependant, dans la mesure où l'âge de l'habitat ne met pas en cause sa

---

<sup>17</sup> Les données portant sur le logement proviennent du recensement de Statistique Canada, année 2001.



qualité, le phénomène inverse est également possible. Ce semble être le cas dans certains secteurs de Saint-Louis. Il faut rappeler ici qu'au cours des dernières années une population plus fortunée s'y est installée.

À Verdiers, plus des trois quarts des ménages (76,1 %) sont propriétaires et le pourcentage de ménages qui résident dans une maison individuelle est encore plus élevé (87,8 %). Les périodes de construction des logements traduisent les mouvements de populations : le quart des logements ont été construits avant 1946 et la construction s'est poursuivie à des moments différents selon les secteurs au cours des périodes suivantes. La taille moyenne des logements de Verdiers est la plus grande des trois territoires avec 6,1 pièces. Dans le secteur Est, en banlieue de la capitale, on remarque le même rapport au milieu qu'à Banville. Ailleurs, l'habitat reflète les pratiques plus traditionnelles, courantes en milieu rural. Dans au moins deux petites villes du territoire toutefois, le taux de locataires vivant dans une habitation à loyers multiples est élevé. Selon notre enquête téléphonique, la durée de résidence est plus élevée chez les répondantes et répondants de Verdiers que dans les deux autres territoires et on y retrouve aussi un pourcentage beaucoup plus important de résidentes et résidents natifs du territoire. C'est à Verdiers qu'il est le plus facile d'établir des liens entre habitat et formes de sociabilité. Les communautés qui composent ce territoire sont distinctes et ont toutes une identité territoriale assez affirmée, l'habitat s'y concentre dans le cœur des localités et tend à circonscrire les limites de chaque communauté à cet espace social. Espace spatial et espace social se confondent plus qu'ailleurs. À Banville, ce serait plutôt le mode de vie qui rassemblerait les individus, alors qu'à Saint-Louis, il faut plutôt chercher du côté des conditions socioéconomiques défavorables, tout au moins pour une bonne partie de la population du territoire.

Ce fait est confirmé par une autre donnée : la proportion de ménages qui consacrent 30 % et plus de leur revenu au logement. On constate ici des écarts assez marqués. À Saint-Louis, cette proportion atteint 42,8 % des ménages locataires (donc de la vaste majorité de la population du territoire) et 22,9 % des ménages propriétaires. À Banville, elle s'établit à 35,2 % pour les locataires (cette moyenne reflète la situation plus difficile dans le sud du territoire) et 11,8 % pour les propriétaires. À Verdiers, les proportions sont respectivement de 33,1 % et de 9,9 %.

**Tableau 11 Écarts dans le lien au territoire**

Territoire	<i>Ancrage dans le territoires</i>			
	Déménagement	Locataire	Natif	Durée de résidence années
	%	%	%	
<b>Saint-Louis (N=44 960)</b>	51,5	80,4	22,0	16,7
<b>Verdiers (N=44 955)</b>	26,8	23,8	58,0	27,7
<b>Banville (N=70 330)</b>	36,4	58,0	21,0	18,8
<b>Le Québec (N=7 237 480)</b>	<b>38,9</b>	<b>27,7</b>	<i>nd</i>	<i>nd</i>

- 1: Pourcentage de ménages ayant déménagé entre 1996 et 2001 - Recensement Canadien 2001.
- 2: Pourcentage de ménages locataires de son logement - Recensement Canadien 2001 .
- 3: Pourcentage de répondants natifs du territoire - Enquête inégalités 2004.
- 4: Durée moyenne de résidence dans le territoire - Enquête inégalités 2004.
- 5: Pourcentage de répondants prévoyant demeurer dans leur milieu de vie local - Enquête inégalités 2004.

Le rapport des résidentes et résidents à leur milieu peut aussi être observé via des données précisant la mobilité de ces derniers. Dans toutes les unités de voisinage de St-Louis, les taux de déménagement sont plus élevés qu'au Québec. Nous observons toutefois des différences importantes à l'intérieur du territoire de Banville. La mobilité est en effet beaucoup plus importante au Sud du territoire. Ainsi c'est plus d'une personne sur deux qui a déménagé depuis les cinq dernières années au Sud de Banville, proportion atteignant 65,9 % pour l'unité 12 de ce même quartier, ces résultats étant proches de ceux observés à Saint-Louis. À Verdiers, dans toutes les unités de voisinage, les taux de déménagement sont moins élevés qu'au Québec, et particulièrement faible dans le secteur Ouest. Lorsque nous observons les taux de déménagement sur cinq ans, nous remarquons un écart entre les taux du secteur ayant un développement domiciliaire, soit le secteur Est (32,2 %) et ceux des secteurs plus anciens, soit les secteurs Nord (24,2 %) et Ouest (21,3 %).

## 2.2.2 Les infrastructures et la qualité de l'environnement physique

Banville compte peu de structures considérées comme néfastes ou peu agréables à côtoyer, au dire même des résidentes et résidents. À Saint-Louis, la situation est différente. Les habitants désignent deux sites industriels comme deux grandes « sources de pollution ». Selon eux, ces éléments dégradent le territoire et soulèvent des inquiétudes. Pour accepter de vivre près de tels sites, il faut en quelque sorte y être contraint, ce qui n'est pas de nature à renforcer l'adhésion à son milieu, à l'apprécier. Du côté de Verdiers, peu de répondantes et répondants ont relevé des problèmes environnementaux. Au contraire, les efforts récents de mise en valeur du territoire favorisent plutôt la perception répandue selon laquelle Verdiers est un milieu sain.

### **Les infrastructures sociocréatives**

Les trois territoires sont bien dotés en infrastructures sociocréatives; on dénote peu de différences significatives sur ce plan. Les parcs sont plus nombreux à Saint-Louis qu'à Banville (20 contre 14), dont certains sont récents, ce qui témoigne de l'évolution du territoire. La reconversion de quelques édifices en établissements culturels dans le Vieux-

Saint-Louis signalent un certain renouveau culturel, ce qui probablement représente un attrait pour la nouvelle population de professionnels installée depuis peu dans le territoire.

Pour sa part, Banville est aussi particulièrement bien doté en ressources sociocréatives et les informations recueillies sur l'importance des loisirs dans ce territoire le reflètent bien. Les ressources sont bien réparties, ce qui permet à l'ensemble de la population d'avoir accès à des services communautaires et à des activités de loisir à proximité de chez elle. Ces services sont relativement bien intégrés aux autres sphères de la vie sociale, les infrastructures culturelles étant peu nombreuses.

De son côté, Verdiers possède une diversité d'équipements récréo-touristiques, sportifs, communautaires et culturels. Il n'offre pas d'équipements spécialisés dans toutes les municipalités, ce qui s'explique par la faible densité de la population et l'étendue du territoire mais la plupart des 18 municipalités offrent à leurs citoyennes et citoyens les équipements et aménagements nécessaires pour la pratique d'activités sociales et de loisirs. C'est dans le domaine du plein air que Verdiers offre le plus d'activités diversifiées avec ses espaces naturels; il s'agit là d'un secteur en développement.

### ***Les infrastructures sociosanitaires***

Les trois territoires possèdent également les infrastructures sociosanitaires nécessaires. Les services de santé et les services sociaux sont en général assez facilement accessibles sur le plan géographique. Cet élément ne ressort pas de nos données comme un enjeu si ce n'est pour les services dentaires (voir partie 1, section 5.3), dont l'utilisation ne serait pas optimale à Saint-Louis et à Verdiers, mais il ne s'agit pas là d'un facteur pouvant expliquer les écarts de santé des populations. Notons par ailleurs que des données plus fines, portant notamment sur les délais de consultation, les délais de référence, les délais d'intervention et autres, permettraient sans doute de nuancer quelque peu ce portrait, du moins pour certains groupes. Une autre différence a trait aux services spécialisés et ultraspecialisés, dont on retrouve une importante concentration à Saint-Louis avec la présence de centres hospitaliers. Ces établissements à desserte régionale sont toutefois aussi accessibles aux résidentes et résidents de Banville et de Verdiers.

Saint-Louis regroupe plusieurs centre de services : un CLSC, des cliniques et cabinets médicaux d'omnipraticiens, des cliniques et cabinets dentaires ainsi que des pharmacies. Tous sont facilement accessibles sur le plan géographique. En santé mentale, Saint-Louis se distingue des deux autres territoires en raison, comme nous l'avons mentionné, de la proximité d'un hôpital psychiatrique mais aussi de la présence de nombreux lieux de résidence communautaire pour la clientèle de cet établissement. De même le CLSC qui dessert le territoire offre un large éventail de services à la clientèle aux prises avec des problèmes de santé mentale (environ 2000 clients) : des services d'hébergement, de consultation budgétaire (notamment pour les chambreurs), de travailleurs de rue, etc. Le territoire de Saint-Louis compte aussi un nombre beaucoup plus élevé que Banville et Verdiers d'organismes communautaires en santé mentale. Enfin, outre les services de l'hôpital psychiatrique, un des deux hôpitaux du territoire offre aussi l'urgence psychiatrique. Fait à noter, plus qu'ailleurs les intervenants du territoire se sont montrés préoccupés par l'accès aux services psychiatriques spécialisés.

Banville regroupe deux points de services du CLSC. Là aussi l'accessibilité géographique des services de proximité est bonne. L'établissement compte une équipe de base, qui offre un suivi à court terme aux personnes présentant des troubles transitoires et une équipe spécialisée qui exerce un suivi à moyen et à long terme des personnes qui présentent des troubles mentaux graves et persistants.

Verdiers possède les infrastructures nécessaires pour que la population ait accès, dans une proximité relative, à l'ensemble des services dont elle peut avoir besoin qu'il s'agisse des cliniques et cabinets médicaux d'omnipraticiens, des cliniques et cabinets dentaires ainsi que des pharmacies. Le CLSC de Verdiers, à l'instar de ceux des deux autres territoires, offre les services d'une équipe de base en santé mentale. Le territoire ne compte qu'un seul organisme communautaire en santé mentale, toutefois, celui-ci propose un éventail important de services. Une particularité du territoire de Verdiers est la difficulté de mettre en place des groupes thérapeutiques de discussion et de suivi tout en gardant la confidentialité des participants; en milieu rural tout le monde se connaît. L'éloignement est aussi, selon certains informateurs et informatrices, une source additionnelle de problèmes qui peut entraîner des délais d'attente lorsqu'il faut répondre à plusieurs situations d'urgence. Les problèmes de transport représenteraient aussi un obstacle à l'accès aux services psychiatriques spécialisés, l'étendue du territoire compliquant et alourdissant la tâche. Signalons qu'un seul organisme de transport dessert actuellement l'ensemble du territoire.

### **Les commerces d'alimentation**

Le type de commerces d'alimentation et leur emplacement sont un des déterminants de l'accès à une variété d'aliments à des prix plus ou moins avantageux. La demande de produits alimentaires conditionnée, entre autres, par la scolarisation de la population influencerait aussi la qualité de l'offre alimentaire. Banville, encore une fois, se compare avantageusement aux deux autres territoires grâce à la présence de grandes surfaces offrant des aliments variés. Les caractéristiques de sa population participent à l'acquisition et au maintien d'habitudes de vie plus saines, ce qui se répercute sur l'offre. À Saint-Louis, on ne retrouve pas le même accès partout sur le territoire, ce qui peut en partie être attribuable à la faiblesse des moyens financiers d'une partie de la population. Dans Verdiers, la distance intervient plus que dans les autres territoires, distance conjuguée à la faible densité de la population. Il semble qu'au sein du secteur Ouest de Verdiers, l'offre d'aliments sains ne serait pas, là non plus, optimale.

« Le [supermarché d'alimentation X] probablement s'est adapté au milieu... du quartier... que les gens n'ont pas d'argent ... y'ont toute enlevé ce qu'il y avait de bon dans l'épicerie... c'est l'enfer... y'a pu rien... t'as du jambon...c'est du jambon tranché sous pression... les fromages, c'est leurs maudits fromages plates...qui goûtent rien... [...]... ils se sont adaptés au milieu, les gens ont moins d'argent... le monde qui vont acheter des affaires fines... c'est parti... [...] c'est que dans Saint-Louis, tu peux avoir une pâtisserie, une boulangerie, non ça va ensemble... un boucher... ça ... ça me fait tripper!!!... Ici on l'a pas ... et ça serait génial qu'on l'ait... mais je le sais, parce qu'on est dans un quartier ...défavorisé? On peut dire?... euh... on l'a pas...on l'aura pas... mais ça ... ça serait ... me semble ça serait plus un quartier... les gens ont pas de sous ici...c'est pas, on a pas ...euh... à Sillery ou Sainte-Foy...» (Répondant, Saint-Louis)

### 2.2.3 Les services à la petite enfance et les ressources éducatives

Selon notre perspective, la petite enfance et l'enfance constituent des périodes cruciales dans la construction des inégalités de santé. D'une part, la reproduction sociale de la pauvreté et des conditions de vie difficiles se matérialise dès la petite enfance. D'autre part, les conditions dans lesquelles les enfants évoluent peuvent avoir un impact sur leur santé non seulement à court terme mais aussi à long terme. Il est par ailleurs reconnu que l'enfance constitue la période la plus propice pour développer un sentiment de maîtrise de sa destinée et plusieurs facteurs de protection déterminants pour la santé. L'expérience internationale nous apprend que les pays qui misent sur des services de garde éducatifs de grande qualité et qui en font bénéficier les enfants défavorisés sont gagnants. Ils permettent ainsi aux enfants de développer leur sentiment de maîtrise ainsi que leurs habiletés langagières et sociales, qui favoriseront leur réussite scolaire dès les premières années scolaires.

On sait par ailleurs que les difficultés des adultes et plus spécifiquement l'insécurité se répercutent sur les enfants. Cela ne signifie pas que ces derniers auront nécessairement des problèmes, mais cela indique que, de façon générale, ils ne jouissent pas des conditions les plus favorables à leur développement. À Banville comme à Verdiers, la situation laisse présager, pour la majorité des enfants qui y résident et y grandissent, un parcours sanitaire positif, puisque nous retrouvons, si ce n'est dans certaines unités de voisinage relativement circonscrites, la réunion de conditions favorisant un développement sain. Les familles de Banville, qui sont globalement plus aisées, plus scolarisées et qui gagnent de meilleurs revenus, ont plus de possibilités, dont la capacité financière, d'offrir aux enfants des activités complémentaires à celles des milieux éducatifs. La situation est différente à Saint-Louis. Dans les trois cas, la question est de savoir si les ressources éducatives sont adaptées aux besoins.

Nous avons colligé de nombreuses informations sur l'offre de services de garde et les écoles. Elles nous ont permis de relever des écarts entre les trois territoires pour les premiers, et peu de différences pour les seconds. En fait, les services de garde, tout au moins les services formels (réglementés), semblent moins développés dans Verdiers. Cela s'explique en partie par un taux d'activité moins élevé chez les femmes mais aussi, selon nos informateurs, par une offre de services informels plus importante que dans les autres territoires. Il est donc difficile de se prononcer sur l'utilisation globale des services de garde. De même à Saint-Louis, nos informations nous laissent croire que ce ne sont pas tant les résidentes et résidents du territoire qui utilisent les services – dont plusieurs sont offerts par des institutions – mais bien des parents qui viennent y travailler.

Du côté des écoles, si l'offre de services est similaire dans les trois territoires, on note en contrepartie des écarts relativement à la réussite scolaire<sup>18</sup>. Les informations recueillies, tant les données statistiques que les propos d'informateurs, confirment que les enfants de Saint-Louis accusent plus de retard que les enfants des deux autres territoires (voir annexe 3). Dès l'entrée du primaire, plus d'écoles reçoivent des enfants qui ont un retard, et cette

---

<sup>18</sup> Ici ce concept réfère au retard évalué selon l'âge des enfants et non pas selon la mesure de leurs capacités d'apprentissage.

situation comparative se maintient à l'entrée du 3<sup>e</sup> cycle du primaire. Le décrochage scolaire y est également plus fréquent. Cette situation ne doit pas surprendre compte tenu des autres informations dont nous disposons, notamment sur les conditions matérielles dans lesquelles vivent les familles.

Les conséquences d'une performance moindre à l'école ne peuvent évidemment se traduire dans les bilans de santé actuels. Toutefois, elles annoncent un risque pour les jeunes concernés de développer de moins bonnes habitudes de vie, de se dénicher de bons emplois, etc.

En résumé, à Banville, l'offre semble tout à fait adéquate, si l'on se fie aux résultats obtenus. À Verdiers, mais surtout à Saint-Louis, les possibilités offertes par le système éducatif pourraient être plus importantes, l'offre de services éducatifs pourrait être mieux ajustée aux besoins. Nous savons par ailleurs que les écoles représentent un élément de la vitalité d'un milieu et que les responsables scolaires font des efforts pour diversifier leurs services, pour offrir soutien et rattrapage. Dans la mesure où leurs objectifs seraient atteints, le contexte serait sans doute plus favorable.

#### **2.2.4 Le contexte : plus qu'un cadre, une scène animée**

Les trois territoires offrent un cadre de vie différent. Ce cadre ne peut non plus expliquer à lui seul les écarts observés, mais il exerce certainement une influence en offrant des ressources qui influenceront sur la qualité de vie et diverses pratiques reliés à la santé comme les habitudes de vie incluant l'alimentation et l'activité physique, l'apprentissage des enfants, etc.

Mais le contexte est plus qu'un simple cadre de vie, *stricto sensu*. En fait, il constitue le substrat des relations sociales quotidiennes. Pour cette raison, il ne faut jamais perdre de vue l'ensemble des éléments qui le composent. Ainsi, une caractéristique jugée positive lorsqu'elle est prise isolément peut paraître sous un autre jour lorsque l'on considère plutôt toutes les conditions dans lesquelles évoluent les populations. Par exemple, à Verdiers, le milieu rural offre certes plusieurs avantages mais le transport peut représenter un problème, notamment en matière d'emploi.

L'analyse du contexte et de ses interactions avec la composition de la population ajoute à notre compréhension, mais elle reste insuffisante pour expliquer les écarts de santé. Une troisième dimension nous offrira un éclairage plus complet : le contexte social ou, plus précisément l'« explication collective ».

### **2.3 L'« EXPLICATION COLLECTIVE » : LE THÉÂTRE DES RELATIONS SOCIALES**

Les particularités des trois territoires relèvent des dynamiques sociohistoriques qui ont présidé à leur développement mais aussi des politiques et dynamiques sociales qui ont orienté leur aménagement et leur occupation. Les relations qu'entretiennent les populations avec ces territoires participent ainsi à les connoter et à les structurer. Même l'environnement physique est le résultat d'une construction sociale.

L'« explication collective » réfère aux caractéristiques sociohistoriques et culturelles des communautés. Des trois concepts analytiques utilisés ici, c'est celui qui permet la prise en compte des éléments dynamiques : dynamiques collectives, qui influencent la « construction » du milieu et son développement social et économique, formes de sociabilité (normes, traditions, valeurs, intérêts), organisation de la vie sociale. Un autre aspect important de l'« explication collective » est le rapport que les résidentes et résidents développent avec leur territoire : comment ils se le représentent, quelle est leur appréciation de celui-ci, jusqu'à quel point ils s'y investissent.

### 2.3.1 La vie associative

La nature des activités et le type de clientèle visé par les associations apportent un éclairage intéressant sur les dynamiques collectives. C'est à Banville et à Verdiers que nous avons recensé le taux le plus important d'organismes de loisirs. Par contre, dans Saint-Louis les services communautaires et les organismes d'entraide sont davantage nombreux. Verdiers se distingue par la présence de plusieurs clubs sociaux. À Banville, nous avons noté qu'il n'y avait pas de services d'aide alimentaire. Pourtant, le besoin serait présent, particulièrement dans le secteur Sud. Ce fait peut contribuer à marginaliser les personnes qui éprouvent un tel besoin parce qu'elles se démarquent de leur milieu considéré comme relativement privilégié. À Saint-Louis, la plus faible proportion d'organisations consacrées aux loisirs témoigne certainement de la défavorisation matérielle de la population (mais surtout de la présence d'une population très défavorisée si nous faisons la comparaison avec Verdiers). Ce facteur peut-il contribuer à expliquer le peu d'investissement des résidentes et résidents dans la vie collective, les loisirs étant une porte d'entrée privilégiée pour la participation sociale?

*« C'est une pauvreté qu'on dit de bungalow. Ce sont des gens qui ont une belle maison, une auto, mais le frigo est vide. Ce n'est pas aussi visible que dans le centre-ville. Ça ne se vit pas de la même façon puisque le milieu est différent. Les gens dans le besoin ne voudront même pas que ce service se développe dans le réseau proche pour X raison, comme la honte, ils préféreront aller à St-Louis ou ailleurs. Banville est un des seuls arrondissements qui n'a pas d'organisme structuré de distribution alimentaire » (Informateur clé)*

En fait, nous avons noté que la participation des populations à la vie associative était similaire dans les trois milieux, dans tous les cas s'établissant à moins du quart de celle-ci (23 %). D'emblée, cela nous permet d'atténuer l'influence d'un tel facteur sur la qualité et la densité des liens sociaux. Au départ, nous avons retenu l'hypothèse, formulée par certaines écoles de pensée, selon laquelle la participation à la vie associative jouerait un rôle important dans l'explication des écarts de santé entre les populations. Or, les informations que nous avons recueillies lors de notre enquête téléphonique tendent à infirmer cette hypothèse. D'autres données, portant sur d'autres formes de liens sociaux, sont beaucoup plus éloquentes. Cette piste nous amène à penser que nous tenons là une des clés pour expliquer les inégalités de santé dans la mesure où le soutien social et les réseaux sociaux peuvent être considérés comme des facteurs de protection.

Bref, nos travaux ne nous permettent pas de tirer des conclusions ou d'interpréter le rôle de la vie associative comme composante de la construction des inégalités. Toutefois, il nous paraît clair que la vie associative découle des représentations des milieux et qu'elle nourrit à la fois leur développement économique et leur développement social.

### 2.3.2 Les liens familiaux, les liens sociaux et l'appartenance au milieu

Les trois territoires se distinguent quant à la nature et à la vigueur des liens familiaux et des liens sociaux. À Verdiers, les liens familiaux sont importants, tout au moins pour une grande partie de la population; les résidentes et résidents courent beaucoup moins de risque de vivre l'isolement social. En fait, Verdiers présente les caractéristiques d'une société plus traditionnelle.

*« La vie euh... elle est facile dans ce coin ici !... avec la famille... si il arrive de quoi... moi je suis pas inquiet... on sait qu'on s'entraiderait... » (Répondant, Verdiers)*

La majeure partie de la population de Banville vit aussi au sein d'une famille nucléaire, ce qui suggère que les liens familiaux sont au centre de la vie. Il s'agit toutefois d'une forme un peu différente de ce que l'on observe à Verdiers car il semble qu'en banlieue, la population veuille protéger sa liberté et ses espaces privés. Les résidentes et résidents peuvent néanmoins compter sur leur famille et sur des réseaux sociaux assez larges.

*« Moi, j'ai toujours apprécié [Banville] parce que de un, j'avais la grand-mère à côté, mon oncle restait en face, puis la famille venait souvent dans le coin, fait que j'avais toujours quelque chose à faire. Ma grand-mère avait une piscine, puis mes amis venaient souvent chez nous, puis toutes mes activités étaient à Banville. T'sais, je n'ai jamais pensé vouloir déménager depuis que je suis petite. » (Répondante, Banville)*

À Saint-Louis, les liens familiaux ne semblent pas aussi déterminants dans la construction des réseaux et l'isolement social serait vécu par une partie relativement importante de la population. Dans ce territoire, le milieu n'offre pas les mêmes possibilités de création de liens sociaux (tout au moins de liens du même type que dans les autres territoires) et il est difficile pour un individu d'être pris en charge par son réseau social lorsqu'un coup dur survient.

*« Ma famille était pas à Québec... je peux pas faire garder mes enfants. Si y'arrive quelque chose... je suis dans merde là !... j'ai pas personne pour me dépanner... Pis mon conjoint avec ses horaires qui changent tout le temps, je ne peux pas compter là-dessus non plus. C'est vraiment encore là, comme si j'étais monoparentale (...) J'ai pas de milieu... j'ai pas personne pour... (...) j'ai pas de réseau... J'sais ben, que si j'étais vraiment, mais vraiment dans la merde, je pourrais trouver quelqu'un... mais, j'aime mieux pas... (...) Ma mère ne demande jamais... jamais elle ne demandait quelque chose à quelqu'un... on l'a appris... » (Répondante, Saint-Louis)*



Nos enquêtes révèlent que les résidentes et résidents de Verdiers éprouvent un fort sentiment d'appartenance à leur territoire. Bien qu'il s'agisse d'un constat général qui ne peut être inféré à toutes les unités de voisinage, il n'en est pas moins éloquent. Ce constat est confirmé par d'autres renseignements tirés de nos entrevues qui ont trait à la possibilité pour les personnes interviewées de pouvoir compter sur quelqu'un d'autre.

À Banville, selon nos informations, les liens sociaux expliqueraient le choix du milieu, même s'il s'agit parfois de liens à ancrer (projet familial) plutôt que de liens réels. Banville est un milieu choisi même si le sentiment d'appartenance n'y est pas aussi fort qu'à Verdiers. On peut penser que ce n'est pas tant le territoire que l'on choisit que le mode de vie qu'il offre. Ce seraient les conditions matérielles et des valeurs partagées qui favoriseraient le sentiment de cohésion sociale à Banville, alors que dans Verdiers ce sentiment passerait par une identité liée au territoire. Bref, la population de Banville serait moins attachée à son territoire, substrat d'un style de vie plutôt qu'ancrage de liens sociaux. D'autant plus que les conditions matérielles des Banvillois laissent croire qu'une bonne partie d'entre eux ont accès à divers réseaux sociaux, notamment grâce à leur statut d'emploi, réseaux qui vont bien au-delà des relations de voisinage. À preuve, la qualité des relations de voisinage ainsi que le sens donné à la communauté est plus faible à Banville qu'à Verdiers. De plus, la famille élargie y semble moins importante. Toutefois, considérant que les deux populations jouissent d'une certaine « favorisation sociale » (selon l'indice de défavorisation sociale et selon les résultats obtenus par l'enquête téléphonique et les entrevues), on peut tout de même penser soutenir l'hypothèse que, autant à Banville qu'à Verdiers, les liens sociaux offrent une certaine protection pour la santé.

Un cadre théorique élaboré récemment par Carpiano (2006) nous amène à proposer des hypothèses pour scruter davantage cette question des liens sociaux et du territoire. Le cadre de Carpiano établit un pont entre le concept de « capital social » découlant d'une théorie du social et la mesure de celui-ci selon une approche de santé publique en le définissant comme un attribut associé au niveau du milieu de vie local plutôt qu'au niveau individuel (comme le font en général les épidémiologistes). Nous avons utilisé ce cadre pour interpréter les informations disponibles sur Banville et cet exercice s'est révélé concluant. Ce cadre distingue, selon la proposition du sociologue Pierre Bourdieu, les concepts de « cohésion sociale » et de « capital social » et définit ce dernier comme référant aux ressources sociales réelles accessibles à la population et qui, toujours selon Bourdieu, ne peut être dissocié du capital économique ni du capital culturel dont disposent un groupe social.

Dans une perspective de santé, nous pouvons inclure dans ce concept de capital social les facteurs de protection. Selon Carpiano, la cohésion sociale désignerait le type d'interactions sociales et de valeurs qui favorisent le capital social et qui sont nécessaires à son développement. À Banville, nous constatons qu'existe ce que Carpiano qualifie d'antécédents structurels à la cohésion sociale et au capital social avec des conditions socioéconomiques favorables (leur absence favorisant une détérioration des conditions de vie et des ressources sociales), une durée de résidence assez longue, la propriété, etc. La cohésion sociale se construirait sur ces antécédents : confiance, liens familiaux, liens de voisinage qui, sans être étroits, créent une certaine satisfaction. De là découle le capital social, défini ici comme le soutien social (ce qui permet aux individus de faire face aux

problèmes quotidiens), le caractère de levier du réseau social (accès à l'information et un potentiel de progression sur le plan socioéconomique), le contrôle social informel (qui permet de maintenir l'ordre et la sécurité dans un voisinage) et une certaine participation à l'organisation du voisinage (l'organisation d'activités formelles pour les questions concernant le milieu).

« *On ne connaît pas nos voisins [...] personne empiète sur la vie de personne... pas de chicanes de clôtures! [...] y'en a certains que je connais de nom!... on va se saluer dans la rue ...et chacun se mêle de ses affaires!... par contre je suis certain, et ça, on le voit à l'occasion, que si quelqu'un est mal pris, les autres vont quand même l'aider...* » (Répondant, Banville)

Les données dont nous disposons sur Banville vont dans ce sens et indiquent que ce territoire possède les caractéristiques nécessaires pour le développement du potentiel social favorisant le maintien de bonnes conditions de vie et leur amélioration. Toutefois, signalons que cette conclusion n'est pas applicable à toutes les unités de voisinage, encore moins à tous les individus. Selon Carpiano, le capital social est une ressource mise au service d'un groupe et de sa cohésion et qui, par conséquent, exclut les individus qui la menacent et donc ceux qui ne se conforment pas à ses normes et valeurs.

« *C'est un milieu relativement uniforme, les gens ont des revenus et styles de vie similaires... Le pendant c'est que ça peut-être excluant, rejetant....* » (Informateur, Banville)

Selon nous, le capital social, défini de cette façon, serait donc un des facteurs qui contribue au meilleur bilan de santé de Banville. Le statut relativement privilégié de cette population et le type de liens sociaux qu'elle développe se conjuguent pour la placer dans une situation lui permettant d'avoir accès aux conditions matérielles et sociales considérées comme protectrices de la santé. Les liens sociaux doivent ici être considérés selon une perspective fonctionnelle. C'est-à-dire qu'ils protègent de l'isolement et de l'inscription dans une conjugaison ou dans un cumul d'expériences délétères. Nous pouvons aussi formuler l'hypothèse que si les liens sociaux tissés à Banville se définissent dans les termes d'accès à des réseaux qui favorisent un certain capital social, ceux que l'on retrouve dans Verdiers s'inscrivent plus dans une forme d'entraide de type « traditionnel ». Dans les deux cas, le capital social protège. Les liens plus étroits et plus extensifs de Verdiers suppléent sans doute à l'absence d'aisance matérielle.

C'est dans Verdiers que la mesure du sentiment d'appartenance donne les résultats les plus élevés. Les liens sociaux étant plus associés au territoire qu'ailleurs, ce résultat ne peut surprendre. Il ne faut cependant pas perdre de vue que les expériences singulières peuvent se distinguer des tendances générales et que ce type de rapports sociaux (liens plus étroits souvent d'origine familiale, contrôle social plus serré dans le milieu) peut avoir aussi ses effets pervers, en créant un sentiment d'enfermement et en occultant des réalités.

« *C'est une maison familiale qu'on a depuis plusieurs générations... c'est juste ça qui me tient là.* » (Répondant, Banville)

« *C'est d'être un support à mes parents... c'est la seule chose qui me retient.* » (Répondant, Banville)

« *Tant que mon fils ne sera pas parti, c'est sûr qu'on ne bougera pas d'ici.* » (Répondant, Saint-Louis)

En comparaison avec les autres territoires, soulignons ici que d'après les informations dont nous disposons, Verdiers n'est pas un territoire où se construit l'exclusion sociale de groupes sociaux, entendons ici des populations plus défavorisées. La pauvreté dans Verdiers serait plutôt du type intégré selon les termes de Paugham (2005), c'est-à-dire que les « pauvres » ne sont pas fortement stigmatisés et que la pauvreté du niveau de vie n'implique pas une exclusion sociale.

Saint-Louis ne présente pas le même profil et même si nous y constatons de nombreuses initiatives d'entraide et de soutien, celles-ci ne proposent pas le même type de protection que peut le faire l'inscription dans un réseau de relations qui donnent accès à un statut ou permet de le maintenir. L'exclusion sociale ne se construit pas à la seule échelle d'un territoire et même si, dans un milieu donné, elle ne caractérise pas les relations, elle peut se vivre à une échelle sociale plus large.

L'information dont nous disposons sur le statut d'une partie importante de la population de Saint-Louis (hors travail alors qu'elle est en âge d'avoir un emploi) conjuguée aux informations sur sa situation matérielle (faibles revenus et proportion du revenu qui va aux besoins essentiels de logement) caractérise une certaine forme d'exclusion qui peut être considérée sous l'angle du capital social tel que proposé par Carpiano, soit celui des antécédents structurels offerts par le milieu pour son développement.

Nous avons réalisé des analyses multiniveaux<sup>19</sup> mettant en relation la perception des problèmes sociaux et environnementaux, la cohésion sociale et le sentiment de contrôle. Ces analyses ont produit des résultats concluants : la perception de l'existence de problèmes dans le milieu local varie par territoire et par unité de voisinage tel que le montre le Tableau 12. C'est à Saint-Louis que la perception de l'existence de problèmes est la plus fréquente. La perception du niveau de cohésion sociale varie davantage par territoire que par unité de voisinage. C'est dans Verdiers que cette perception est la plus positive. Mais surtout, la perception du milieu local influence de manière significative tant la perception de la santé que la perception de l'incapacité (Pampalon et al. 2007). Nous reviendrons sur ce lien avec la santé.

---

<sup>19</sup> C'est-à-dire qui permettent d'intégrer des données sur la population en général avec des données individuelles.

**Tableau 12 Population déclarant des problèmes sociaux et environnementaux ainsi qu'une faible cohésion sociale dans le milieu local, un faible sentiment de contrôle, une santé perçue comme mauvaise et des incapacités à long terme selon les trois territoires et leurs unités de voisinage**

Territoire	Problèmes territoire	Cohésion sociale	Sentiment de contrôle	Santé déclarée	
				Mauvaise santé	Incapacités
<b>St-Louis (N=485)</b>	<b>32,0</b>	<b>24,7</b>	<b>24,9</b>	<b>18,4</b>	<b>13,6</b>
U.V=11					
min	7,5	13,8	13,5	0,0	3,9
max	69,2	32,7	43,9	46,2	38,5
<b>Verdiers (N=583)</b>	<b>17,0</b>	<b>11,7</b>	<b>17,8</b>	<b>13,4</b>	<b>11,2</b>
U.V=8					
min	6,5	4,4	12,5	9,0	6,3
max	29,9	17,9	26,7	21,7	19,7
<b>Banville (N=566)</b>	<b>11,8</b>	<b>23,7</b>	<b>16,4</b>	<b>7,8</b>	<b>10,6</b>
U.V=15					
min	3,9	14,3	9,1	2,9	4,2
max	33,3	45,5	25,0	11,1	26,3
<b>Total (N=1634)</b>	<b>19,9</b>	<b>20,3</b>	<b>19,4</b>	<b>12,9</b>	<b>11,7</b>

1 : Taux le plus faible de perception de problèmes sociaux et environnementaux, de faible cohésion sociale, de faible sentiment de contrôle ainsi que de mauvaise santé et incapacités déclarées selon les unités de voisinage à l'intérieur de chacun des trois territoires étudiés.

2 : Taux le plus élevé de perception de problèmes sociaux et environnementaux, de faible cohésion sociale, de faible sentiment de contrôle ainsi que de mauvaise santé et incapacités déclarés selon les unités de voisinage à l'intérieur de chacun des trois territoires étudiés.

Source : Enquête populationnelle.

Enfin, ces informations sur le faible sentiment de contrôle ouvrent sur une interprétation des liens possibles entre l'expérience individuelle et l'expérience collective. Elle suscite même une grave question : un faible sentiment de contrôle chez les individus peut-il être associé à un manque de confiance dans les capacités des collectivités à provoquer des changements (dont la forme extrême est le fatalisme) ou dans les institutions, considérées alors comme inaptes à fournir un soutien lorsque requis? Des informateurs ont établi une telle relation entre, d'une part, le désinvestissement social et la passivité de la population très défavorisée et, d'autre part, le fait que celle-ci ne croit pas en sa capacité d'agir, d'influencer le cours des choses ou de pouvoir changer quelque chose dans son milieu, bref d'avoir quelque pouvoir sur sa destinée individuelle et sur la destinée collective.

### 2.3.3 Les représentations : quelle image a-t-on de son territoire?

Une des clés pour comprendre les informations qui précèdent réside dans les représentations que l'on se fait de l'endroit où l'on vit. Cet élément influence la composition du territoire, son contexte physique et aussi les dynamiques sociales qui le façonnent. Les représentations, selon nous, participent à la construction du sentiment d'appartenance et du

sentiment de cohésion. Elles contribuent également à la mise en place des conditions structurelles favorisant le développement du capital social selon le cadre de Carpiano.

### **Représentations**

Par représentations<sup>20</sup> nous référons aux images construites de chacun des milieux, images qui les définissent dans l'imaginaire individuel et collectif de celles et ceux qui y résident mais aussi des autres qui n'y résident pas. Les représentations sont en effet aussi le regard des autres dont la connaissance des milieux est parfois très limitée ne reposant que sur des anecdotes, du qu'en-dira-t-on comme sur quelques faits avérés. Elles jouent un rôle dans l'attrait qu'exerce un territoire et ainsi influencent la composition de la population, de même qu'elles peuvent favoriser l'investissement social ou matériel dans celui-ci qu'il s'agisse d'individus, d'entreprises ou de pouvoirs publics.

Les représentations agissent sur le contexte et les décisions concernant son développement pourront être guidées par celles-ci. Et plus encore, elles peuvent avoir une influence sur les expériences psychosociales, car habiter un milieu de vie considéré négativement génère le risque de mettre en cause l'estime de soi. Par exemple, des travaux de recherche révèlent qu'au Québec, le risque accru pour un jeune enfant qui vit au bas de l'échelle sociale depuis sa naissance de présenter des problèmes d'hyperactivité et d'inattention est diminué par le fait d'habiter dans un quartier perçu par ses parents comme étant sécuritaire pour les enfants et où il y a de l'entraide (Paquet 2005). Ajoutons qu'une demande pour un milieu favorable à l'éducation des enfants peut influencer le contexte (habitat, infrastructures). Une telle représentation de milieu de vie où la population souhaite élever une famille influe-t-elle aussi sur les dynamiques dans les ressources mises en place?

Les représentations des territoires à l'étude ne s'éloignent pas de ce que nous avons noté jusqu'ici. Banville bénéficie d'une représentation positive, Verdiers également alors que dans le cas de Saint-Louis, coexistent des images positives et négatives. Sur quelles bases reposent ces représentations?

Un premier élément nous fournit un indice : la perception que l'on a de l'ampleur des problèmes sociaux vécus dans le territoire et la capacité du milieu de les résoudre. Cette question est importante parce que, de façon générale, les populations qui en ont la possibilité ne vont pas s'établir ou ne demeurent pas dans des milieux identifiés à problème. L'existence de problèmes sociaux ou la perception que tels problèmes existent participent donc à une certaine sélection de la population. Nous avons vérifié cet aspect, lors de notre enquête téléphonique, en utilisant plusieurs questions provenant de l'évaluation de l'échelle des problèmes sociaux produite par l'équipe de Sally Macintyre, en Écosse (voir annexe 4)<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Une des auteures les plus citées définit ainsi les représentations sociales : « Une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. » (Jodelet 1994, 4<sup>e</sup> édition).

<sup>21</sup> Avec l'autorisation de l'équipe de Sally Macintyre.

Les résultats obtenus à Banville sont instructifs. Bien qu'une partie du territoire soit défavorisée, les problèmes sociaux, par exemple l'insécurité alimentaire sont peu mis en relief. Le fait que l'on se représente Banville comme un milieu favorisé occulterait ces problèmes, selon les témoignages recueillis. À Verdiers, la toxicomanie et le suicide ont été identifiées comme deux problématiques méritant un approfondissement. Un informateur clé nous a signalé : « Le suicide chez les jeunes et la toxicomanie sont des phénomènes que les élus ont de la difficulté à comprendre et à gérer ». Or, il s'agit là d'un enjeu de santé publique important dans ce territoire. Quant à la criminalité, elle ne représente un réel problème dans aucun des trois territoires. Cette préoccupation n'est ressortie qu'à Saint-Louis dans le cadre de certaines entrevues. C'est là aussi que les problèmes environnementaux ont surtout été relevés.

*« Où l'usine X... c'est sûr que les gens qui restent alentour, pis qui respirent cet air là... comme moi j'aurais trouvé un logement dans ce coin-là... (...) Parce que ça sent fort... pis moi je ne suis pas persuadée que ça peut pas affecter les poumons... y'a pas juste la cigarette qui est nocive... l'ait qu'on respire aussi... j'irais pas m'associer ou vivre à côté de ça... ça c'est clair... »*  
(Répondante, Saint-Louis)

Ailleurs, le milieu est considéré comme apte à résoudre ses problèmes, d'autant plus qu'ils y sont jugés peu importants.

*« C'est sûr qu'il y a des problématiques comme partout ailleurs. Mais c'est une communauté qui est capable de régler ses problèmes. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu de débalancement assez grand pour nous empêcher de rebalancer et puis repartir. »* (Informateur, Banville)

De façon générale, les représentations des trois territoires peuvent être résumées ainsi. À Banville, les personnes interviewées ont surtout mis l'accent sur les charmes et les avantages du territoire, ceux de la ville et de la campagne à la fois, sans les inconvénients de l'un et de l'autre. Cette représentation confirme que Banville est un milieu que l'on choisit pour le style de vie qu'il offre, un milieu auquel on aime s'identifier.

*« La banlieue c'est parfait... tsé... pas trop de monde, on fait chacun nos affaires, notre train de vie. »* (Répondant, Banville)

Verdiers jouit également d'une réputation positive et l'on apprécie y vivre. Cette réputation est entretenue autant par la population de souche, qui entretient des liens familiaux serrés, que par les nouveaux arrivants qui s'installent dans la partie Est, en banlieue de la capitale. À la différence de Banville, on adhère ici au territoire d'abord, avant le mode de vie. « C'est la dimension humaine qui fait la beauté de nos territoires. » « Puis, ici, bien on se voisine. » (Répondants, Verdiers)

Du côté de Saint-Louis, la représentation du territoire s'articule autour de deux pôles. D'une part, selon plusieurs témoignages recueillis, le territoire offre une diversité sociale considérée comme positive. Cette diversité semble jouer un rôle d'inclusion, qui est vu comme positif. Saint-Louis est décrit comme un milieu où chacun peut trouver sa place (ce qui intervient sur

la « composition » en attirant certaines populations), un milieu mixte où cohabitent des personnes différentes, un milieu hétérogène qui attire des personnes ayant des façons de faire et des intérêts divers. Fait à noter, Saint-Louis est comparé à la Haute-Ville de Québec, qui regroupe des quartiers plus aisés. On le décrit comme un endroit plus inclusif et plus tolérant que la Haute-Ville, en raison de la quasi-absence de barrières sociales. Ce faisant, la représentation de Saint-Louis se construit sur des différences sociales, ce que l'on ne retrouve pas dans les deux autres territoires. Mais Saint-Louis nourrit aussi des représentations négatives. Ses résidentes et résidents sont assimilés à une population défavorisée qui vit de revenus de transfert.

*« 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 quand c'est un état permanent, puis que c'est, que c'est parce que les gens manquent comme de, d'estime de soi, d'éducation, puis tout ça, ils sont en train de [...], de profiter du système, puis de le frauder en même temps, ça me... Je ne veux pas m'identifier à ça, ça me confronte dans mes valeurs. » (Répondant, Saint-Louis)*

Or, cette image repose à la fois sur une généralisation induite et sur des préjugés. Certes, la proportion de personnes et familles à faible revenu y est fort importante, la défavorisation sociale est une condition répandue, mais on relève aussi une certaine aisance dans quelques secteurs de même que des initiatives de développement. La mauvaise réputation de Saint-Louis et les préjugés qui l'accompagnent influent sur la composition de la population, en rebutant celles et ceux qui craignent d'être assimilés à une population dépendante, et peut décourager les initiatives, tant individuelles que collectives.

*« J'avais entendu, à peu près tout ce qu'on sait sur... euh... tout ce qu'on entend sur Saint-Louis... la question c'est souvent... c'est plus pauvre !!!... travailleurs, beaucoup plus d'aide sociale... euh... des problèmes psychosociaux important, tout ça !... dire arrivé avec un préjugé... euh... non je ne pense pas... d'être arrivé avec un préjugé dans le fond... si j'avais eu réellement un préjugé, je ne serais probablement pas ici... » (Répondant, Saint-Louis)*

*« Mais... y'en a... t'sais, dire que tu restes à Saint-Louis (...), c'est dire que tu restes avec des BS, des défavorisés, des gens qui ne sont pas... moi, j'ai toujours habité, dire que je reste à Saint-Louis (...), je m'en fous... tu sens que ça n'a pas d'importance. » (Répondant, Saint-Louis)*

Le même schéma peut être appliqué à d'autres caractéristiques telle la performance scolaire. L'échec, le retard et l'abandon scolaire peuvent être perçus comme des indicateurs de la présence de problèmes sociaux. Inversement, la bonne performance scolaire peut révéler un milieu tourné vers l'avenir. De là la pertinence, dans une perspective de développement communautaire, de l'appel des dirigeants scolaires que nous avons interviewés pour un soutien collectif plus important, notamment de la part des services publics. Rappelons qu'aux yeux de ces derniers un réel rôle compensatoire et préventif peut être joué par des services éducatifs de grande qualité appuyés par des services psychosociaux accessibles.

La réputation négative d'un quartier ou d'un territoire ne favorise pas non plus le développement d'un sentiment d'appartenance favorable à l'ancrage dans le milieu et à l'engagement dans la vie communautaire. Parfois, elle s'insinue même dans la vie privée jusqu'à bloquer les projets d'avenir. Nous avons reçu quelques commentaires particulièrement troublants lors de nos entrevues qui montrent bien le genre de limites que des résidentes et résidents de Saint-Louis ressentent.

« La maison de nos rêves... là ... je parle avec les enfants pis [...] y'ont leur rêve...: notre cour avec nos cailloux dans cour... c'est niaiseux... mais c'est un rêve...[...] parce que je sais qu'à Saint-Louis, je le trouverais pas ce rêve-là. » (Répondant, Saint-Louis)

Saint-Louis ne serait donc pas un territoire que l'on choisit comme cela semble être le cas pour Banville et Verdiers. L'élection de Saint-Louis comme milieu de vie serait plutôt attribuable à ce qu'il offre comme possibilité, vu les moyens financiers que l'on a. Le Tableau 13, qui présente les motifs invoqués par les personnes que nous avons interviewées lorsque nous leur avons demandé ce qui les avait amenées à vivre là où elles résidaient, le montre bien.

**Tableau 13 « Ce qui vous a amené à vivre ici... »**

Raisons évoquées	Saint-Louis (n=15)	Verdiers (n=15)	Banville (n=15)
Vie conjugale	3	3	2
Natif du territoire	x	7	8
Proximité famille	3	1	1
Travail	4	1	2
Accessibilité logement	7	x	x
Accessibilité services	5	1	
<b>Total mentions</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

Source : Entrevues avec les résidentes et résidents des trois territoires étudiés.

Autant Banville et Verdiers ressortent comme étant des milieux de référence, un endroit où l'on aime vivre, ce qui ne serait pas toujours le cas de Saint-Louis. Le concept de « milieu de référence » (normative dimensions) proposé par Popay et al. (2003) peut être utile ici. Ces auteurs ont analysé les conséquences sur la santé de certaines populations ressentant un écart entre le milieu de référence (soit le milieu où elles aspirent à vivre) et leur milieu réel (soit celui où elles vivent); elles seraient négatives lorsque cet écart est vécu comme mettant en cause leur identité. Pour notre part, nous avançons que vivre une telle expérience peut, sur le plan individuel, avoir un impact sur la perception qu'ont les individus de leurs possibilités (sentiment de contrôle), « prédicteur » de l'état de santé. Nous proposons donc l'existence d'un lien entre le rapport avec le milieu de vie et le sentiment de contrôle. Pour comprendre ce lien, nous devons considérer à la fois la composition de la population, le contexte physique (ce que le milieu offre) et les dimensions socioculturelles (les liens sociaux et les représentations). Si vivre dans un milieu donne le sentiment de régresser socialement parce que le territoire est perçu comme un lieu où on échoit lorsqu'on est sans emploi ou bénéficiaire d'assistance emploi, dans un contexte où ces deux situations sont



considérées comme des échecs, le sentiment d'appartenance à ce territoire peut difficilement avoir un impact positif sur l'estime de soi et sur le sentiment de contrôler sa destinée. En revanche, si la représentation du territoire est positive, l'influence du développement d'un sentiment d'appartenance sur la santé peut aussi être présumée l'être.

Enfin, il faut signaler l'importance du cumul des conditions dans un sens ou dans l'autre (meilleure ou moins bonne santé) qui ressort très clairement de nos données.

«... c'est que quand tout s'est démoli dans ma vie, mon père qui est décédé, perte de mon emploi, tomber avec mon fils puis ce n'était pas planifié, la rupture avec ma blonde, déménager dans Saint-Louis. » (Répondant, Saint-Louis).

La population de Banville cumule les caractéristiques susceptibles de favoriser le développement et le maintien d'un bon état de santé alors qu'à Saint-Louis, un certain nombre de situations délétères matérielles et sociales s'additionnent. Dans Verdiers, la conjugaison de situations matérielles considérées plus difficiles avec une certaine favorisation sociale atténuerait les effets délétères de la première. Il nous faut donc à la fois considérer cumul et conjugaison.

## 2.4 QU'EST-CE DONC QUI EXPLIQUE LES ÉCARTS DE SANTÉ?

Deux questions centrales nous ont guidés tout au long des travaux. La première : pourquoi des populations affichant le même niveau de richesse (indice de défavorisation matérielle) présentent-elles parfois des bilans de santé différents, comme il s'est révélé être le cas de Verdiers et Saint-Louis. La deuxième, complémentaire à la première : pourquoi des populations affichant des niveaux de richesse différents présentent-elles parfois des bilans de santé comparables? C'est le cas ici de Banville et de Verdiers.

Il n'y a pas de réponse simple à ces deux grandes interrogations. Mais notre analyse fournit des éléments de réponse fort éclairants sur les mécanismes qui contribuent à la construction des inégalités. Globalement, il est possible de dégager les constats suivants :

- les conditions matérielles des populations des trois territoires interviennent dans la construction des écarts de santé. Plus les populations sont défavorisées sur ce plan plus les indicateurs de santé sont négatifs. Cela apparaît non seulement à l'échelle des territoires, mais aussi à celle des unités de voisinage;
- ces conditions matérielles agissent de façon directe et indirecte sur la santé en déterminant les possibilités pour les populations de combler leurs besoins, d'adopter et de maintenir des styles de vie comportant de saines habitudes de vie. Il importe de prendre en compte les questions de conditions de vie en lien avec la culture (valeurs, normes) pour comprendre la construction des inégalités sociales de santé;
- ces conditions matérielles sont en lien avec le statut d'emploi des populations et leur degré de favorisation *sociale*. Il faut noter ici que les populations les plus démunies matériellement sont également des populations en retrait du marché du travail et les plus isolées socialement;

- les milieux locaux dans lesquels évoluent les populations ont une influence sur la santé découlant du rapport que ces dernières développent avec leur milieu de vie et des conditions matérielles et sociales que celui-ci leur offre. Ils font donc partie des dimensions à considérer dans la construction des écarts de santé. Leur rôle est complexe et multidimensionnel;
- l'analyse de l'influence des milieux locaux sur la santé révèle des interactions entre la composition de leur population, le contexte de vie qui y est développé et les dynamiques sociales et culturelles qui les caractérisent;
- les populations qui habitent dans un milieu partagent certaines caractéristiques. Les contextes (matériel et social) qu'offrent ces milieux attirent certaines populations et en excluent d'autres;
- les conditions présentes dans les milieux locaux soutiennent le développement des rapports sociaux et du capital social et culturel des populations;
- les milieux locaux jouent un rôle dans la construction des états de santé en participant au développement d'un sentiment de contrôle individuel et collectif. La concordance (ou l'absence de concordance) entre les critères du milieu considéré comme « approprié » (milieu de référence) et les caractéristiques du milieu de résidence auraient un impact sur le sentiment de contrôle, lequel est associé à l'état de santé. Ce sentiment serait non seulement individuel mais collectif et par là interviendrait dans la dynamique sociale des milieux;
- les ressources offertes par les milieux locaux (socio-sanitaires, services aux familles, système éducatif, de loisirs, etc.) peuvent être estimées positivement parce qu'équivalentes dans différents milieux mais cela ne signifie pas nécessairement qu'elles soient adéquates eu égard aux besoins et aux rôles compensatoires et préventifs qu'elles peuvent jouer localement;
- l'influence du milieu de travail (comprendre ici le fait d'avoir un emploi ou de ne pas en avoir ainsi que les conditions attachées aux emplois) se conjugue à celle du milieu familial (qui peut être déterminant pour la trajectoire professionnelle) et à celle du milieu local (intervenant ou non dans la trajectoire professionnelle) de sorte qu'une approche globale doit prendre en compte ces trois milieux de vie pour estimer l'impact de leur action conjuguée sur la santé;
- il en va de même de l'influence du milieu familial. Il faut toutefois reconnaître que la famille en tant que fondement de liens sociaux joue un rôle important dans la conjugaison des influences provenant des deux autres milieux;
- l'absence de liens familiaux comme source de liens sociaux doit être compensée par un autre type de réseau social pour agir comme facteur de protection lorsque le milieu local ou le milieu de travail ne peuvent satisfaire aux besoins matériels et sociaux.

Ces constats nous amènent à conclure que Verdiers présente un bilan de santé positif malgré sa relative défavorisation matérielle parce que ce territoire offre des conditions qui soutiennent le développement de rapports sociaux. Ces derniers protègent la population des risques associés à cette défavorisation, le tissu social encourageant l'entraide et limitant ainsi les situations d'isolement social. À Verdiers, la pauvreté et la défavorisation matérielle

ne se conjuguent pas obligatoirement avec la marginalisation et l'exclusion sociale de groupes sociaux. La représentation positive du territoire, l'attrait qu'il présente, la stabilité de la population, les ressources qu'il offre sur le plan social et économique, tous ces éléments créent un climat de confiance et soutiennent le développement de réseaux sociaux.

Toutefois, nous savons encore trop peu de choses sur les populations défavorisées, leurs expériences et les ressources dont elles disposent. Une analyse plus poussée permettrait ainsi de mieux comprendre les ressorts de la prise en charge collective. Pour l'heure, à Verdiers, il faut prendre acte des problèmes de transports, tels que rapportés par les résidentes et résidents, afin de s'assurer que les caractéristiques positives du milieu continuent d'agir dans le sens souhaité. De même, la situation de défavorisation de certains groupes doit recevoir de l'attention parce qu'elle présente des risques de détérioration advenant un effritement du tissu social. Ajoutons enfin que les problématiques du suicide et de la toxicomanie, relevées dans Verdiers uniquement, pourraient atténuer l'évaluation très positive de l'impact du milieu sur la santé. Mais, pour le moment, nous n'avons pas d'informations qui vont dans ce sens.

Du côté de Banville, la relative aisance matérielle d'une grande partie de la population semble jouer un rôle déterminant. Parmi les variables qui influencent positivement la santé des Banvillois, signalons le statut d'emploi et les conditions de travail. Ce faisant, Banville offre les meilleures conditions matérielles des trois territoires. De plus, il attire une population relativement favorisée grâce notamment à ses infrastructures. En somme, Banville offre les antécédents structurels, pour reprendre les concepts de Carpiano, qui favorisent le développement du capital social et culturel. Par ailleurs, deux éléments participent probablement à renforcer l'estime de soi des Banvillois : la représentation très positive qu'ils se font de leur territoire, un mode de vie qui correspond à leurs aspirations. Des trois territoires, Banville est sans doute le milieu qui se prête le mieux à l'approche de Popay et al. (2003), selon laquelle il est instructif de considérer un milieu de vie sous l'angle de sa correspondance avec le milieu considéré approprié par les résidentes et résidents. Pour le moment, Banville apparaît comme un territoire relativement homogène où il est facile de s'intégrer. Toutefois, les familles qui habitent le secteur Sud, contigu à Saint-Louis, font exception; leur situation est préoccupante. Pour changer la donne, il faudrait certainement agir sur les dimensions reconnues comme ayant une influence positive sur la santé.

En ce sens, diverses pistes de recherche mériteraient d'être explorées plus avant. Plus particulièrement, il y aurait lieu de scruter l'interaction entre la représentation que l'on se fait du milieu et la performance scolaire; rappelons que Banville affiche la meilleure performance des trois territoires. En outre, la situation des familles résidant dans le secteur Sud devrait être étudiée en profondeur pour vérifier dans quelle mesure le fait d'habiter à Banville plutôt qu'à Saint-Louis offre une protection. Enfin, la situation enviable des femmes de Banville (plus grande présence sur le marché du travail, scolarité élevée, meilleur revenu et plus grande fréquence d'un fort sentiment de contrôle) devrait être analysée et comparée avec celle des femmes des deux autres territoires. L'objectif : dégager les associations possibles entre les caractéristiques socioéconomiques et socioculturelles des Banvilloises d'une part, le fait de vivre à Banville et les caractéristiques du milieu d'autre part.

Saint-Louis, pour sa part, affiche le bilan de santé le plus négatif des trois territoires, et ce, pour la plupart des indicateurs. La pauvreté matérielle de la majorité des résidentes et résidents y est certainement pour beaucoup. Deux éléments importants doivent être relevés. Le premier est la situation particulièrement difficile de certains sous-groupes qui, en quelque sorte, influence celle de l'ensemble. La seconde est l'exclusion du marché du travail, beaucoup plus importante à Saint-Louis que dans les deux autres territoires. Ces différences interviennent non seulement dans l'expérience concrète de celles et ceux qui vivent dans une pauvreté plus marquée, mais aussi dans la vie sociale du territoire, les ressources (notamment communautaires, etc.). Au-delà de la pauvreté économique, rappelons qu'à Saint-Louis l'état de santé déclaré (état de santé perçue et incapacités) et l'indice de contrôle sont corrélés avec les perceptions du milieu (perceptions de problèmes environnementaux, attrait du milieu, sens communautaire et relation avec le voisinage) de façon beaucoup plus forte que dans les deux autres territoires. Si la perception de problèmes est plus présente à Saint-Louis que dans les deux autres territoires et qu'elle agit sur l'attrait du milieu ainsi que sur les relations qui s'y développent, nous pouvons y voir une certaine causalité circulaire. Ce qui nous apparaît problématique dépasse toutefois les constats sur la situation présente. En fait, des indices laissent présager que les choses ne s'amélioreront pas dans l'avenir, entre autres, les données sur les familles monoparentales conjuguées à celles sur les performances scolaires plus faibles et ce, précocement. L'arrivée d'une nouvelle classe de résidents, plus aisée, permet toutefois de nuancer cette affirmation. La mixité sociale peut certes représenter une chance. Mais il faudra rester alerte et décoder les signaux qui pourraient annoncer un embourgeoisement (gentrification) de certains secteurs ou même de l'ensemble du territoire. Dans ce cas, il y aurait lieu de prendre des mesures pour en amoindrir les effets et éviter de créer de nouvelles formes d'exclusion. Autrement, les problèmes ne seraient pas réglés, seulement déplacés.

Enfin, il faut éviter de perdre de vue le caractère de chronicité de certaines situations de défavorisation et pour ce, il s'impose de s'attaquer aux problèmes décelés en milieu scolaire chez certains groupes d'enfants. La problématique de l'école doit donc être abordée sous l'angle de la reproduction sociale de la pauvreté. Il faut se demander, non pas si l'école participe de quelque façon à la transmission de la pauvreté, mais plutôt si elle peut agir efficacement pour permettre aux enfants issus de familles vulnérables de cheminer dans le système scolaire avec le moins de retards et de difficultés possibles. Or, nous savons qu'il est possible d'agir, en particulier sur les habitudes de vie, le sentiment de maîtrise et la perception de l'état de santé. Et plus on agit tôt, plus on peut prévenir et traiter efficacement les retards de développement (langage, mathématiques, motricité fine, habiletés sociales), les troubles du comportement (agressivité, hyperactivité, habiletés sociales) qui se traduisent trop souvent en difficultés d'apprentissage et en retard scolaire. En d'autres mots, pour éviter que la défavorisation matérielle et la défavorisation sociale ne perdurent dans les environnements qui en souffrent, les milieux d'éducation doivent contrer leurs effets en offrant, au-delà de programmes parascolaires accessibles, des ressources pour combler les déficits. Il faut par ailleurs rappeler que les actions éducatives seules demeurent insuffisantes. Tous les secteurs de l'activité collective ayant une influence sur les conditions de vie des familles sont également concernés : l'emploi, la sécurité du revenu, la santé et les services sociaux, etc.

Nos deux questions de départ nous amènent à une certitude : la construction des inégalités est le résultat de la conjugaison d'un ensemble de facteurs qui interagissent entre eux; ces facteurs sont d'ordre structurel et social. Aussi, dans la recherche de solutions, une approche à la fois multisectorielle (action coordonnée de plusieurs secteurs d'intervention) et ciblée (groupe ou secteur du territoire bien délimité) s'impose. Toute action partielle, portant par exemple sur un seul déterminant ou encore menée dans un seul domaine aurait probablement très peu d'effet. Enfin, il faut rappeler encore ici que les conditions observées au cours de notre étude pourront avoir évolué. Les intervenants seront attentifs à ces changements.



## CONCLUSION

Les études qui sont à la base de cet ouvrage constituent, malgré leurs limites, une contribution inédite au champ de la recherche sur les inégalités sociales de santé. Inédite à la fois par la démarche empruntée et par la méthodologie utilisée. La démarche alliait d'une part la recherche de l'influence de trois milieux (local, familial, professionnel) avec la prise en compte de leurs interactions et du caractère dynamique de la construction des états de santé et, d'autre part, elle conjugait différentes approches théoriques permettant une exploitation optimale des données. Quant à la méthodologie, elle mettait à profit le caractère multidisciplinaire de l'équipe et l'apport inestimable de personnes issues des territoires étudiés aux différentes étapes du processus. Enfin, soulignons que les travaux ont porté sur la région de Québec.

Qu'avons-nous appris? Depuis longtemps, nous savons que des conditions matérielles difficiles, le cumul de difficultés et la faiblesse voire l'absence de liens sociaux protecteurs poussent ou maintiennent des populations dans une situation délétère. Nous avons pu, encore une fois, les observer, en particulier dans un territoire mais aussi dans des unités de voisinage disséminées dans les deux autres territoires étudiés. Mais nous cherchions avant tout les mécanismes en cause, sous-jacents à la production et au maintien des inégalités. La question de fond qui nous guidait se formulait ainsi : comment le social passe-t-il sous la peau?

Un premier élément de réponse renvoie à la présence de sous-groupes de population qui contribuent au façonnement de la culture du milieu par l'intermédiaire de dynamiques sociales : représentations, perceptions de problèmes, vie associative, etc. Ces sous-groupes défavorisés s'installent dans un milieu donné parce que ce milieu ne les rejette pas et ne les exclut pas. Si leur situation ne s'améliore pas, l'ensemble du milieu peut en souffrir. Pour mieux comprendre la synergie qui se crée, revenons un instant sur les différences entre Saint-Louis avec Verdiers. Les données démontrent que, globalement, ces deux territoires affichent un portrait similaire. Toutefois, lorsqu'on y regarde de plus près, on constate que la grande pauvreté est beaucoup plus présente à Saint-Louis. Pour une partie de la population, cette grande pauvreté s'accompagne du statut social de « bénéficiaires de prestations sociales ». À Verdiers, la synergie est différente. Les liens sociaux semblent avoir un impact structurel sur le milieu social en agissant sur sa dynamique. La pauvreté matérielle se vit différemment, beaucoup moins dans l'isolement comme c'est souvent le cas en milieu urbain. En fait, le faible niveau de défavorisation sociale agit ici comme filet de sécurité. Il permettrait d'éviter l'enchaînement et le cumul de situations socialement délétères. À Banville, le portrait est différent. La moindre exposition à des situations difficiles serait un facteur déterminant. Les résidentes et résidents de Banville semblent mieux outillés pour les éviter : ils sont plus scolarisés, occupent généralement un emploi, ont un revenu plus élevé, ont accès à des réseaux, etc. Les liens sociaux seraient donc une clé dans la construction des inégalités de santé. Mais comment, par quels mécanismes, les liens sociaux se créent-ils et agissent-ils?

À la base, la famille joue certainement un rôle protecteur sur le plan social, ce qui ne signifie pas qu'elle ne peut être remplacée. L'emploi également est important, non seulement pour le

revenu qu'il apporte, mais aussi pour le statut qu'il confère et les réseaux sociaux auxquels il donne accès. En revanche, l'emploi comporte des conditions qui ne sont pas toujours salutogènes et peuvent même être délétères. Si c'est le cas et qu'elles s'ajoutent à des conditions également délétères dans la famille et le voisinage, l'effet protecteur de l'emploi peut totalement disparaître. À la fois la famille et l'emploi paraissent ainsi consolider les conditions qui semblent salutogènes pour une bonne partie de la population de Banville. Verdiers demeure plus énigmatique pour ce qui est de l'influence de l'emploi et son caractère rural doit être pris en compte. La famille joue toutefois, plus qu'ailleurs, un rôle stratégique dans ce territoire. À l'inverse, un grand nombre de résidentes et résidents de Saint-Louis vivent des problèmes d'exclusion du marché du travail et, en plus, ne peuvent compter sur le soutien familial. Ces personnes courent certainement plus de risques de connaître des problèmes de santé.

Il faut aussi signaler l'importance des trajectoires de vie personnelles sur la santé. L'exposition cumulative et différenciée à des environnements dommageables ou, au contraire, favorables à la santé paraît en effet déterminante, car elle touche deux aspects de l'expérience personnelle particulièrement significatifs pour le bien-être et la santé : l'efficacité personnelle et l'estime de soi. L'efficacité personnelle est définie comme la croyance qu'a une personne dans sa capacité à accomplir des tâches. Cette croyance est basée sur une évaluation positive de ses propres compétences et des résultats escomptés. Un environnement psychosocial favorable au développement de l'efficacité personnelle permet à l'individu d'éprouver ses habiletés et d'exercer un contrôle sur sa vie par l'accomplissement d'actions fructueuses. En somme, l'environnement psychosocial représente le concept qui relie les possibilités offertes par la structure sociale en réponse aux besoins individuels fondamentaux d'efficacité personnelle et d'estime de soi. La santé et le bien-être se révèlent considérablement influencés par la qualité et l'intensité de ces processus.

Au-delà des trajectoires individuelles, de la famille et du milieu de travail, il y a le milieu local dans lequel les gens vivent. Or le milieu local n'a pas le même sens pour tous. Compte tenu de sa situation de défavorisation, la population de Saint-Louis est en quelque sorte plus dépendante des conditions que lui offre son milieu que ne l'est celle de Banville, pourtant connexe. Le faible revenu et l'absence d'emploi d'une bonne partie de la population notamment limitent les possibilités d'accès à d'autres réseaux que ceux que peut lui offrir le milieu local. À Verdiers, même si les revenus sont limités et les distances à parcourir importantes, la présence de liens familiaux et le type de relations qui prévaut en milieu rural créent une synergie très différente. Le milieu offre d'emblée les fondements structurels susceptibles de faciliter le développement et le maintien de réseaux sociaux. De même, mais pour d'autres raisons, puisqu'il s'agit ici du partage d'un certain mode de vie matériellement accessible et conséquemment d'une certaine homogénéité recherchée, Banville offre les mêmes possibilités.

Une fois que l'on a admis l'importance des liens sociaux, une autre question surgit : est-il possible d'intervenir pour changer la dynamique d'un milieu? Nous croyons que oui. Faut-il rappeler ici que le milieu local est une production sociale. Les ressources physiques,



l'aménagement, l'habitat, les éléments qui modulent la vie sociale et culturelle découlent d'interventions sociales.

Le milieu de Saint-Louis, tel qu'on le connaît aujourd'hui, reflète bien cette évidence. Ce qu'il peut offrir à sa population comporte des limites auxquelles sont confrontés les acteurs qui l'ont façonné et qui le façonnent. En effet, les conditions de vie de la population de Saint-Louis ne sont pas toutes tributaires du milieu local. Plusieurs résultent de décisions et d'orientations collectives prises souvent à d'autres niveaux, qu'il s'agisse de décisions sur l'aménagement du territoire, telle la construction d'usines, ou de celles qui ont un impact sur l'emploi ou le revenu de la population locale. Là où le milieu intervient c'est dans l'atténuation ou l'accentuation des effets de ces orientations à l'échelle locale. L'évolution qu'a connue Saint-Louis au cours des dernières années témoigne d'un dynamisme qui pourrait améliorer les conditions des groupes les plus démunis comme il pourrait, selon les orientations à venir, les dégrader. Il est certain par ailleurs que si la population devait s'appauvrir davantage à la suite de décisions prises à un niveau supérieur (par exemple, le montant des allocations sociales, la couverture des régimes publics, etc.), le milieu ne pourrait contrer ce mouvement par de seules interventions locales.

Enfin, nous avons décrit la représentation sociale du milieu local comme intervenant à la fois sur la composition de la population et sur le contexte. Nous avons aussi établi un lien entre cette représentation et le rapport qu'une population entretient avec son milieu de vie, rapport qui peut être associé à la construction du sentiment de contrôle et de l'estime de soi. Encore ici, la situation de la population de Saint-Louis nous paraît la plus fragile, ce qui expliquerait en partie son bilan de santé. Nous constatons des liens entre la perception de problèmes, le sentiment de contrôle et la perception de l'état de santé. Saint-Louis est un milieu diversifié, qui évolue et qui semble tolérant. La mixité sociale y est présente. Si elle était encouragée, elle pourrait peut-être modifier les représentations car la richesse que représente une certaine diversité à la fois de la population et des activités réalisées dans ce territoire ne semble pas pour le moment prépondérante par rapport à la perception de problèmes. Il y a ici un des éléments qui contribuent aux inégalités observées.

Enfin, nos considérations d'ensemble ne doivent pas occulter les écarts très significatifs que nous avons relevés au sein même de chaque territoire. Aucun de ces écarts n'infirme l'interprétation que nous proposons. Plutôt ils renforcent nos constats sur l'importance des conditions matérielles en tant que substrats de conditions sociales favorisant la création et le maintien de liens sociaux et de réseaux sociaux. Les groupes de population dont les bilans de santé sont les plus négatifs sont tous dans des situations de pauvreté matérielle et de défavorisation sociale. De là, notre souci d'éviter les raccourcis qui nous conduiraient à présenter un bilan global pour chaque territoire. Toutes les unités de voisinage ne sont pas défavorisées à Saint-Louis et conséquemment ne présentent pas un bilan de santé négatif, et tout n'est pas rose dans Verdiers et Banville, comme nous l'avons bien démontré. De plus, élément important, aucun des trois territoires ne peut être considéré comme statique qu'il s'agisse de sa population, des ressources physiques ou des ressources sociales qui s'y trouvent. Ainsi, Saint-Louis connaît actuellement une certaine revitalisation. Certains secteurs de Banville semblent s'appauvrir. Dans Verdiers, la partie Est est en train de devenir une nouvelle banlieue de Québec alors que la partie Ouest se dévitalise. Dans une

perspective de compréhension de la construction des inégalités sociales de santé, les situations les plus défavorables (ou qui s'inscrivent dans un tel mouvement) ont ici retenu notre attention. Mais il ne faut jamais perdre de vue les mouvements contraires afin d'identifier les facteurs qui contribuent à freiner la défavorisation ou à protéger la santé.

Sur la base des constats auxquels nous sommes arrivés jusqu'à maintenant, nous voulons formuler des suggestions (plus que des recommandations) pour des interventions visant à contrer la construction des inégalités sociales de santé de même que suggérer des travaux de recherche qui permettront d'aller plus loin dans la compréhension du processus de construction de ces inégalités.

Rappelons que la définition des inégalités sociales de santé adoptée rejoint celle d'iniquités. Pour cette raison, la justice sociale est selon nous un point de départ dans ce qui constitue un objectif d'action. Pour reprendre les termes de Wilkinson et Pickett (2006), l'inégalité est socialement corrosive. Nous considérons que des efforts doivent être menés collectivement pour viser l'égalité sociale en matière de santé tout en respectant les libertés individuelles et collectives, des valeurs importantes dans la société québécoise.

### ***Suggestions pour des interventions :***

#### ***Au niveau macrosocial :***

- les principes qui orientent la redistribution de la richesse collective doivent viser à améliorer le sort des populations les plus démunies dont la situation influence les conditions des milieux dans lesquelles elles vivent et participent à des dynamiques sociales délétères;
- ces principes doivent également viser, de façon particulière parmi les populations démunies, les familles avec enfants;
- l'emploi et le revenu sont des facteurs déterminants qui agissent directement et indirectement dans la construction des inégalités de santé. Ils doivent être reconnus comme tels afin que soient justifiés des investissements importants permettant de briser les cycles d'exclusion du marché de l'emploi;
- dans le secteur de la santé et des services sociaux, les programmes et les services devraient être plus nombreux à offrir un suivi intensif, continu et individualisé aux clientèles défavorisées, sans exclure une programmation à l'échelle collective. De plus, ils devraient avoir pour orientation de redonner le pouvoir d'agir aux personnes vivant au bas de l'échelle sociale afin de contrer une certaine fatalité sociale et sanitaire. Des politiques publiques reposant sur une solide connaissance des facteurs influençant les parcours de vie des citoyennes et citoyens sont nécessaires;
- les programmes et services sociaux doivent miser sur des succès obtenus en milieu défavorisé afin de donner de l'espoir et un sentiment de pouvoir maîtriser sa destinée;
- en milieu défavorisé, les interventions reconnues efficaces auprès de la petite enfance doivent être multipliées pour éviter les retards à l'entrée du primaire. Elles devraient permettre aussi aux mères de se doter d'un projet personnel (métier, scolarisation ou répit);

- dans les milieux scolaires, il faut en arriver à reconnaître les besoins différenciés selon les groupes sociaux et, conséquemment, adopter des approches différentes en matière d'allocations de ressources.

#### ***Au niveau local :***

- la mixité sociale est certes une piste intéressante et, à prime abord, elle nous semble devoir être encouragée. Comme ce n'est pas tant la mixité qui serait décisive mais plutôt l'influence du milieu dans sa dimension matérielle (à travers les équipements et services locaux, l'amélioration de la sécurité), économique (emplois disponibles) et symbolique (amélioration de l'estime de soi liée à celle du quartier et/ou à l'accès à la propriété), l'action d'évitement de concentration de populations doit être abordée dans cette perspective;
- des efforts peuvent être faits afin de soutenir le développement du sentiment d'appartenance et la cohésion sociale (dans le sens proposé par l'auteur Carpiano) pour la mise en place de conditions favorisant le développement de capital social et culturel;
- il est possible d'agir sur les représentations. Elles doivent être considérées pour leur rôle stratégique dans les dynamiques sociales. Plus d'efforts pour contrer les représentations négatives et encourager le développement de représentations positives pourraient être consentis;
- en fonction des inégalités observées entre les territoires mais surtout à l'intérieur de ceux-ci il ressort que les interventions doivent être ciblées localement.

#### ***Des pistes de recherche :***

- des travaux doivent être poursuivis afin de mieux documenter la construction des situations les plus délétères pour comprendre les mécanismes d'accumulation; la construction de l'exclusion sociale et leurs interactions. Nous pensons ici plus particulièrement aux populations isolées et exclues du marché de l'emploi;
- notre démarche a permis de constater des différences entre les milieux locaux et la santé des hommes et des femmes à la fois entre les territoires et au sein de ceux-ci. De telles différences doivent être mieux comprises;
- notre démarche a également permis de constater que si les données de santé mentale enregistraient certains écarts entre les territoires, ces écarts étaient bien moins prononcés que pour les données de santé physique. Il y aurait également lieu d'approfondir cette question pour savoir s'il s'agit d'une constance ou d'un résultat de contexte;
- des recherches doivent être poursuivies pour améliorer notre compréhension des mécanismes en cause dans l'action des facteurs de protection;
- nous devons pousser plus loin les comparaisons rural-urbain à la fois sur le plan des mécanismes de construction des inégalités et pour certains sous-groupes (jeunes et femmes notamment).



## RÉFÉRENCES

- Allen, T. D., 2000, Consequences Associated With Work-to-Family Conflict: A Review and Agenda for Future Research, *Journal of occupational health psychology*, 5, 278-308.
- Bartley, Mel, et al., 1997, Socioeconomic Determinants of Health. Health and the Life Course: Why Safety Nets Matter, *British Medical Journal*, 314, 7088: 1194-1196.
- Bedos, C., et al., 2004, Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires, *Revue Épidémiologique de la Santé Publique*, 52, 261-270.
- Braverman, Paula et S. Gruskin, 2003, Defining equity in health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 254-258.
- Bretin, Hélène, et al., 2004, Conciliation travail/famille: quel prix pour l'emploi et le travail des femmes? A propos de la protection de la grossesse et de la maternité en France et au Québec, *Santé, solidarité et société*, 2: 147-160.
- Brunner, E. 2000. Towards a New Social Biology. *Social Epidemiology*. L. F. Berkman and I. Kawachi. New York, Oxford University Press: 306-331.
- Caldwell, T.M., et al., 2004, Suicide and mental health in rural, remote and metropolitan areas in Australia, *Medical Journal of Australia*, 181, 7: S10-S14.
- Carpiano, Richard M., 2006, Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help? *Social Science & Medicine*, 62, 165-175.
- Case, A., et al., 2001, *Economic status and health in childhood: the origins of the gradient*, National Bureau of Economic Research Working Paper No.W8344.
- Coleman, James S., 1990, *Foundations of Social Theory*, Cambridge, Massachusetts, Belknap Press of Harvard University Press.
- Comité consultatif fédéral provincial et territorial sur la santé de la population, 1996, *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, Toronto; Ontario, Santé Canada.
- De Terssac, G. et D.G. Tremblay, Eds. 2000. *Où va le temps de travail*. Toulouse, OCTARÈS Éditions.
- Diez-Roux, Ana V., et al., 2001, Neighborhood of Residence and Incidence of Coronary Heart Disease, *The New England Journal of Medicine*, 345, 99-106.
- Eming-Young, M., 2002, *From Early Child Development to Human Development, Investing in Our Children's Future*, Washington, D.C., The World Bank.
- Evans, Robert G., et al., Eds. 1996. *Être ou ne pas être en bonne santé? Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Fassin, Didier, et al. 2000. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. *Les inégalités sociales de santé*. A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski and T. Lang. Paris, INSERM/La découverte: 13-24.
- Fortin, Andrée, et al., Eds. 2002. *La banlieue revisitée*. Québec, Éditions Nota bene.

- Hamelin, Anne-Marie, et al., 2002, Characterization of Household Food Insecurity in Québec: Food and Feeling, *Social Science & Medicine*, 54, 1: 119-132.
- House, J. S., et al., 1988, Social Relationship and Health, *Science*, 241, 540-545.
- Jodelet, Denise, Ed. 1994, 4ième édition. *Les représentations sociales*. Sociologie d'aujourd'hui. Paris, PUF.
- Kaplan, George A. et J. T. Salonen, 1990, Socioeconomic Conditions in Childhood and Ischaemic Heart Disease during Middle Age, *British Medical Journal*, 301, 1121-1123.
- Kawachi, Ichiro et Bruce P. Kennedy, 1997, Socioeconomic Determinants of Health: Health and Social Cohesion: Why Care About Income Inequality? *British Medical Journal*, 314, 7086: 1037.
- Label, A., et al., 2007, An integrated approach for defining neighbourhood units in the context of a study on health inequalities in the Quebec City region, *International Journal of Health Geographics*, 6, 27 accessible <http://www.ij-healthgeographics.com/content/6/1/27>.
- Li Wang, J., 2004, Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 19-25.
- Lomas, Jonathan, 1998, Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology, *Social Science and Medicine*, 47, 1181-1188.
- Lupien, S. J., et al., 2001, Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status, *Development and Psychopathology*, 13, 653-676.
- Lynch, John W., et al., 1994, Childhood and Adult Socioeconomic Status as Predictors of Mortality in Finland, *Lancet*, 343, 524-527.
- Macintyre, Sally, et al., 2002, Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise and Measure Them? *Social Science & Medicine*, 55, 1: 125-139.
- Macintyre, Sally, et al., 1993, Area, Class and Health: Should We Be Focusing on Places or People, *Journal of Social Policy*, 22, 2: 213-234.
- Malenfant, R., et al., 2004, *Les trajectoires liées à la pauvreté*, Québec, Équipe RIPOST, CLSC Haute-Ville-Des-Rivières.
- Marmot, M., et al., 1978, Employment grade and coronary heart disease in british civil servants, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 4: 244-249.
- Marmot, M. et R. G. Wilkinson, 1999, *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press.
- McCain, M. N. et J. F. Mustard, 1999, *Inverser la véritable fuite des cerveaux. Étude sur la petite enfance*, Ontario, Publications Ontario.
- McEwen, B.S., 1998, Protective and Damaging Effects of Stress Mediators: Allostasis and Allostatic Load, *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.

- Meaney, M. J et M. Szyf, 2005, Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome, *Dialogues in clinical neuroscience*, 7, 2: 103-123.
- 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*, 1, 191-203.
- Pampalon, Robert, et al., 2007, Perception of place and health: Differences between neighbourhoods in the Québec City region, *Social Science & Medicine*, 65, 95-111.
- Pampalon, Robert et Guy 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.
- Paquet, G., 1998, Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite: Un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé, *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 27, 49-83.
- Paquet, G. et D. Hamel, 2005, *Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale, Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 4 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de la santé publique du Québec.
- Paquet, Ginette, 2005, *Partir du bas de l'échelle, Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Paugam, S., 2005, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF.
- Popay, Jennie, et al., 2003, A Proper Place to Live: Health Inequalities, Agency and the Normative Dimensions of Space, *Social Science & Medicine*, 57, 1: 55-69.
- Power, Chris, et al., 1998, Inequalities in Self-Rated Health: Explanations from Different Stages of Life, *The Lancet*, 351, 9108: 1009-1014.
- Putnam, Robert D., 1993, *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton, Princeton University Press.
- Quinlan, M. et al., 2001, The Global Expansion of Precarious Employment, Work Disorganization, and Consequences for Occupational Health: Placing the Debate in a Comparative Historical Context, *International Journal of Health Services*, 31, 3: 507-536.
- Rahkonen, Ossi, et al., 1997, Past or Present? Childhood Living Conditions and Current Socioeconomic Status as Determinants of Adult Health, *Social Science & Medicine*, 44, 3: 327-336.
- Robert, Stephanie A., 1999, Socioeconomic Position and Health: The Independent Contribution of Community Socioeconomic Context, *Annual Review of Sociology*, 25, 489-516.
- Roberts, Helen, 1997, Socioeconomic Determinants of Health: Children, Inequalities, and Health, *British Medical Journal*, 314, 7087: 1122.

- Roy, J.-P., 2004, Socioeconomic status and health: a neurobiological perspective, *Medical Hypotheses*, 62, 222-227.
- 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.
- Spiegel Jerry M., et al., 2004, Understanding "Globalization" as a Determinant of Health Determinants, *International Journal of Occupational and Environmental Health*, Oct-Dec-2004: 360-367.
- Statistique Canada. (2003). "Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Enrichissement de données sur la santé au Canada." from [http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cchsinfo\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cchsinfo_f.htm).
- Syme, Leonard S., 1998, Social and Economic Disparities in Health: Thoughts About Intervention, *The Milbank Quarterly*, 76, 3: 493-505.
- Wadsworth, M. E. J., 1991, *The Imprint of Time. Childhood, History, and Adult Life*, Oxford, Clarendon Press.
- Wilkinson, R. G. et Kate E. Pickett, 2006, Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence, *Social Science & Medicine*, 62, 7: 1768-1764.
- Wilkinson, Richard G., 1996, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London, Routledge.
- Yen, I. H. et Leonard S. Syme, 1999, The Social Environment and Health: A Discussion of the Epidemiologic Literature, *Annual Review of Public Health*, 20, 287-308.



**ANNEXE 1 :**  
**PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES**



## PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Pour atteindre les objectifs fixés, quatre étapes de réalisation ont été complétées : La validation, la collecte et l'exploitation des données secondaires; une enquête par questionnaire; une enquête par entretien; la rédaction de trois monographies et une analyse transversale.

La première étape a permis d'exploiter de façon fine les données de santé pour chacun des territoires présélectionnés : à l'issue d'une analyse approfondie des données de mortalité et d'hospitalisation, nous avons pu valider la pertinence de retenir trois territoires relativement vastes, compte tenu de leurs caractéristiques socioéconomiques différentes ou similaires et de leur portrait de santé contrastés. Ensuite, dans chaque territoire, une collecte de données descriptives a été réalisée afin de recueillir des informations sur les milieux de travail, les milieux d'éducation et les milieux locaux ainsi que sur les dynamiques sociales, économiques et géographiques. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur les données issues du recensement 2001 de Statistique Canada et de différentes banques de données administratives des organismes publics sectoriels ou territoriaux de différents paliers gouvernementaux dont : ministère de la Santé et des Services sociaux - Registre des décès, Med-Echo, Régie de l'assurance-maladie du Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, CLSC, ministère de l'Éducation, ministère de l'Environnement, Emploi Québec, commissions scolaires, Ville de Québec, Communauté urbaine de Québec, MRC, services de police.

Des enquêtes ont été menées auprès d'informateurs clés sur les services à la petite enfance et le système éducatif, l'emploi et la santé mentale. Celles-ci l'ont été par entrevues téléphoniques concernant les ressources de garde et les ressources scolaires, et en entrevues en face à face pour ce qui avait trait à la situation et la dynamique de l'emploi, aux services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et à l'expérience de leur entourage. Cette collecte de données s'est déroulée d'avril à juillet 2003. Le matériel recueilli a été traité de façon quantitative et qualitative et nous a permis de produire un portrait des ressources et de la dynamique du milieu.

Enfin, une approche originale a été développée afin de procéder à une délimitation d'unités de voisinage dans chacun des trois territoires qui tient compte des dimensions économiques, sociales, politiques et culturelles de ces espaces géographiques. Cette délimitation s'est appuyée sur une étude de type historique des différents découpages territoriaux, une étude de type statistique de la répartition de la population selon deux indices de défavorisation (matérielle et sociale) et sur le concours d'acteurs locaux clés qui, à partir de leurs connaissances et à l'aide de cartes (géo-référençant des données physiques, historiques ou socioéconomique) ont proposé un découpage territorial selon leurs perceptions des dynamiques et des espaces vécus par la population (Lebel et al. 2007).

La seconde étape avait pour objet la réalisation d'une enquête par entrevues téléphoniques auprès de la population de 18 ans et plus des trois territoires, ceci afin de dresser un portrait détaillé et synthétique des populations de chacun des territoires ciblés et d'explorer les interactions entre les différents déterminants sociaux et le rôle joué par les milieux du travail,

local et familial dans la santé des populations. La taille de l'échantillon a été fixée à 1800, soit 600 par territoire, afin d'atteindre un niveau de précision statistique acceptable. Le questionnaire a été élaboré pour recueillir des données sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques (sexe, âge, éducation, revenu, logement, ménage), sur la santé et la relation à la santé (perception de l'état de santé, limitation et incapacités, consommation de médicaments, sentiment de contrôle, état émotionnel, habitudes de vie, recours aux services de santé ou sociaux) ainsi que sur les positions et les relations des personnes au sein de leur milieu local, de leur milieu de travail ou de leur milieu familial.

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. Il a été élaboré à partir de questions validées tirées de différentes enquêtes. Afin de permettre une analyse plus fine mais aussi plus étendue des résultats, la grande majorité des questions ont été reprises d'instruments déjà utilisés lors d'enquêtes populationnelles effectuées au Québec ou au Canada (ESS, ESCC, ELDEQ) ou d'enquêtes européennes s'inscrivant dans la même perspective de recherche incluant quelques questions sur la perception des problèmes sociaux et la cohésion sociale des voisinages tirées de l'étude écossaise de Macintyre et ses collègues<sup>a</sup> (voir annexe 2). Dix questions ouvertes ont permis de recueillir des informations de nature géographique (lieu du travail, dénomination du voisinage, adresses des commerces et épiceries fréquentés régulièrement) ainsi que des données sur la profession et le secteur d'activité et le type de problème émotionnel ou de santé mentale associé à la consultation d'un professionnel de la santé. Une attention particulière a été apportée à l'adaptation des questions développées à l'aide d'autres instruments d'enquête (entrevue en face à face, questionnaire auto administré) ou dans d'autres cultures et sociétés (culture européenne, milieux de forte densité urbaine, etc.), ceci afin de tenir compte du contexte propre à l'entrevue téléphonique et à la réalité spécifique des territoires étudiés. Les connaissances acquises par l'enquête terrain et la collaboration du comité conseil ont été aussi précieuses dans ce travail d'élaboration et de conception. L'un des défis, non des moindres, a été d'effectuer une sélection parmi nos dimensions d'analyse pour parvenir à une durée acceptable d'entrevue (celle-ci ne pouvant pas dépasser 40 minutes). Nous avons aussi sélectionné en priorité les questions s'adressant à l'ensemble de la population et non à un sous-groupe particulier et celles pouvant mettre à jour des différenciations significatives dans la population des trois territoires que cela soit sur le plan socioéconomique mais aussi de la santé, du travail, du milieu familial ou du milieu local. Parmi les difficultés d'opérationnalisation, mentionnons également la notion fortement polysémique de « neighbourhood » ou d'unités de voisinage dont nous devons arrêter une définition pour qualifier le rapport des membres des populations étudiées à leur milieu de vie.

Après validation du questionnaire par un comité d'experts, l'administration de la collecte a été confiée à une firme de sondage qui a réalisé 1800 entrevues (600 par territoire) du 17 février au 24 mars 2004. Le suivi étroit du déroulement de l'enquête par l'équipe de recherche a participé à la qualité de la collecte. Signalons que la durée des entrevues a été en moyenne de 30 minutes, avec un taux de réponse net pour Saint-Louis de 62 %, pour

---

<sup>a</sup> Avec l'autorisation de l'équipe de recherche de Glasgow.

Banville de 68,4 % et pour Verdiers de 74,9 % et un taux de refus de 16,8 % à Saint-Louis, de 12,3 % à Banville et de 10,4 % à Verdiers. Après correction de la base de sondage; 558 questionnaires ont été validés à Saint-Louis, 608 à Banville et 645 à Verdiers. L'analyse effectuée, de type descriptif et étiologique, a permis d'étayer les convergences et divergences des sites observées et de mieux cerner l'influence des déterminants sociaux et leur interaction sur la santé des populations.

Afin de veiller à la représentativité de notre échantillon, une pondération a été appliquée dans le traitement des résultats. La pondération a été établie en fonction de la probabilité de sélection des unités répondantes (unité : ménage et pondération selon la taille du ménage) et d'une post-stratification (selon l'âge, le sexe, et le statut de propriétaire ou locataire). Pour l'analyse et le traitement statistique des données, nous avons eu recours aux logiciels SPSS et SAS ainsi que pour la codification des questions ouvertes à un logiciel de gestion de base de données (Access).

Pour le traitement des indices, nous avons référé aux guides méthodologiques d'enquêtes populationnelles de référence (ESCC, ESS 98, etc.), sauf pour ceux traitant des problèmes dans le milieu de vie et de la cohésion sociale; pour ces indices nous avons développé notre propre grille de codification et d'analyse.

À la fin de l'entrevue téléphonique, nous demandions aux répondantes et répondants de nous préciser si ils ou elles acceptaient de nous rencontrer pour une entrevue en face à face afin de nous permettre d'approfondir certaines dimensions abordées. Au total, 419 personnes se sont portées volontaires pour cette troisième étape de collecte de données empiriques, dont 122 à Saint-Louis (29 %), 140 à Banville (34,2 %) et 122 (29,1 %) à Verdiers. À partir de cette liste de volontaires, nous avons construit notre échantillon sur la base des informations suivantes : durée de résidence, état de santé, statut familial, occupation, sexe et âge. Entre février et mai 2005, nous avons effectué 45 entrevues, soit 15 par territoire. Ces entrevues ont eu lieu dans l'endroit choisi par les participantes et participants (en général, il s'agissait de leur domicile). Celles-ci ont été enregistrées et ont duré en moyenne 88 minutes. La question suivante initiait l'entrevue : « Pouvez-vous me raconter comment vous en êtes arrivée ou arrivé à vivre ici? » Le guide d'entretien était conçu de façon à les amener à parler de leur milieu de vie local, de leur famille et de leur environnement de travail. Le matériel a ensuite été transcrit et les verbatims ont été analysés à l'aide du logiciel N-vivo.

La rédaction de trois monographies et d'un document présentant une comparaison entre les trois territoires a permis d'intégrer cet ensemble d'informations.



**ANNEXE 2 :**

**QUESTIONS COMPOSANT L'INDICE SENTIMENT DE CONTRÔLE**





## QUESTIONS COMPOSANT L'INDICE SENTIMENT DE CONTRÔLE

Ces questions proviennent de l'ENSP 2000 et ESCC cycle 1.1 et 2.1 MS\_Q601 à 607

ENSP = Enquête nationale sur la santé de la population

ESCC = Enquête sur la santé des collectivités canadiennes

---

Je vais maintenant utiliser une série d'énoncés que les gens peuvent utiliser pour se décrire. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait en accord, plutôt en accord, ni en accord ni en désaccord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord.

Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive

Tout à fait en accord.....	5
Plutôt en accord .....	4
Ni en accord ni en désaccord.....	3
Plutôt en désaccord.....	2
Tout à fait en désaccord.....	1
NSP .....	6
Refus.....	7

Vous ne pouvez rien faire pour résoudre certains de vos problèmes

Tout à fait en accord.....	5
Plutôt en accord .....	4
Ni en accord ni en désaccord.....	3
Plutôt en désaccord.....	2
Tout à fait en désaccord.....	1
NSP .....	6
Refus.....	7

Vous ne pouvez pas faire grand-chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie

Tout à fait en accord.....	5
Plutôt en accord .....	4
Ni en accord ni en désaccord.....	3
Plutôt en désaccord.....	2
Tout à fait en désaccord.....	1
NSP .....	6
Refus.....	7

Vous vous sentez souvent impuissante ou impuissant face aux problèmes de la vie

Tout à fait en accord.....	5
Plutôt en accord .....	4
Ni en accord ni en désaccord.....	3
Plutôt en désaccord.....	2
Tout à fait en désaccord.....	1
NSP .....	6
Refus.....	7

Vous trouvez parfois que vous vous faites malmener dans la vie	
Tout à fait en accord .....	5
Plutôt en accord .....	4
Ni en accord ni en désaccord .....	3
Plutôt en désaccord .....	2
Tout à fait en désaccord .....	1
NSP .....	6
Refus .....	7
Ce que votre avenir renferme dépend de vous-même	
Tout à fait en accord .....	5
Plutôt en accord .....	4
Ni en accord ni en désaccord .....	3
Plutôt en désaccord .....	2
Tout à fait en désaccord .....	1
NSP .....	6
Refus .....	7
Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire	
Tout à fait en accord .....	5
Plutôt en accord .....	4
Ni en accord ni en désaccord .....	3
Plutôt en désaccord .....	2
Tout à fait en désaccord .....	1
NSP .....	6
Refus .....	7

**ANNEXE 3 :**

**ÉCARTS D'ÂGE À L'ENTRÉE DES CYCLES DU PRIMAIRE ENTRE  
LES TERRITOIRES ÉTUDIÉS**



## ÉCARTS D'ÂGE À L'ENTRÉE DES CYCLES DU PRIMAIRE ENTRE LES TERRITOIRES ÉTUDIÉS

Selon les données du ministère de l'Éducation, en 2001-2002<sup>a</sup> :

- À l'entrée du primaire : à Saint-Louis, dans 3 écoles sur 7<sup>b</sup>, plus de 97 % des enfants n'ont pas de retard scolaire (élèves qui ont 6 ans et moins) alors que c'est le cas dans 14 sur 15 écoles à Banville et de 8 sur 9 écoles à Verdiers;
- À l'entrée du 3e cycle au primaire, c'est-à-dire au début de la 5e année : à Saint-Louis dans 2 écoles sur 8, plus de 85 % des élèves n'ont pas de retard scolaire, et dans 3 écoles sur 8, plus de 80 % des élèves n'en ont pas non plus (enfants de 10 ans et moins). À Banville, les proportions sont respectivement de 8 écoles sur 12 et 10 écoles sur 12. À Verdiers, la situation est similaire avec 10 écoles sur 12 et 8 écoles sur 11;
- À la sortie du primaire : À Saint-Louis, dans 2 écoles sur 8 à Saint-Louis, plus de 80 % des élèves n'ont pas de retard scolaire (élèves de 12 ans et moins) comparativement à 7 sur 11 à Banville et à 10 sur 11 à Verdiers.

---

<sup>a</sup> Ici, le concept de retard scolaire réfère au retard évalué selon l'âge des enfants et non pas selon la mesure de leurs capacités d'apprentissage.

<sup>b</sup> Nous ne disposons pas de données pour toutes les écoles de Saint-Louis; pour des raisons de validité, le ministère de l'Éducation ne fournit pas de statistiques pour les écoles ayant un trop petit nombre d'élèves.



**ANNEXE 4 :**

**COMPOSITION DE L'INDICE  
DE COHÉSION SOCIALE**





## COMPOSITION DE L'INDICE DE COHÉSION SOCIALE<sup>a</sup>

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 attachée ou attaché 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'en 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 loyale ou loyal vis-à-vis des résidents de mon milieu local;
6. Je serais prête ou prêt 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.

---

<sup>a</sup> Nous avons utilisé plusieurs questions provenant de l'évaluation de l'échelle des problèmes sociaux produite par l'équipe de Sally Macintyre oeuvrant en Écosse. Nous avons communiqué avec cette équipe et obtenu l'autorisation pour ce faire.

