

**Le social-communautaire
comme prisme révélateur des inégalités de santé :
au-delà du débat composition versus contexte.**

Présentation par
Louise Potvin, Ph.D.

19 février 2002



Groupe de recherche
Interdisciplinaire en santé
Approches communautaires et
Inégalités de santé
FCRSS/IRSC

Ce court texte examine comment les aspects socio-communautaires associés aux milieux de résidence des individus peuvent devenir une lentille pour l'examen des inégalités sociales de la santé. Cependant, nous suggérons que pour révéler les trajectoires par lesquelles les milieux de vie façonnent la santé des populations, il est nécessaire de transcender le débat actuel qui oppose les effets de composition et de contexte pour expliquer l'agrégation des résultats de santé.

Les premières recherches

Deux études ont produit des résultats qui ont fondé les premières hypothèses quant au rôle des milieux socio-communautaires dans la production de la santé des populations. La plus ancienne, l'étude de Roseto consiste en un suivi de 60 ans de la mortalité de cette petite ville italienne de la Pennsylvanie et de la ville voisine Banghor. Les résultats semblent montrer que le haut degré de cohésion sociale qui caractérisait la ville de Roseto jusque dans les années 1960 était associé à un déficit de mortalité par maladie cardio-vasculaire (MCV) et ce malgré des prévalences équivalentes de facteurs de risque tels que : tabac, services de santé et consommation de gras alimentaire (1-2). L'intérêt principal de cette étude tient au fait que sur la base du déficit de mortalité observé au début des années 1960, conjuguée à l'américanisation du style de vie des habitants de Roseto, les chercheurs ont prédit dès ce moment, une dégradation de la cohésion sociale et une augmentation de la mortalité par MCV (2). La poursuite du suivi de mortalité jusque dans les années 1980 montre, en effet, qu'à partir de 1970 la mortalité par MCV à Roseto devient équivalente à celle de Banghor et rejoint les taux nationaux (1), alors que depuis les années 70, les habitants de Roseto se mariaient plus souvent à l'extérieur de la communauté, qu'ils participaient moins intensément à la vie associative locale et que les signes extérieurs de richesse étaient plus apparents (3). Cette étude est souvent citée pour illustrer

qu'au-delà des facteurs de risque individuels, les aspects collectifs de l'organisation de la vie façonnent certains phénomènes de santé (4).

En Angleterre, une sociologue Mildred Blaxter analysait les données d'une vaste enquête nationale de santé et démontrait qu'au niveau individuel, la relation entre la présence de facteurs de risque et l'état de santé était modifiée par les caractéristiques des milieux de vie. Dans son livre *Health and Lifestyles*, Blaxter (5) montre que les gains de santé associés à la pratique d'habitudes de vie saines seraient plus importants pour les personnes qui vivent dans des milieux plus favorisés.

Ces deux études ont contribué au développement d'un champ de recherche qui a pris de l'ampleur depuis et qui consiste à examiner le rôle des caractéristiques des milieux de vie, ou lieux de résidence, pour la santé des populations. De telles associations ont été montrées pour des phénomènes aussi divers que : la consommation et l'initiation au tabac(6-8), les comportements à risque des adolescents (9-11), la mortalité générale (12), la santé perçue (13) et les maladies cardio-vasculaires (14-15), suggérant ainsi que les milieux de vie varient selon une dimension de « salutogénèse » pour reprendre l'expression d'Antonovsky (16).

Effets de composition et de contexte

Une des premières questions soulevées par ces résultats est la distinction entre des effets de composition et des effets de contexte (17-18). On entend par effets de composition l'attribution de l'agrégation géographique des phénomènes de santé aux caractéristiques individuelles des gens qui vivent dans ces territoires géographiques. Les personnes qui vivent sur un même territoire ont tendance à partager les mêmes caractéristiques socio-démographiques. Dans la mesure où ces caractéristiques sont aussi associées à des résultats de santé, alors l'association entre la santé et les milieux de vie serait expliquée par la composition de ces

milieux (6-7,15). Les caractéristiques compositionnelles d'un territoire consistent en l'agrégation de caractéristiques individuelles : pourcentage de personnes à la retraite, pourcentage de familles monoparentales, taux de chômage chez les 19-24 ans, revenu médian des ménages (19).

D'autre part, on parle d'effets de contexte lorsque l'on attribue l'agrégation géographique des résultats de santé à des caractéristiques écologiques des milieux (19). En ce sens, les milieux seraient caractérisés par des attributs qui transcendent les caractéristiques des individus qui y vivent et qui affectent leur santé. La sociologue Sally Macintyre, qui étudie depuis une dizaine d'années quatre quartiers de la ville de Glasgow en Écosse (20-22), utilise l'expression « structure d'opportunité » pour décrire ces attributs des milieux de vie qui promeuvent ou endommagent la santé (23). Trois familles d'attributs constituent cette « structure d'opportunité ».

Premiers de ces attributs, les caractéristiques de l'environnement physique (climat, qualité des approvisionnements en eau; pollution locale) produisent une certaine agrégation des phénomènes de santé (24)(ex : l'épidémie de *e. coli* à Walkerton en Ontario à l'été 2000). Deuxièmes attributs, les configurations locales des ressources qui promeuvent ou endommagent la santé. En plus des ressources locales en soins et en services médicaux, des développements récents en santé communautaire identifient une diversité de ressources communautaires, accessibles aux citoyens à travers des agents sociaux de tous types, comme étant associées à la santé des résidents de ces communautés (25). La qualité du parc de logements et de la nourriture disponible, l'accessibilité pour les jeunes au tabac, la concentration et l'aménagement des espaces verts, la présence et la nature d'équipements sportifs font partie de ces ressources communautaires « porteuses » ou non de santé. Nos travaux semblent montrer que les configurations locales de ce type de ressources sont associées à certaines caractéristiques

compositionnelles (26). On a montré par exemple que dans les quartiers défavorisés de Montréal, la concentration d'épiceries à grande surface qui offrent des produits plus diversifiés (incluant des produits moins riches en gras, des fruits et des légumes frais) et à moindre coût, est moins grande que dans les quartiers plus favorisés (27). Dans la même veine, Macintyre et son équipe ont trouvé que l'accessibilité au transport en commun est plus élevée dans les quartiers plus riches de Glasgow (23). La dernière famille de caractéristiques contextuelles est liée à l'organisation locale de la vie sociale, aux configurations de relations entre les divers agents sociaux et à la distribution locale du pouvoir, tout ce qui forme en somme, le tissu social. La littérature récente déborde d'études menées au Canada, aux États-unis et au Royaume-uni qui montrent que les variations locales dans la nature de ce tissu social telles que saisies par des notions de « capital social », « cohésion sociale », « participation communautaire » (28) et la discrimination sous toutes ces formes (29-30), sont associées à la santé des populations locales.

Capter les dynamiques locales de production de la santé

Il existe à l'heure actuelle en santé publique un débat très animé sur les proportions respectives à attribuer aux effets de composition et de contexte dans les phénomènes d'agrégation des phénomènes de santé (23,31). Nous sommes d'avis qu'il s'agit-là d'un faux débat qui distrait des enjeux importants. Comme le montre éloquemment la littérature contemporaine sur l'urbanisme, la construction des espaces urbains reflète l'activité socio-économique et les valeurs contingentes à des populations et des moments donnés. Les notions d'espace, population et temps ne sont pas dissociables (32-33). La structure d'opportunité observable à un moment donné, dans un territoire donné, est donc fortement associée à sa composition. Les gens qui habitent un espace, le façonnent et le rendent plus approprié pour satisfaire une gamme étendue de leurs besoins, autant physiques qu'esthétiques. De plus, cette

structure d'opportunité, tout comme la composition de la population, sont le produit d'une évolution historique. Les phénomènes de migration à l'intérieur et entre les villes, nous apprennent les démographes, se produisent selon des configurations précises.

Ainsi donc, l'étude de la production locale de la santé doit prendre en compte les caractéristiques des populations locales, la façon dont ces populations façonnent leur territoire pour créer des environnements physiques, des configurations de ressources et un tissu social qui répondent à leurs besoins et à leurs valeurs, et comment ces environnements physiques, ces ressources et ce tissu social, à leur tour, produisent de la santé. C'est à cette condition que l'on échappe à une vision biologisante et individualisante de la santé telle qu'illustrée par la centration du débat sur les effets de composition ou à une vision déterministe et relevant de l'ingénierie sociale qui représente le principal danger d'un accent exclusif sur les effets de contexte. A cet effet, Katherine Frohlich a développé la notion de « collective lifestyle » pour rendre compte de cette dynamique entre « l'agency », c'est à dire la capacité du sujet à se positionner activement dans la structure, et la structure sociale et de son rôle dans la production locale de la santé (34).

RÉFÉRENCES

1. Egolf, B., Lasker, J. N., Wolf, S., & Potvin, L. (1992). The Roseto effect: A 50-year comparison of mortality rates. *American Journal of Public Health, 82*, 1089-1092.
2. Stout, C., Morrow, J., Brandt, E. N., & Wolf, S. (1964). Unusually low incidence of death from myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association, 188*, 845-849.
3. Lasker, J. N., Egolf, B. P., & Wolf, S. (1994). Community social change and mortality. *Social Science & Medicine, 39*, 53-62.
4. Patrick, D. L., & Wickiser, T. M. (1995). Community and health. In B. C. Amick III, S. Levine, A. R. Tarlov, & D. Chapman Walsh, (Eds.), *Society and health* (pp.46-92). New York, NY: Oxford University Press.
5. Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyle*. London UK: Routledge.
6. Duncan, C., Jones, K., & Moon, G. (1996). Health-related behaviour in context: A multilevel modelling approach. *Social Science & Medicine, 37*, 725-733.
7. Duncan, C., Jones, K., & Moon, G. (1999). Smoking and deprivation: Are there neighbourhood effects? *Social Science & Medicine, 48*, 497-505.
8. Frohlich, K. L. (2000). *The collective lifestyles framework: A contextual analysis of social practices, social structure and disease*. Thèse de Doctorat. Montréal: Les cahiers du GRIS, T00-02.
9. Ennet, S. T., Flewelling, R. L., Lindrooth, R. C., & Norton, E. C. (1997). School and neighbourhood characteristics with school rates of alcohol, cigarette, and marijuana use. *Journal of Health and Social Behavior, 38*, 55-71.
10. Karnoven, S., & Rimpala, A. H. (1996). Socio-regional context as a determinant of adolescents' health behaviour in Finland. *Social Science & Medicine, 43*, 1467-1474.
11. Karnoven, S., & Rimpala, A. H. (1997). Urban small area variation in adolescents' health behaviour. *Social Science & Medicine, 45*, 1089-1098.
12. Yen, I., & Kaplan, G. A. (1999). Neighbourhood social environment and risk of death: Multilvel evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology, 149*, 898-907.
13. Malmstrom, M., Sundquist, J., & Johansson, S-E. (1999). Neighborhood environment and self-reported health status: A multilevel analysis. *American Journal of Public Health 89*, 1181-1186.
14. Sundquist, J., Malmstrom, M., & Johansson, S-E. (1999). Cardiovascular risk factors and the neighbourhood environment: A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology, 28*, 841-845.
15. Diez-Roux, A. V., Link, B. G., & Northridge, M. E. (2000). A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular risk factors. *Social Science & Medicine, 50*, 673-687.
16. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*, 11-18.
17. Macintyre, S., MacIver, S., & Sooman, A. (1993). Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy, 22*, 213-234.

18. Shouls, S., Congdon, P., & Curtis, S. (1996). Modelling inequality in reported long term illness in the UK: Combining individual and area characteristics. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 366-376.
19. Cheadle, A., Wagner, E., Koepsell, T., Kristal, A., & Patrick., D. (1992). Environmental indicators. A tool for evaluating community-based health promotion programs. *American Journal of Preventive Medicine*, 8, 345-350.
20. Ellaway, A., & Macintyre, S. (1996). Does where you live predict health related behaviours?: A case study in Glasgow. *Health Bulletin*, 54, 443-446.
21. Sooman, A., & Macintyre, S. (1995). Health and perceptions of the local environment in socially contrasted neighbourhoods in Glasgow. *Health and Place*, 1, 27-40.
22. Macintyre, S. (2000). The social patterning of exercise behaviours: The role of personal and local resources. *British Journal of Sports Medicine*, 34, 6.
23. Macintyre, S., & Ellaway, A. (2000). Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment. In Berkman, L. F. & Kawachi, I. (Ed.), *Social epidemiology* (pp. 332-348). New York: Oxford University Press.
24. Draper, P. (1991). *Health through public policy. The greening of public health*. London UK: Green Print.
25. Green, L. W., & Ottoson, J. M. (1994). *Community health (7th edition)*. Chicago: Mosby.
26. Frohlich, K. L., Potvin, L., Chabot, P., & Corin, H. (sous presse). A theoretical and empirical analysis of context: Neighbourhoods, smoking and youth. *Social Science and Medicine*.
27. Groupe des partenaires pour le développement de la sécurité alimentaire sur l'Île de Montréal(2000). *Des gestes plus grands que la panse*. Dossiers thématiques. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre : fichiers téléchargeables format pdf : www.sante-pubmtl.qc.ca/Nutrition/securite/dossier.html
28. Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2000). Social cohesion, social capital, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi, (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 174-190). New York: Oxford University Press.
29. Krieger, N. (2000). Discrimination and health. In Berkman, L. F., & Kawachi, I. (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 36-75). New York: Oxford University Press.
30. Krieger, N., Rowley, D., Hermann, A. A., Avery, B., & Phillips, M. T. (1993). Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well being. *American Journal of Preventive Medicine*, 9, suppl 6, 82-122.
31. Duncan C., Jones K., & Moon G. (1998) Context, composition and heterogeneity: Using multilevel models in health research. *Social Science & Medicine* 46: 97-117.
32. Soja, E. W. (2000). *Postmetropolis. Critical studies of cities and regions*. Oxford, UK: Blackwell.
33. Castells, M. (1989). *The informational city. Information technology, economic restructuring, and the urban-regional process.*_ Oxford UK: Basil Blackwell.
34. Frohlich, K. L., Corin, E., & Potvin, L. (2001) A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health and Illness*, 23, 776-797.