



Université de Montréal

## **Inégalités en santé et vie de quartier :**

le sentiment d'appartenance comme déterminant de la santé chez des  
femmes vivant dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve

par

Karine Salomon

Département d'anthropologie

Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et Sciences  
en vue de l'obtention du grade de maîtrise scientifique  
en anthropologie

Mai, 2014

©Karine Salomon, 2014

## **Résumé**

Ce mémoire s'inscrit dans un contexte où les inégalités sociales ne cessent d'augmenter. Dans les sociétés occidentales, le fossé entre les riches et les pauvres se creuse de plus en plus et celui-ci influence les inégalités de santé. À Montréal, il existe un écart d'espérance de vie de plus de dix ans entre les résidents des quartiers les plus riches et ceux des plus pauvres. Ce mémoire se penche sur ce phénomène en s'attardant aux liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance des résidentes d'Hochelaga-Maisonneuve. À travers l'analyse d'un corpus de données recueillies par une recension des écrits, par des entretiens semi-dirigés ainsi que par des séances d'observations participantes, des pistes de réflexion à ce sujet s'en dégagent. Après avoir exposé une recension des écrits brossant les principaux concepts utilisés dans ce mémoire, ainsi qu'un cadre méthodologique décrivant la cueillette de données et le contexte de l'étude, la perception qu'ont les répondantes de leur santé, ainsi que les facteurs y contribuant sont adressés. Les inégalités de santé étant comprises au-delà de leur aspect individuel, ce projet met de l'avant l'importance des environnements physique et social ainsi que des dynamiques d'inclusion et d'exclusion sur la création de celles-ci.

**Mots-clés :** santé, sentiment d'appartenance, liens sociaux, inégalités de santé, exclusion sociale, gentrification

## **Abstract**

This thesis was conducted amidst a context of growing social inequalities. In our western societies the gap between rich and poor is widening which influence health inequalities. In Montreal, there is a ten year gap in life expectancy between rich and poor. This thesis is linking health inequalities with a sense of belonging of women living in Hochelaga-Maisonneuve, an area of Montreal. Through datas, gathered by litterature review, interviews and participant observation, we opened up areas to think about our theme. First of all, we write a literature review which describes the basic concepts as health, sense of belongings and social inclusion or exclusion, of this project. The methodology is explained through data collection and the context of the study. After, health is studied through women's perception and factors which are contributing to it. The fourth chapter is studying the impact of physical and social environment on health. Finally, social exclusions are linked with health inequalities. Consequently, this project is not only understanding health inequalities by their individual aspects.

**Keywords :** health, sense of belonging, social ties, health inequalities, social exclusion, gentrification

## **Table des matières**

<b>Résumé</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>iii</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Chapitre 1 : Recension des écrits</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1. La santé</b> .....	<b>5</b>
1.1.1. Définition de la santé : au-delà d'une composante individuelle.....	5
1.1.2. Les déterminants sociaux de la santé : les écrits .....	7
1.1.3. Les inégalités de santé : reflet des inégalités sociales ? .....	9
<b>1.2. Se sentir appartenir</b> .....	<b>12</b>
1.2.1. Le quartier et la gentrification .....	14
1.2.2. Les liens sociaux.....	16
<b>1.3. L'inclusion et l'exclusion : un processus dynamique</b> .....	<b>17</b>
1.3.1. L'exclusion sociale.....	18
1.3.2. Les identités.....	21
1.3.3. La pauvreté.....	24
1.3.4. La vulnérabilité.....	26
<b>1.4. Conclusions</b> .....	<b>29</b>
<b>Chapitre 2 : Cadre méthodologique</b> .....	<b>31</b>
<b>2.1. La cueillette des données</b> .....	<b>31</b>
<b>2.2. Analyse des données</b> .....	<b>33</b>
<b>2.3. Le contexte de l'étude</b> .....	<b>35</b>
2.3.1. Le quartier : Hochelaga-Maisonneuve.....	35
2.3.2. Les répondantes.....	38
<b>2.4. Biais méthodologiques</b> .....	<b>41</b>
<b>2.5. Aspects éthiques</b> .....	<b>42</b>
<b>2.6. Conclusions</b> .....	<b>42</b>
<b>Chapitre 3: La santé</b> .....	<b>44</b>
<b>3. 1. La santé</b> .....	<b>45</b>
3.1. 1. Définition de la santé .....	45
3.1.2. Perception de la santé .....	47
<b>3.2. Facteurs contribuant à la santé</b> .....	<b>51</b>
3.2.1. Déterminants sociaux de la santé .....	51
3.2.2. Discours de la santé publique .....	55
<b>3.3. Les organismes de santé et de services sociaux</b> .....	<b>57</b>
3.3.1. Les soins de santé.....	58
3.3.2. Perception des organismes communautaires de santé et de services sociaux.....	61
3.3.3. Mobilisation des ressources présentes dans le milieu .....	64
<b>3.4. Conclusions</b> .....	<b>66</b>
<b>Chapitre 4 : Environnements et santé</b> .....	<b>68</b>
<b>4.1. Environnement physique : le quartier</b> .....	<b>70</b>
4.1.1. Perception du quartier .....	71

4.1.2. Gentrification.....	76
4.1.3. Appartenance au quartier.....	81
<b>4.2. Environnement social : les liens sociaux .....</b>	<b>84</b>
4.2.1. Le capital social .....	85
4.2.2. Les liens sociaux.....	87
<b>4.3. Conclusions .....</b>	<b>93</b>
<b>Chapitre 5 : Exclusions et santé .....</b>	<b>95</b>
<b>5.1. Dynamiques d'exclusions.....</b>	<b>95</b>
5.1.1. Requestionnement des normes.....	96
5.1.2. Exclusion de la ville .....	98
5.1.3. Exclusion du monde du travail .....	105
5.1.4. Exclusion du système de santé .....	112
<b>5.2. Stigmatisation .....</b>	<b>115</b>
5.2.1. Préjugés .....	115
5.2.2. Pauvreté.....	118
<b>5.3. Conclusions .....</b>	<b>123</b>
<b>Conclusion : Et les inégalités de santé ?.....</b>	<b>124</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>129</b>
<b>Annexe 1 .....</b>	<b>iv</b>

## **Introduction**

Ce projet de maîtrise a commencé à germer, en 2011, quand j'écoutais la série documentaire, diffusée à Radio-Canada, "Naufragés des villes (<http://naufrages.radio-canada.ca/>). En mettant en scène deux individus devant vivre de l'aide financière gouvernementale<sup>1</sup>, ce documentaire traitait de différents sujets liés à la pauvreté, dont les inégalités de santé. À partir de cet instant, j'ai commencé à me questionner sur ce qui expliquait l'écart d'espérance de vie, à Montréal, entre les individus vivant dans les quartiers les plus riches et ceux résidants dans les plus pauvres. Les explications individualistes de la santé publique, liées principalement aux habitudes de vie, ne me satisfaisant pas, j'ai décidé de pousser plus loin mes questionnements et d'en faire un projet de recherche dans le cadre de ma maîtrise en anthropologie de la santé. Dans le contexte québécois de restrictions budgétaires concernant le financement des services sociaux et de santé, ainsi que les aides financières gouvernementales (Couturier et Shepper, 2006), il était d'autant plus intéressant d'aller plus loin en ce qui a trait aux questionnements concernant les inégalités de santé. L'accentuation progressive, au cours des trente dernières années, de l'écart de salaire entre les riches et les pauvres, au Québec (Couturier et Shepper, 2006), a aussi été un élément déterminant dans l'orientation qu'allait prendre mon mémoire sur les inégalités de santé. À travers cet écrit, je vise explorer les liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance au quartier de femmes vivant dans le quartier montréalais d'Hochelaga-Maisonneuve.

Pour ce faire, le premier chapitre présente la problématique générale et explicite les notions centrales à l'objet d'étude, comme la santé, les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé. En lien avec le sentiment d'appartenance, le quartier, la gentrification et les liens sociaux sont abordés. Ce chapitre se termine sur les dynamiques d'inclusion et d'exclusion. Le deuxième chapitre, quant à lui, présente le cadre méthodologique de l'étude en faisant d'abord état des méthodes de collecte et d'analyses de données. Ensuite, le contexte de

---

<sup>1</sup> Aussi appelée aide de dernier recours, le gouvernement québécois assure un revenu minimal garanti pour tous.

l'étude est élaboré par une description du quartier et des onze répondantes. Cette section se conclut par les biais méthodologiques et les aspects éthiques.

Dans le troisième chapitre, les données empiriques concernant la santé des répondantes sont exposées et analysées. Celles-ci permettent de mettre en lumière divers éléments tels que la polysémie du concept de santé. Les diverses définitions que les femmes lui donnent sont axées sur l'individuel plutôt que sur le collectif et elles se rapprochent davantage du discours de l'OMS (1984) que de celui des sciences sociales. Globalement, nos répondantes se considèrent en santé. Elles distinguent la santé physique de la santé mentale, même si elles en reconnaissent leur interinfluence. Qui plus est, les termes utilisés pour parler de maladies physiques sont beaucoup plus précis que ceux servant à qualifier des maladies liées à la santé mentale et ceci peut être dû au contexte et au phénomène de désirabilité sociale. En lien avec les déterminants sociaux de la santé, pour les femmes interviewées, les liens sociaux ont une influence positive sur celle-ci. Même si elles reconnaissent vivre un stress secondairement à leur pauvreté économique, elles ne le lient pas à la santé. Les entretiens permettent de comprendre que les répondantes femmes connaissent les fondements théoriques du discours de la santé publique. Alors que certaines l'incorporent, d'autres adoptent un discours de résistance à son égard. En ce qui à trait aux organismes de santé et de services sociaux, elles ont une opinion positive à leur égard contrairement à leur opinion du système de soins qui est plutôt négative. Elles vivent un manque de confiance envers celui-ci et dénotent un manque de continuité dans les services. Les femmes connaissent les organismes du quartier et savent qu'elles doivent se mobiliser pour y avoir accès. Finalement, puisque les inégalités de santé vont au-delà de la méconnaissance des services, les prochains chapitres poussent plus loin la réflexion sur celles-ci en abordant les environnements et les dynamiques d'exclusion et d'inclusion.

Le quatrième chapitre élabore les impacts que peuvent avoir les environnements physiques et sociaux sur la santé. La perception du quartier, le phénomène de gentrification, l'appartenance à Hochelaga-Maisonneuve, ainsi que le capital et les liens sociaux dressent un aperçu des divers facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé, et, par ricochet sur les

inégalités de santé. Les femmes perçoivent leur quartier généralement positivement même si elles savent être critiques par rapport à celui-ci. Elles mettent de l'avant les impacts matériels, relationnels et sociaux de la gentrification, même si ces deux derniers prennent moins de place dans leurs discours. Comme la cohésion sociale est associée à une meilleure qualité de vie et qu'une plus grande égalité est un facteur protecteur contre la maladie (Bibeau et Fortin, 2008), on se demande si la gentrification n'amène pas davantage de disparités en terme de santé. La plupart des répondantes se sentent appartenir au quartier, principalement grâce à leur implication communautaire. Le chapitre se poursuit en traitant de déterminants sociaux de la santé reconnus, soit le capital social et les liens sociaux. Alors que les répondantes comprennent surtout le capital social comme la tendance états-unienne le fait, elles l'associent aussi à la notion d'utilité amenée par Bourdieu. Leurs liens sociaux extrafamiliaux, ayant souvent pris naissance dans les organismes communautaires, se trouvent principalement dans le quartier et peuvent être catégorisés comme étant faibles. Les données présentées dans ce chapitre sont utiles pour lier les inégalités de santé aux environnements.

Le cinquième et dernier chapitre va au-delà des environnements physiques et sociaux pour comprendre les inégalités de santé en traitant des dynamiques d'exclusion et d'inclusion. Pour parler de ces derniers, les normes et les impacts du discours normatif sur les répondantes sont mis en lumière. En tenant compte des normes présentes dans notre société, il est possible de soulever trois lieux dans lesquels nos répondantes peuvent être exclues, soit la ville, le travail et le système de soins. Notre corpus a mis de l'avant que la ville peut à la fois être un lieu d'inclusion et d'exclusion. L'impact de la gentrification sur l'inclusion dans la ville se fait aussi ressentir dans le quartier, surtout en ce qui a trait aux prix des logements et des biens de consommation, ainsi qu'à l'acceptation des diverses couches sociales. Comme très peu des femmes interviewées occupent un emploi rémunéré, elles sont exclues du monde du travail formel, ce dernier étant un important élément de l'inclusion sociale. Par contre, cette exclusion est contrecarrée par leur implication communautaire puisque cette dernière peut agir en remplacement du travail rémunéré, à la fois en leur permettant de créer des liens, de se réinsérer progressivement dans le monde du travail, de leur offrir un cadre et de rester actives. Finalement, en ce qui concerne le système de santé, celui-ci peut lui-même créer des inégalités

de santé en véhiculant des préjugés à l'égard des personnes en situation de pauvreté économique. La deuxième partie de ce chapitre s'attarde à la stigmatisation, importante lorsqu'il est question des dynamiques d'exclusion. Celle-ci se manifeste par divers préjugés, sur le quartier et sur la pauvreté, véhiculés par les non-résidents du quartier, par les médias, et, depuis récemment, par les nouveaux arrivants dans le quartier. Ceux-ci peuvent influencer l'identité et ainsi avoir un impact sur la santé. Avant toute chose, attardons-nous sur les fondements théoriques qui guident cet écrit.

## **Chapitre 1 : Recension des écrits**

Pour atteindre l'objectif central de ce mémoire, les liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance au quartier de femmes vivant dans le quartier montréalais d'Hochelaga-Maisonneuve seront déclinés à travers différents thèmes. Ces derniers seront élaborés théoriquement dans ce chapitre. En premier lieu, en tant qu'élément central du mémoire, la santé sera abordée sous l'angle de la pluralité de ses définitions, des déterminants sociaux de santé et des inégalités de santé. Ensuite, le sentiment d'appartenance, autre concept important de cette étude, est décliné sous la forme de l'appartenance au quartier, de la gentrification et des liens sociaux. Finalement, les dynamiques d'inclusion et d'exclusion, étant intimement liées au sentiment d'appartenance, sont explorées en lien avec l'exclusion sociale, les identités, la pauvreté et la vulnérabilité.

### **1.1. La santé**

Dans ce mémoire, la santé est appréhendée, principalement, d'un point de vue social et c'est cette perspective qui guide cette recension. Cette section brosse un portrait théorique de ses multiples définitions, des déterminants de santé, ainsi que des inégalités de santé.

#### **1.1.1. Définition de la santé : au-delà d'une composante individuelle**

Les multiples définitions de la santé vont de l'individuel au collectif. Depuis 1946, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en a proposé plusieurs. Pour cette organisation, en 1948, la santé se définit comme étant : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition s'inscrit dans un contexte d'après-guerre et elle comprend la santé comme allant au-delà de l'inverse de la maladie. À partir des années quatre-vingt, la maladie n'est plus perçue comme un état, mais comme un processus. En 1984, l'OMS comprend la santé comme suit : « mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et

satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. » (L'Association des facultés de médecine du Canada, consulté le 30 mars 2014).

Contrairement aux définitions de l'OMS qui comprennent la santé dans une perspective individuelle, d'un point de vue socioanthropologique, les questions de santé, de maladie et de qualité de vie sont prises en compte dans un contexte politique, économique et socioculturel plus large (Bibeau et Fortin, 2008). S'inscrivant dans cette vision, Brown (1995) propose trois catégories pour expliquer la causalité des maladies. Selon lui, la santé et la maladie peuvent être expliquées par des causes sociales sous-jacentes qui impliquent des éléments structurels de la société, tels que la race, la classe, le genre et le revenu ; par des causes sociales proximales, comme le voisinage, la migration, l'environnement et les dangers physiques immédiats ; et, finalement, par des causes sociales médiatrices qui réfèrent au soutien social, aux réseaux sociaux ainsi qu'au statut civil et familial (Brown, 1995). La santé est donc appréhendée comme « le rapport de l'être physique et psychique, d'une part, et du monde social et politique de l'autre » (Fassin, 2000, p.96). Selon cette perspective, elle est traitée en tant que construction sociale ; la manière dont les diverses forces sociales modèlent notre compréhension et nos actions, en lien avec la santé, la maladie et la guérison, est importante à prendre en compte (Brown, 1995). Par conséquent, les normes sociales influencent ce qui est considéré comme un problème de santé ou non (Fassin, 2000). Contrairement à Brown (1995) qui évacue la dimension biologique de la santé et de la maladie, la définition que propose Fassin (2000) tient à la fois compte des dimensions biologiques, sociales et politiques de la santé et de la maladie et c'est cette dernière qui sera davantage retenue dans cet écrit.

Selon l'approche des capacités, la santé est comprise en lien avec le bien-être de la personne, lui-même lié à l'action et à la possibilité de vivre en concordance avec son plan de vie (Venkatapuram, 2011). Pour ce dernier, le fonctionnement humain est déterminé par l'interaction entre les facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux et sociaux.

Cette façon d'aborder la santé s'oppose à la perspective individualiste de cette dernière. Selon celle-ci, elle se réduit à l'acquisition de ressources, telles que l'argent et la satisfaction de besoins primaires (Venkatapuram, 2011). Puisque l'espérance de vie et la santé sont construites socialement et que cette dernière est un produit de l'ordre social, elle est fonction de l'ensemble des facteurs vus précédemment et non seulement des conditions physiques et matérielles.

Il est établi que la santé et les habitudes de vie sont liées. La santé publique adopte une vision principalement individuelle de ces dernières, alors que, pour différents auteurs, elles comportent une importante dimension collective. En les abordant d'un point de vue collectif, il est plus facile de comprendre et d'expliquer comment le contexte social peut influencer la santé et la maladie (Frohlich, Corin et Potvin, 2008). Pour ce faire, la notion d'habitus de Bourdieu (1980), selon laquelle les pratiques, individuelles et collectives, proviennent de structures et de conditionnements associés à des conditions d'existence particulière et construite par l'histoire, peut être utilisée. Dans son étude auprès des Innus, en lien avec l'explosion des cas de diabète à Pessamit, Roy (2002) met en lumière le fait que les personnes détiennent le pouvoir de choisir et qu'elles ne sont pas des victimes. Selon lui, « le corps tout comme l'acte alimentaire et les codes alimentaires appartiennent à une symbolique créée par les acteurs sociaux afin de représenter et d'exprimer les relations sociales aussi bien que les valeurs qui leur sont associées » (Roy, 2002, p.231). Selon cette perspective, les habitudes de vie ont une dimension collective importante. Cette vision s'oppose au courant du vingtième siècle en santé publique qui axe leurs politiques de promotion et de protection de la santé principalement sur les soins médicaux et les comportements individuels (Venkatapuram, 2011).

### **1.1.2. Les déterminants sociaux de la santé : les écrits**

Le capital économique, culturel, social et biologique influence la santé (Centre Léa-Roback, 2007). Les déterminants sociaux de la santé sont importants à prendre en compte pour comprendre la santé et ceux-ci sont intimement liés aux inégalités de santé (Léa-Roback :

Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé à Montréal, 2007). Ils ont un impact sur l'état de santé à travers des facteurs proximaux, tels que les comportements de santé et les modalités d'accès aux soins (Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006). Les déterminants sociaux de la santé font «référence aux multiples conditions sociales qui, par leurs interactions, ont une influence sur les risques pour notre santé et notre bien-être, tout comme sur notre vulnérabilité aux maladies et aux blessures. » (p.1, Centre de collaboration nationale en santé publique, 2012). Selon l'OMS (2012), ils réfèrent aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales ; aux conditions de vie et de travail, à la nourriture produite, à l'éducation, à l'environnement de travail, à l'eau, aux services de santé, au lieu de résidence, à l'employabilité, aux réseaux sociaux et de communauté, au mode de vie, aux facteurs individuels, à l'âge et au sexe. S'ajoutant à ces derniers, on peut parler de déterminants structurels, telles que la gouvernance, les politiques sociales, les politiques macroéconomiques, les politiques publiques et les valeurs culturelles et sociétales. Finalement, les déterminants de santé intermédiaires sont, par exemple, les facteurs psychosociaux et comportementaux (OMS, 2012). Comme il a été vu dans ce paragraphe, les déterminants sociaux de la santé ne se réduisent pas à l'environnement économique et au milieu social (Bibeau et Fortin, 2008). Quand il est question de santé, les aspects socio-économiques ne constituent qu'un des aspects du contexte social.

Ces constats sur les déterminants sociaux de la santé mettent en lumière le fait que les infrastructures médicales ne sont pas les uniques garantes d'une population en santé (Venkatapuram, 2011). Ceci est corroboré par l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal (ASSSM) (2011) qui mentionne que la gratuité des soins de santé au Québec n'assure pas leur accessibilité. L'accès aux soins réfère à la fois à la possibilité et à l'accessibilité, en lien avec les droits sociaux et avec leur utilisation (Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006). L'accès aux services est la résultante de trois facteurs, soit les déterminants sociétaux, les caractéristiques du système de soins et les déterminants individuels (Andersen et al., 1978 dans Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006).

La santé n'est pas uniquement fonction de l'accès aux soins, mais aussi d'un ensemble de déterminants sociaux qui interviennent dans l'environnement des individus et qui vont au-delà des aspects socio-économiques. Alors que les politiques de santé publique axent leurs campagnes de prévention sur les comportements individuels, les déterminants sociaux de la santé sont pertinents à prendre en compte puisque le comportement humain peut uniquement être compris à la lumière du groupe social d'appartenance (Massé, 1995).

### **1.1.3. Les inégalités de santé : reflet des inégalités sociales ?**

Les inégalités en santé réfèrent aux écarts de santé systématique existants entre des individus en fonction de leur classe sociale (ASSSM, 2011). Pour parler d'inégalités, les disparités constatées doivent avoir des effets négatifs sur la santé et être liées avec la position hiérarchique des individus (Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006). Depuis les années quatre-vingt-dix, elles augmentent et touchent particulièrement les femmes (Pampalon, Hamel et Gamache, 2008). Ces disparités sont de plus en plus documentées, mais on ne sait pas encore comment celles-ci sont générées (Centre Léa-Roback, 2007). Elles se manifestent par des écarts dans le poids des bébés à la naissance, ainsi que par les taux d'incidence et de prévalence des maladies et des risques de mortalité associées. Dans le même pays, le taux de mortalité infantile est plus important chez les populations les plus pauvres et une variation de plusieurs années en ce qui a trait à l'espérance de vie est aussi remarquée (ASSSM, 2011). À Montréal, il existe systématiquement dix ans d'écart d'espérance de vie entre les territoires les plus riches et ceux les plus pauvres (Choinière, Massie et Paradis, 2003) et ces écarts sont en augmentation constante (ASSSM, 2011). De plus en plus de recherches démontrent une relation proportionnelle entre la bonne santé et la localisation dans la hiérarchie sociale (Clarke, 2004).

Au Québec, l'écart de salaire entre les riches et les pauvres est à son maximum depuis les trente dernières années, même si celui-ci est inférieur à la tendance canadienne (Couturier et Shepper, 2006). Les revenus des plus riches ayant continué à augmenter, cet écart s'est creusé davantage (Couturier et Shepper, 2006). Wilkinson et Pickett (2013), deux épidémiologistes

mettent en lumière le fait que la santé se dégrade au fur et à mesure que les individus descendent dans l'échelle sociale. Comme les inégalités de santé sont le résultat d'inégalités sociales structurelles (Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006), celles-ci sont intimement liées aux inégalités sociales. Pour cette raison, un portrait des inégalités sociales est dressé, pour, ensuite, s'attarder plus longuement aux inégalités de santé. Ces dernières étant, selon Sen (2002), une caractéristique centrale à la santé en général (Venkatapuram, 2011).

La santé est davantage influencée par la distribution des revenus que par la croissance économique puisqu'elle est liée à la façon dont les besoins sociaux sont comblés dans le système économique et non uniquement à l'économie (Wilkinson, 1996). Dans cette perspective, il est pertinent de mesurer les inégalités économiques au sein d'une population et l'outil statistique utilisé est le coefficient de Gini<sup>2</sup>. Il s'étend sur une échelle de zéro à un et, plus le résultat se rapproche de zéro, plus la société est égalitaire (Couturier et Shepper, 2006). Au Québec, entre 1981 et 2007, le produit intérieur brut (PIB) par habitant a augmenté et le taux de chômage a diminué de manière cyclique (Couturier et Shepper, 2006). Puisque, entre 1976 et 2006, la province a connu une création de richesse, on s'attendait à ce que le coefficient de Gini diminue ou reste stable. Celui-ci a augmenté ce qui signifie que la répartition de la richesse est moins égalitaire en 2006 qu'elle l'était en 1976 (Couturier et Shepper, 2006). Différentes théories existent pour comprendre les inégalités sociales. Sen (1992) se base sur les capacités et le fonctionnement, alors que Rawls (1971) explique plutôt les inégalités en fonction de l'accès aux éléments permettant de satisfaire les besoins primaires. Les utilitaristes, quant à eux, s'attardent plutôt au rendement qu'apportent les biens et les services (Frohlich, Corin et Potvin, 2008). À la lumière de la théorie de Sen (1992), les inégalités se comprennent au-delà d'une inégalité en ce qui concerne l'accès aux biens primaires, l'emphase étant mise sur la manière dont la personne utilise ces biens en fonction de la situation. Les variations se situent donc au niveau de la conversion des biens de base en bien-être (Frohlich, Corin et Potvin, 2008).

---

<sup>2</sup> Le coefficient de Gini est le rapport entre une distribution totalement égalitaire des revenus et la distribution réelle des revenus dans un lieu donné (Couturier et Shepper, 2006).

Dans les pays occidentaux, l'intérêt pour les inégalités de santé est né suite au rapport Black (1980). Ce dernier a été rédigé par un groupe de recherche du département de santé et de sécurité sociale de l'Angleterre et il a mis en évidence les inégalités de santé, particulièrement en Angleterre, mais aussi dans l'ensemble des pays industrialisés (DHSS, 1980). Il met en évidence quatre modèles théoriques permettant de comprendre les inégalités de santé. Le premier modèle explicatif met en évidence le fait que la santé et la classe sociale sont des variables et que leurs corrélations pourraient être très peu significatives. Ensuite, une explication par la sélection naturelle et sociale est proposée. Selon ce second modèle, la classe sociale serait la variable dépendante alors que la santé serait la variable indépendante. Selon cette théorie, ce ne serait pas la classe sociale qui détermine la santé d'un individu, mais, plutôt l'inverse. La troisième explication comprend les inégalités de santé d'un point de vue matérialiste. La relation entre la classe sociale et la santé mettrait en évidence le rôle de facteurs économiques, ainsi que d'enjeux socioculturels qui leur sont associés. La santé serait ainsi vue comme étant dépendante du système de production et des idéologies de la société. Finalement, selon le quatrième modèle, les inégalités de santé seraient expliquées par le comportement. Selon ce dernier, les habitudes de vie et les comportements liés à la santé seraient de responsabilité strictement individuelle (DHSS, 1980).

Les inégalités de santé peuvent être comprises à la lumière de diverses explications, individuelles et sociales, que Clarke (2004) met en évidence. Au niveau individuel, il est d'abord question des causes matérielles, liées à la classe sociale, par exemple, l'accès à la nourriture, à l'eau et aux logements adéquats et suffisants. Celles-ci englobent la suffisance et la stabilité des revenus. Deuxièmement, les inégalités peuvent être comprises en fonction des enjeux sociopsychologiques, eux-mêmes liés à la classe sociale, telle que l'estime de soi. Troisièmement, le genre est important dans les inégalités puisque les femmes vivent plus longtemps et, le plus souvent, dans un contexte de maladies chroniques. L'éducation est importante dans la création des inégalités puisque celle-ci est reliée à l'emploi, ainsi qu'à l'accès aux informations liées à la santé. Finalement, l'ethnicité ou l'origine nationale peut être une des causes des inégalités en santé puisque les groupes minoritaires (migrants et non-migrants) sont plus souvent en situation de précarité économique et qu'ils peuvent faire sens

différemment de la maladie et de ses traitements. L'ethnicité peut aussi engendrer du racisme pouvant amener des problèmes en ce qui concerne l'estime de soi et le concept de soi et des maladies (Clarke, 2004). Cette auteure élabore aussi des explications sociales des inégalités de santé. Quand il est question de santé, l'aspect individuel peut se décliner de différentes façons. Depuis le début du texte, il est compris en terme de comportement. Pour Clarke (2004), ce niveau fait référence à la position d'Ego dans la structure sociale. D'un point de vue socioanthropologique, elles sont considérées comme étant directement imbriquées dans la société. Selon cette perspective, la santé des populations est fonction de l'équité dans diverses sphères de la société, soit la capacité de prendre des décisions et de faire des choix et un accès équitable aux ressources, aux soins de santé, au pouvoir politique et à l'éducation (Clarke, 2004). Les inégalités de santé gagnent donc à être resituées à même les structures sociales qui les favorisent, plutôt qu'en fonction des comportements individuels, puisqu'elles concernent l'ensemble des structures sociales et non pas uniquement les individus (Aïach, 2010). Vu l'existence d'un processus complexe sous-jacent aux disparités en santé, il est impossible de séparer l'individuel du social. Pour comprendre les inégalités, il est pertinent de mettre en lien l'agentivité, soit la capacité des gens à déployer leurs pouvoirs, les pratiques, soit les activités qui construisent et transforment le monde dans lequel on vit et les structures sociales, soit les règles et les ressources d'une société (Frohlich, Corin et Potvin, 2008).

## **1.2. Se sentir appartenir**

L'appartenance est un construit dynamique et il est possible d'appartenir de plusieurs façons, à divers groupes (Yuval-Davis, 2006). Comme les liens sociaux et le sentiment d'appartenance sont des déterminants sociaux de la santé connus, il est pertinent de s'y attarder dans le cadre de notre objectif de recherche. Le sentiment d'appartenance est traité abondamment dans la littérature, particulièrement en psychologie et en sociologie (Yuval-Davis, 2006). Pour l'étudier, la psychologie met de l'avant l'importance qu'accorde l'individu au fait d'appartenir à un groupe et comment celle-ci modèle les relations interpersonnelles. En sociologie, l'appartenance est comprise par la manière dont les individus appartiennent aux collectivités ou aux États, ainsi que leurs impacts sociaux, économiques et politiques (Yuval-Davis, 2006).

Pour étudier l'appartenance, les liens sociaux sont importants à prendre en compte. Ceux-ci permettent de comprendre les relations entre les individus mises en jeu sur le terrain en fonction des divers espaces sociaux et géographiques. Il existe différents types d'espaces de sociabilités, soit privés, semi-privés et publics, ceux-ci recoupant plusieurs champs, tels qu'économique, résidentiel, récréatif et familial (Fortin, 2001). Dans ce mémoire, la question de l'appartenance sera intimement liée à celle de communauté, notion difficile à définir sociologiquement selon Alleyne (2002). Ayant une histoire, ce concept est apparu en Europe préindustrielle dans les petites villes et villages, alors que les liens de parenté et religieux étaient importants. La communauté se distingue de l'association puisque cette dernière arrive avec l'industrialisation dans la foulée de l'augmentation des relations impersonnelles, des contrats et de la bureaucratie (Alleyne, 2002). Quand il est question d'appartenance, les différents textes font souvent référence à l'aspect ethnique et national. Dans cette idée, la communauté peut être définie par les croyances partagées par les gens externes et internes à la communauté et celles-ci démontrent une culture commune (Alleyne, 2002). La présente étude se distancie de cette perspective, même si les théories à ce sujet peuvent être utiles pour penser l'appartenance.

Selon Yuval-Davis (2006), l'appartenance s'étend sur différents niveaux, soit ceux de la localisation sociale, des identifications et des attachements émotionnels impliquant la construction d'identités collectives et d'attachements, ainsi que les valeurs éthiques et politiques référant à la manière dont les positions sociales et les identités sont jugées et valorisées. Ces trois niveaux sont interreliés, mais ils ne sont pas réductibles les uns aux autres (Yuval-Davis, 2006). Elle distingue l'appartenance qui est relié au fait de se sentir chez soi et d'être lié aux autres des politiques d'appartenance. Cette dernière implique des projets politiques spécifiques ayant pour but la construction de l'appartenance de certaines collectivités. Puisque les politiques d'appartenance réfèrent à ce qui détermine les frontières, à ce qui divise et à ce qui rassemble (Yuval-Davis, 2006), l'appartenance est directement liée aux processus d'inclusion et d'exclusion. Christensen (2009), pour sa part, décline trois niveaux d'appartenance, soit le macro, faisant référence aux communautés imaginées, par

exemple, à la religion ou à la nation, le méso qui inclut les organisations collectives et le micro renvoie à la vie quotidienne et aux communautés locales.

Les prochains paragraphes déclineront différents éléments impliqués dans le sentiment d'appartenance, c'est-à-dire en lien avec les sociabilités et la communauté, soit le quartier, la gentrification et les liens sociaux.

### **1.2.1. Le quartier et la gentrification**

Le quartier est une réalité multidimensionnelle et construite, caractérisé par des traits physiques, des rôles, des symboles et des pratiques sociales (Morin et Rochefort, 1998). Une localité, un voisinage inclut plusieurs réseaux qui peuvent être indépendants les uns des autres (Henning et Lieberg, 1996). Il existe différentes manières de concevoir le quartier, soit à travers une vision écologique et normative, qui implique ses caractéristiques physiques, ou à travers une vision phénoménologique de l'espace, à savoir l'importance donnée à ses dimensions subjectives (Morin et Rochefort, 1998).

Les opinions divergent en ce qui a trait aux rôles sociaux du quartier qui auront un impact plus ou moins important sur le sentiment d'appartenance. Selon certains auteurs, le quartier est vu comme un phénomène sociologiquement sans importance alors que, pour d'autres, il est considéré comme un espace social ayant une importance, tant sur le plan des liens individuels, c'est-à-dire ceux que la personne entretient avec son réseau, que collectifs, soit la manière dont les individus du quartier s'organisent (Morin et Rochefort, 1998). Avant la modernisation, l'industrialisation et la bureaucratisation des dernières décennies, les relations de voisinage étaient considérées comme la base sociale de la fondation de la société. Ce type de contacts, ainsi que l'importance qui lui est accordée, ont été altérées par les changements cités précédemment. Puisque les gens travaillent de moins en moins dans leur quartier, ils établissent des liens hors de celui-ci (Henning et Lieberg, 1996). Wellman et Leighton (1981) abondent dans ce sens en affirmant que le lien social se crée à partir des individus en premier lieu et non sur la base spatiale qu'est le quartier (Morin et Rochefort, 1998). Dans le même

esprit, Ascher (1995) mentionne que les solidarités et les pratiques collectives s'élaborent à partir d'intérêts communs et très peu sur la base de la proximité. (Morin et Rochefort, 1998) Paradoxalement, Giddens (1987) aborde le processus de socialisation par celui de routinisation de l'action quotidienne qui s'inscrit dans le temps et dans l'espace et qui donne une signification à la relation entre les individus du quartier (Morin et Rochefort, 1998). Morin et Rochefort (1998) considèrent, pour leur part, que la proximité géographique fait naître des liens individuels, alors que l'action communautaire participe à la création de liens collectifs. En se basant sur le contexte social actuel d'éclatement de la société salariale (Lévesque, 1995), d'ébranlement de l'État Providence (Rosanvallon, 1995) et la désaffiliation sociale (Castel, 1994), la perspective du quartier comme étant important dans les pratiques collectives (Morin et Rochefort, 1998) est retenue dans ce mémoire. Ceci rejoint la perspective de Morin et Rochefort (1998) qui écrivent que le quartier est un territoire idéal pour l'élaboration du processus de construction identitaire et qu'il prédispose les individus à créer des liens entre eux. Compte tenu de l'importance que prend le sentiment d'appartenance pour les répondantes, cette vision du quartier a été privilégiée dans cet écrit.

Comme le quartier à l'étude est en processus de gentrification, il est important de s'y attarder. Cette notion est définie comme étant un phénomène physique, économique, social et culturel qui consiste en l'arrivée massive d'une population plus favorisée dans un quartier traditionnellement défavorisé. La population se transforme en devenant plus instruite et en ayant davantage de moyens financiers. Ce phénomène entraîne une hausse du coût des loyers, une revitalisation commerciale, un changement dans la nature des commerces, ainsi que des déplacements d'anciens résidents vers des voisinages moins onéreux (Lavoie et al., 2011).

Germain et Rose (2010) ont mené une étude sur la manière dont les acteurs sociaux, à la fois ceux du milieu communautaire et ceux du privé, les élus montréalais et les commerçants voient un nouveau projet de développement domiciliaire<sup>3</sup> mis sur pied dans Hochelaga-

---

<sup>3</sup> Ce projet a été entrepris en 2000 et terminé en 2006 et le but était de relocaliser une ancienne usine polluante afin de faire, à cet endroit, un projet résidentiel mixte de 200 unités de logements privés et sociaux. Ce projet a été mené conjointement par la ville de Montréal et par des acteurs du secteur privé et communautaire. (Germain et Rose, 2010)

Maisonneuve. Trois principales idées en ressortent. D'abord, tous les acteurs<sup>4</sup> sont en accord en ce qui concerne l'importance que l'ensemble des résidents, des plus pauvres aux plus fortunés, puisse avoir accès à un logement dans le quartier. Ils croient donc que la gentrification contrôlée peut être bénéfique et les divers acteurs espèrent réussir ce projet de mixité où différents quartiers de Montréal ont échoué, l'exemple le plus frappant étant celui du Plateau Mont-Royal, qui est maintenant entièrement gentrifié. Les acteurs sociaux du milieu communautaire et du secteur privé, ainsi que les commerçants et les élus voient la gentrification graduelle comme étant une solution à la ghettoïsation. Ils pensent que les gens de classe moyenne pourraient servir de modèle aux plus pauvres et que leurs habitudes de consommation pourraient être un atout pour modifier l'image négative du quartier. Deuxièmement, selon les acteurs interrogés, la mixité sociale contribue à la vitalité économique et sociale du quartier et la gentrification va au-delà d'une question de logements. Finalement, les élus de la ville et les promoteurs de ces projets domiciliaires voient la cohabitation comme un défi plutôt que comme une opportunité puisqu'ils perçoivent une importante distance sociale. Bref, l'accueil par les différents acteurs du secteur communautaire et privé, des commerçants et des élus montréalais est favorable, mais ils ont conscience que la frontière est délicate entre une gentrification totale et une diversification de la population (Germain et Rose, 2010).

### **1.2.2. Les liens sociaux**

Le soutien social est l'ensemble de liens qu'une personne tisse avec son entourage pour obtenir diverses formes d'aide (Massé, 1995). Clarke (2004) met en lumière plusieurs types de soutien social, soit émotionnel, instrumental, lié à l'information et cognitif. Selon Cobb (1976), le support social existe quand des gens aiment un individu et en prennent soin, que celui-ci est estimé et valorisé et qu'il fait partie d'un réseau de communication et d'obligations mutuelles (Clarke, 2004). Le réseau social peut inclure la famille, les amis, les groupes sociaux ou religieux et les voisinages (Young, Russell et Powers, 2004).

---

<sup>4</sup> Malheureusement, cette étude demeure silencieuse sur la perspective des résidents eux-mêmes et ce qu'ils pensent de ce processus de gentrification à l'œuvre dans leur quartier.

Selon Granovetter (1983), il existe deux types de liens, soit les liens forts et les liens faibles. Les premiers réfèrent à un réseau social proximal qui est composé d'individus se connaissant entre eux, tels que la famille et les amis intimes. Ceux-ci sont plus accessibles et peuvent servir de support dans les moments de vie nécessitant plus d'assistance. Les liens faibles, quant à eux, plus nombreux et moins solides, sont entretenus avec différentes personnes qui ne se connaissent pas entre elles et ce type de liens ne sert donc pas de pont entre deux ou plusieurs réseaux. Ils donnent accès aux informations et aux ressources allant au-delà de ce qui est disponible par le cercle proche et ils permettent la diffusion d'idées (Granovetter, 1983). Par conséquent, les personnes ayant peu de liens sociaux faibles sont privées d'informations provenant d'une partie distante de leur système social, entre autres en ce qui concerne les possibilités d'emplois et d'implications politiques (Granovetter, 1983). Au niveau macro, c'est-à-dire au-delà de l'individu et de ses liens immédiats, les liens faibles jouent un rôle dans la cohésion sociale (Henning et Lieberg, 1996). Les différents liens, forts ou faibles, ont des rôles distincts qui sont tout aussi importants les uns que les autres (Granovetter, 1983).

Différentes études soutiennent que le fait d'offrir et de recevoir du soutien social a des effets bénéfiques sur la santé et qu'il diminue les impacts du stress (Clarke, 2004). Inversement, l'isolement et le manque de soutien social et de liens avec la communauté augmentent la vulnérabilité à la maladie (Clarke, 2004). Néanmoins, même s'il s'avère que le sentiment de contrôle personnel et la perception de support social influencent directement la santé et minimisent le stress, Thoits (1995) rappelle que les mécanismes théoriques de ces impacts doivent être étudiés davantage. Les liens sociaux peuvent prendre différentes formes et le soutien social a un impact sur la santé.

### **1.3. L'inclusion et l'exclusion : un processus dynamique**

L'inclusion et l'exclusion sont intimement liées et, comprendre l'un, permet de mieux saisir l'autre. Ces deux concepts sont dynamiques et ils s'inscrivent sur un continuum, c'est-à-dire que l'inclusion ou l'exclusion sont rarement totales et qu'ils peuvent trouver à différents niveaux (Christensen, 2009). Dans cette rubrique, un bref topo sera dressé sur le processus

d'exclusion sociale et ce dernier sera abordé sous l'angle des identités, de la pauvreté et de la vulnérabilité, ces trois concepts pouvant influencer la santé des individus.

### **1.3.1. L'exclusion sociale**

L'utilisation du concept d'exclusion sociale s'est modifiée au fil du temps. Cette notion a toujours été floue, mais elle l'est de plus en plus avec la dégradation du marché du travail, l'affaiblissement des liens sociaux et les risques de marginalisation des populations entières (Paugam, 1996). L'exclusion est une construction sociale, un « produit historique de mécanismes sociaux et non un « état » résultant d'attributs individuels ou collectifs » (Dubar, 1996 ; p.111). Elle est parfois définie comme un « processus de non-reconnaissance et de privation de droits et de ressources à l'encontre de certains segments de la population, qui se réalise à travers des rapports de force entre groupes aux visions et aux intérêts divergents. » (Billette et Lavoie, 2010, dans Lavoie et al., 2011, p.5). L'exclusion sociale peut être vue comme un double processus de précarisation de l'emploi et de fragilisation du lien social (Dubar, 1996). Les études sur l'exclusion sociale se basent sur le fait que les personnes, les populations ou les phénomènes se situent hors des lieux sociaux valorisés, lieux qui permettent, en fonction des normes sociales, de se réaliser et d'être actifs (Roy, 2008). Il existe diverses conséquences à l'exclusion sociale, soit la désaffiliation, la dépendance vis-à-vis des institutions sociales, la détérioration des conditions de vie matérielles, la négativité des sentiments mobilisés et la fragilisation d'identité (Roy, 2008). Les personnes vivant en situation d'exclusion entretiennent des relations de nécessité et non d'interdépendance (Roy, 2008) comme cela est le cas avec l'aide financière gouvernementale ou l'utilisation des organismes communautaires.

L'exclusion et la stigmatisation se distinguent, bien qu'elles soient intrinsèquement liées. Alors que la personne exclue est traitée de manière différentielle par la société, la personne stigmatisée n'atteint pas les attentes sociales (de Queiroz, 1996). Scambler (2009, p.441) définit la stigmatisation comme suit : « Stigma is typically a social process, experienced or anticipated, characterized by exclusion, rejection, blame or devaluation that results from

experience, perception or reasonable anticipation of an adverse social judgement about a person or group ». L'exclusion diverge aussi de la marginalisation, mais elle peut y conduire. Pour parler de marginalité, il faut situer la personne ou le groupe au sein de l'espace social et ceci correspond à l'éloignement des valeurs dominantes. Le marginal est à l'opposé de la norme. La marginalité résulte de procédures concertées d'exclusion en ce sens qu'elle stigmatise les couches de population les plus vulnérables (Castel,1996). L'exclusion réfère donc à une position moins stigmatisée que la marginalisation, mais instable. Celle-ci prend son origine dans la précarité des situations de travail et la fragilité des inscriptions sociales (Castel,1996).

Le processus d'exclusion sociale peut mener à des inégalités et il peut entraîner une mise à l'écart dans diverses sphères de la vie sociale. L'exclusion peut être de différentes natures soit : symbolique et référer à une image négative ou à une invisibilité sociale ; identitaire lorsque l'identité est réduite à un seul groupe, par exemple, les personnes âgées ou les mères monoparentales ; sociopolitique quand des barrières limitant la participation civique et politique sont dressées; institutionnelle lorsqu'il existe un manque d'accès aux mesures de protection sociale ou de contrôle des services reçus ; économique quand il n'y a pas d'accès à l'emploi ou que les revenus sont inadéquats ; des liens sociaux significatifs ce qui peut impliquer un isolement social ou un abus de proches ; et, finalement, territoriale quand il y a exclusion de l'espace public (Lavoie et al., 2011).

Autès (1995) met en lumière trois manières de comprendre l'exclusion. La première est vue comme étant une disqualification (Paugam, 1991 et 1993) qui réfère à une crise des appareils d'intégration. Cette dernière réfère à la manière dont la société négocie avec ses marges (Autès, 1995). Aussi, l'exclusion peut être comprise comme étant la désinsertion (de Gaulejac et Taboada Leonetti, 1994) ce qui réfère à ce que des individus soient devenus inutiles vu la mouvance des cadres traditionnels. Cette perspective aborde l'exclusion d'un point de vue individuel, c'est-à-dire que les individus luttent pour leur place et pour leur identité (Autès, 1995). Finalement, la désaffiliation (Castel, 1991 et 1995) est une autre manière de comprendre l'exclusion et celle-ci réfère à un changement de la société salariale qui produit de

nouvelles vulnérabilités sociales. Castel (1991 et 1995) comprend plutôt l'exclusion comme étant le résultat de la modification du monde du travail ainsi que de politiques publiques qui créent des vulnérabilités menant à une désaffiliation (Autès, 1995). Que l'exclusion soit comprise de l'une ou l'autre de ces façons, on s'entend pour dire que celle-ci est un processus de désintégration comportant trois phases, soit la phase de fragilisation et de précarisation, la phase d'assistance et de prise en charge par les institutions et la phase de marginalité (Autès, 1995).

Il existe de nombreux mécanismes d'inclusion et d'exclusion et quelques un d'entre eux seront abordés dans ce paragraphe. Les différentes dimensions à l'inclusion sont les revenus, l'emploi, les relations et la reconnaissance symbolique (De Gaulejac et Taboada-Léonetti, 1994). Dans les sociétés riches, il y a de plus en plus d'exclus et plusieurs raisons sont explorées par De Gaulejac et Taboada-Léonetti (1994). Selon ces derniers, une des explications est d'ordre économique, c'est-à-dire que, dans certains secteurs de production, il y a une diminution du besoin de main-d'œuvre ce qui modifie le monde du travail. Qui plus est, les liens familiaux et de réseaux de proximité sont aussi moins importants dans ces sociétés. L'État y occupe un rôle de protection via des politiques d'aide sociale qui ont pour but d'assurer la cohésion de la société et d'éviter les décrochages individuels. La dernière explication à l'exclusion est plutôt d'ordre symbolique et celle-ci réfère au système de valeurs d'une société qui définit ce qui est dans les normes et ce qui est hors-norme. Ceci détermine la valeur et l'utilité sociale des individus (De Gaulejac et Taboada-Léonetti, 1994). Ce faisant, l'exclusion sociale n'est pas nécessairement liée au revenu, à savoir que le faible revenu n'est pas suffisant pour mener un individu à l'exclusion sociale et celle-ci peut toucher différentes catégories sociales (De Gaulejac et Taboada-Léonetti, 1994).

Les préjugés, la peur et l'insécurité alimentent l'exclusion, de plus en plus présente dans la société actuelle (Blais, 2008). L'exclusion peut entraîner de la vulnérabilité en amenant la dépendance et la souffrance, en limitant les possibilités d'action sur les scénarios de vie ou en amenant de l'instabilité ou un manque de liens sociaux (Roy, 2008). Le stress et le manque de soutien social nuisant à une bonne santé, le phénomène d'exclusion peut être pensé comme

étant néfaste pour la santé, avec la vulnérabilité comme intermédiaire entre ces deux pôles, santé et exclusion. Dans cette section, l'exclusion sociale a été définie pour ensuite distinguer ce concept de celui de marginalisation et de stigmatisation. Diverses manières de comprendre l'exclusion ont été mises en perspective pour terminer avec la façon dont les mécanismes d'inclusion et d'exclusion sont expliqués.

### **1.3.2. Les identités**

Les identités sont à la fois complexes et contextuelles (Taylor, 2003). Elles sont un construit, sujettes à des interprétations et à des réinterprétations par ceux qui les adoptent, les rejettent ou les assument (Ollivier, 2009). Dans cette section, elles sont comprises en fonction des dynamiques d'inclusion et d'exclusion puisque celles-ci sont liées aux allers-retours entre les identités individuelle et collective qui traduisent la réalité des assignations sociales et des discriminations entre groupes (Gallissot, 1987). Les identités peuvent influencer la santé puisque celles-ci sont liées aux dynamiques d'exclusion et d'inclusion, ainsi qu'au sentiment d'appartenance, par l'établissement ou non de liens sociaux. Qui plus est, la notion d'habitus (Bourdieu, 1980) est utile pour lier l'identité à la santé. D'un point de vue général, l'Encyclopédie Universalis (2011) définit l'identité comme étant la manière dont « un individu ou une collectivité se reconnaît ou se rassemble par une marque distincte ou sous une désignation commune » (p.16). D'une perspective socioanthropologique, Cuhe (2001) comprend les identités comme une négociation constante entre celles définies par soi-même, soit l'auto-identité, et celles définies par les autres, soit l'hétéro-identité. Gallissot (1987), pour sa part, réitère le fait que les identités sont variables et fonction des relations. Pour lui, l'identification est active, complexe, inscrite dans une appartenance aux relations sociales immédiates et elle réfère à un imaginaire communautaire. Gallissot (1987) écrit : que « l'identité est déterminée par les cercles d'appartenance » (p.15). Il démontre comment les identités individuelle et collective se négocient entre elles, à savoir que la façon dont un individu se représente son identité l'inscrit dans des formes collectives (Gallissot, 1987). Les identités ne sont pas seulement individuelles, elles sont aussi collectives et donnent un sens et un ordre à un groupe donné (Yuval-Davis, 2010). Aussi, l'identité est relationnelle puisque la

personne ne reçoit pas son identité passivement, mais se l'approprie, l'interprète, la négocie (de Queiroz, 1996).

L'approche narrative est l'une des diverses perspectives qui nous permettent d'aborder les identités. Celle-ci regroupe les approches performatives et dialogiques (Yuval-Davis, 2010). L'identité implique des narratifs, des histoires que racontent les individus à propos d'eux-mêmes ou des autres et qui définissent, qui ils sont ou ne sont pas, ou qui ils aimeraient être (Yuval-Davis, 2010). Les identités narratives peuvent être verbales, mais elles peuvent aussi être mises en action (Fortier, 2000) et celles-ci peuvent être importantes dans la construction et dans la reproduction des identités collectives (Yuval-Davis, 2010). Les identités narratives sont des constructions et elles impliquent une relation entre le soi et le non-soi et toutes les identités sont, à la fois, exclusives et inclusives (Yuval-Davis, 2010). Les identités, notion polysémique et multidimensionnelle, se déclinent de manière plurielle. Elles tracent la frontière entre le « Nous » et l' « Autre » et définissent une altérité.

L'identité et le lien social sont des concepts très liés entre eux (Rochefort et Morin, 1998). Au niveau théorique, l'identité a déjà été intimement liée avec la position sociale, alors que, avec l'avènement des théories culturelles, elle est maintenant davantage discursive et liée aux représentations et aux catégorisations et elle est vue comme étant indépendante de la position sociale (Bottero, 2010). Toutefois, Bottero (2010) suggère de recréer les liens entre la position sociale et l'identité en utilisant le concept d'habitus qui réfère à une subjectivité socialisée (Bourdieu et Wacquant, 1992). La théorie de la pratique fait référence au fait que les individus ont incorporé certaines manières d'agir selon le contexte social et que ces manières ne sont ni calculées ni réfléchies (Bottero, 2010). Puisque, selon Bourdieu (1980), il y a une incorporation de la position sociale dans le corps, celle-ci n'est pas indépendante de la construction identitaire et l'incorporation des pratiques sociales est un élément essentiel de l'identité (Bottero, 2010).

Le quartier est un lieu distinct qui contribue à la construction de l'identité collective qui sert de référent, à la fois à l'action individuelle et collective (Morin et Rochefort, 1998). De plus,

Yuval-Davis (2010) fait la distinction entre l'identité et les politiques d'identité. Selon elle, l'identité est une dimension analytique dans laquelle l'appartenance doit être prise en compte, alors que les politiques de l'identité sont un projet spécifique des politiques de l'appartenance. L'individu et la société sont un processus de production réciproque de l'identité. L'identité est construite en fonction du regard des autres (de Queiroz, 1996) et se forge en relation dialogique, soit à travers la reconnaissance de l'autre (Taylor, 1991 dans Blais, 1993). Les identités sont fonction de relations, par exemple, moi-nous/eux ou moi-nous/les autres... (Yuval-Davis, 2010). Pour Ricoeur (1991), l'identité se négocie entre l'ipséité et la mêmeté. L'ipséité est une caractéristique de l'individu qui est conscient d'être lui-même, au fil du temps, malgré les changements vécus, alors que la mêmeté est liée à l'unicité, à la ressemblance et à la continuité entre les individus d'un groupe. Dans cette perspective, l'identité se négocie entre le changement et la permanence, entre l'individu et le groupe (Ricoeur, 2011). L'interaction est primordiale dans les processus d'identification et Gallissot (1987) en distingue deux plans, soit l'identification par appartenance et celle par référence. L'identification par appartenance implique l'espace social immédiat, soit les relations familiales, de travail, de quartier ou de groupe de pairs et l'identification par référence renvoie au statut dans la société globale (Gallissot, 1987). Différents auteurs ont dressé des liens entre le sentiment d'appartenance, les processus d'inclusion et d'exclusion et les identités. Fortin (2002) écrit sur le sentiment d'appartenance chez les migrants d'origine française et nord-africaine. Selon elle, l'appartenance ne se réduit pas aux réseaux personnels, mais elle est modulée par la trajectoire et les motivations de l'immigration. Les facteurs contribuant au fait de se sentir appartenir vont au-delà de l'immigration et impliquent les événements de vie, l'accès à l'emploi, la réceptivité de la société et l'origine du conjoint. L'inclusion symbolique est influencée à la fois par des dimensions sociales et individuelles, ces dernières étant liées à l'identité, à la reconnaissance et à la validation. Le processus d'inclusion et d'exclusion liée à l'identité n'est pas symétrique et il dépend des relations de pouvoirs, ainsi que des valeurs normatives, des acteurs sociaux et, en relation avec ceux-ci, des identifications cognitives et émotionnelles (Yuval-Davis, 2010). Les identités ont un volet individuel et collectif qui influence à la fois le sentiment d'appartenance et les dynamiques d'inclusion et d'exclusion. Tout au long de ce mémoire, ces influences seront déclinées.

### **1.3.3. La pauvreté**

La pauvreté économique est à la base de plusieurs situations de marginalités (Castel, 1994). Par contre, le niveau de ressources économiques n'est pas l'unique facteur permettant de définir la pauvreté et de déterminer quelles situations sont marginales (Castel, 1994 ; Centraide et Centre Léa-Roback, 2007). Or, comme nous le rappelle McAll (2008), la pauvreté n'existe pas en soi, à savoir qu'elle est construite et produite par un ensemble de rapports. Comme notion, la pauvreté est plus ancienne que celles de vulnérabilité et d'exclusion sociales et elle est utilisée pour expliquer la situation des populations économiquement et culturellement défavorisées. De plus en plus, dans les recherches, la pauvreté est comprise comme allant au-delà de l'aspect économique et ceci est peut-être une des raisons du déclin de cette notion. Elle n'a toutefois pas été complètement subsumée du discours commun et dans les recherches (Roy, 2008). La pauvreté peut être abordée de différentes façons, ce qui importe est le sens qui est accordé à ce concept dans le quotidien. Les gens peuvent s'autoapposer cette étiquette ou la rejeter et elle peut être porteuse de préjugés, de compassion et de revendications. La multiplicité des définitions démontre la complexité du phénomène (McAll, 2008).

Le contexte social des dernières décennies a fait naître de nouveaux enjeux et de nouvelles pauvretés. Dans les années soixante, la pauvreté touchait surtout les familles nombreuses qui avaient des revenus insuffisants. Dans les années quatre-vingt, c'est plutôt la transformation des structures familiales et les nouvelles dynamiques de travail qui ont fait émerger de nouvelles pauvretés. La crise des années quatre-vingt-dix a amené une restructuration économique et une ouverture des marchés ce qui a contribué à fragiliser les classes qui étaient autrefois à l'abri. Depuis 1997, le contexte économique est plus favorable, mais il y a encore de nombreux pauvres et ceux-ci ont vu leur situation économique se détériorer (Centraide et Centre Léa-Roback, 2007 et Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2007 dans Dupéré, De Koninck et O'Neill, 2011). Ceci contribue à augmenter les inégalités sociales, et par le fait même, de santé.

La pauvreté est multidimensionnelle, tant dans ses causes que dans ses manifestations. Celle-ci est un processus dynamique évoluant dans le temps (Dupéré, De Koninck et O'Neill, 2011). Puisqu'il est difficile de déterminer les seuils de pauvreté (Castel, 1994), ce phénomène social est à lire sur fond de discours sociaux, culturels et politiques globalisants et normalisants (Châtel et Roy, 2008). Pour comprendre le rapport social à la pauvreté, les dimensions macrosociologiques et microsociologiques doivent être prises en compte. La dimension macrosociologique regroupe les représentations sociales et collectives des phénomènes de pauvreté et d'exclusion, ainsi que la manière dont les sociétés traitent les pauvres et les exclus. La dimension microsociologique, quant à elle, réfère au sens que les personnes donnent à leur vécu, à l'adaptation aux situations auxquelles elles sont confrontées, ainsi qu'aux comportements adoptés face aux personnes qui les définissent comme étant pauvres ou exclus (Paugam, 1996). Le contexte est important quand il est question de la pauvreté puisque celle-ci se passe à travers le culturel, le temporel, dans un même pays et en fonction des positions individuelles, par exemple, selon le milieu d'appartenance, la trajectoire sociale, les idées politiques et les rapports avec les institutions (Fassin, 1996). Dans les sociétés occidentales, puisque la réussite financière est la norme utilisée pour mesurer le niveau d'adaptation et d'intégration des individus (Blais, 1993), la pauvreté est donc vue comme un stigmat. De plus, les conceptions de la santé faites dans les sociétés occidentales sont incompatibles avec celle de la pauvreté (Blais, 1993).

De Gaulejac et Taboada-Léonetti (1994) mettent en évidence deux théories préexistantes sur la manière dont on devient pauvres, soit la théorie microsociologique du destin social et des déterminismes sociaux et la théorie psychosociologique sur la diversité des origines sociales des gens touchés par la désinsertion. Ils proposent une nouvelle approche, à savoir comment les structures sociales et les stratégies individuelles des individus s'articulent en fonction de diverses disciplines.

La pauvreté étant souvent liée au non-emploi ou à la précarité d'emploi, Demazière (1996) s'est questionné sur les effets du chômage de longue durée. Les sociologues définissent le chômage comme étant une dégradation du statut social, support de l'identité ce qui entraîne

une dévalorisation de la position de chômeur. En psychologie sociale, il a été démontré que le chômage a un impact sur les cadres de référence identitaire. Puisque l'expérience du chômage n'est pas monolithique, il n'existe pas de consensus sur les impacts du chômage de longue durée sur les identités. (Démazière, 1996) Ne pas avoir de travail ou avoir un travail précaire ce qui est le cas pour la majorité des femmes interrogées amène la personne à ne plus entrer dans les normes (le Blanc, 2007). Éventuellement, le fait d'être sans travail pendant un long moment amène les gens à vivre leur identité de chômeurs comme un groupe d'appartenance social spécifique (Lazarsfeld et al., 1981 dans le Blanc, 2007). La pauvreté, souvent discréditées socialement et, par conséquent à la source de plusieurs marginalités, peut avoir une influence sur la santé en exposant les individus vivant en situation de pauvreté économique à divers stigmates pouvant aussi influencer sur leurs identités.

#### **1.3.4. La vulnérabilité**

La notion de vulnérabilité permet de mieux saisir les liens entre celles de santé et d'exclusion. Ce concept est aussi lié aux identités, à la citoyenneté et à la violence et il est pertinent de la prendre en compte dans la question du lien social (Châtel et Roy, 2008). La vulnérabilité est la résultante d'un accès inégal aux ressources publiques et aux répertoires culturels. Elle peut, de l'intérieur, s'accepter ou se refuser et elle peut être vue, soit comme une tare, soit comme une ressource (Jewsiewicki, 2004). Utilisée comme ressource, elle peut permettre aux individus de se regrouper en fonction d'une vulnérabilité donnée et ainsi servir de repère identitaire. Présentement, il y a une multiplication des groupes considérés comme vulnérables (Saillant et Clément, 2004) et la catégorie des gens vulnérables s'élargit puisque, les jeunes, les personnes âgées, les familles monoparentales, les salariés âgés, etc. s'ajoutent aux traditionnels sans-abris, très pauvres et handicapés. Les préjugés, la peur et l'insécurité alimentent l'exclusion et celle-ci est de plus en plus présente dans la société actuelle. (Blais, 2008). Elle peut amener une vulnérabilité entraînant la dépendance, la souffrance et pouvant limiter les possibilités d'action sur les scénarios de vie, amener de l'instabilité ou un manque de liens sociaux (Roy, 2008). La vulnérabilité serait en quelque sorte devenue un concept valise (Châtel et Roy, 2008).

La notion de vulnérabilité est récente et, soit elle est une représentation sociale construite par les interactions et les normes sociales, soit elle peut être autoattribuée par les personnes concernées (Saillant et Clément, 2004). La perspective constructiviste de la vulnérabilité implique qu'un individu n'est pas, par essence, vulnérable, mais que c'est plutôt les conditions de vie qui le rende vulnérable. Cette manière d'aborder cette notion évite de considérer les groupes vulnérables comme étant un groupe « naturel », associé à un profil prédéterminé, au profit d'une lecture sociale du phénomène, en tenant compte des caractéristiques des sociétés contemporaines et occidentales dans la production des communautés et de leur statut de vulnérabilité (Saillant et Clément, 2004). Cette dernière est construite par le jugement que porte la société sur les sujets en marge d'une communauté donnée qui n'ont pas accès à la parole. Les différents types de vulnérabilité n'ont pas tous la même valeur qui est fonction du capital symbolique, lui-même lié à la valeur accordée à un individu ou à un groupe donné. Alors que certaines catégories de vulnérabilité sont totalement invisibles et n'ont pas accès aux espaces de parole et de formation de communauté, comme les pauvres, d'autres ont davantage de valeur et se regroupent en communauté, tels que les immigrants (Saillant et Clément, 2004). La citation « Tous ne sont pas égaux en tant que « fous » et « vulnérables », car tous n'ont pas accès au même capital symbolique » (Saillant et Clément, 2004 ; p.11) prend ici tout son sens. Pour Castel (1994), la zone de vulnérabilité est un espace instable dans lequel les individus sont précaires dans leur relation au travail et fragile au niveau relationnel. Depuis une quinzaine d'années, il existe une résurgence de la vulnérabilité vu la précarisation du travail et la fragilisation des soutiens relationnels. Il y a un développement de cette zone instable entre intégration et exclusion qui renouvelle la marginalité et il parle aussi de situations mixtes et intermédiaires (Castel, 1994).

La notion de souffrance sociale participe aussi à la réflexion sur les inégalités de santé. Renault (2008), philosophe, stipule qu'il n'y a pas de consensus quant à l'utilisation de ce concept. Il comprend ce phénomène en mettant en lumière comment le contexte social, culturel, économique et politique s'incorpore à la souffrance individuelle. Selon Blais, Corin et Lamoureux (2008), il est important de placer la souffrance en contexte puisque la société

peut, à travers certains dispositifs, invalider les personnes porteuses d'une différence marquée dans le corps (Blais, Corin et Lamoureux, 2008). Renault (2008) divise l'étude de la souffrance sociale en approches psychologique et sociologique. Selon la perspective psychologique, la souffrance est comprise à travers une analyse des composantes sociales de troubles subjectifs. La perspective liée aux sciences sociales, quant à elle, étudie la souffrance à travers ses conditions sociales, son expérience sociale et l'effet qu'elle a sur les institutions et sur les interactions (Renault, 2008).

L'analyse anthropologique de la souffrance sociale, pour sa part, implique l'étude des processus qui la produisent et des interactions dans lesquelles cette souffrance est vécue, ainsi que la manière dont elle peut modifier les interactions (Renault, 2008). Kleinman, Das et Lock (1997) offrent aussi une explication à la souffrance sociale. Selon eux, les problèmes humains prennent leurs origines et leurs conséquences dans les forces sociales présentes dans toutes expériences humaines. Ils stipulent aussi que la souffrance sociale permet de conceptualiser les problèmes sociaux naissant des forces économiques, politiques et institutionnelles (Kleinman, Das et Lock, 1997). Les anthropologues qui étudient la souffrance sociale tendent à privilégier l'expérience individuelle de la souffrance ainsi que la manière dont celle-ci est imbriquée dans le contexte social (Farmer, 1997).

La vulnérabilité et l'exclusion sont concomitantes et, comme il a été vu dans cette section, l'exclusion peut-être mise en lien avec la santé des populations. La vulnérabilité et la souffrance sociale étant des construits s'imbriquant dans une structure sociale, ces deux concepts sont aussi importants à prendre en compte lorsqu'il est question d'exclusion et d'inégalités de santé et c'est pourquoi cette section s'y est attardée. Par ailleurs, nous nous sommes aussi attardés aux phénomènes d'inclusion et d'exclusion puisque ceux-ci jouent un rôle dans la création et dans la reproduction des inégalités de santé. C'est pourquoi une définition de l'exclusion sociale a été brossée ainsi que différentes perspectives théoriques permettant de comprendre ce phénomène. Ensuite, la manière dont les identités, la pauvreté, ainsi que la vulnérabilité sont liées aux dynamiques d'exclusion a été mise en évidence.

## 1.4. Conclusions

Cette recension des écrits avait comme objectif de présenter les principaux concepts qui seront utilisés dans ce mémoire et qui nous semblent nécessaires à la bonne compréhension du phénomène au cœur de notre étude, soit les liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance de résidentes du quartier Hochelaga-Maisonneuve. Les thèmes de la santé, du sentiment d'appartenance, ainsi que des dynamiques d'exclusion et d'inclusion ont été abordés. Les déterminants sociaux de la santé, les inégalités de santé, le quartier, la gentrification, les liens sociaux, les identités, la pauvreté et la vulnérabilité ont été explorés. Ces mêmes concepts seront utilisés pour analyser les données empiriques présentées dans cet écrit.

Ce faisant, notre mémoire s'attarde aux conditions sociales de la santé. Alors que l'approche biomédicale, souvent dominante, la comprend principalement d'un point de vue individuel, la perspective socioanthropologique s'attarde à la dimension collective de ce concept et c'est principalement l'approche qui sera préconisée dans les pages subséquentes. À la différence d'une vision individualiste de la santé publique (Massé, 1995), la santé sera pensée dans ses dimensions sociales et collectives. Les habitudes de vie seront aussi comprises dans leur dimension collective, ce qui rejoint aussi les propos de Roy (2002), explicités précédemment. Alors que plusieurs déterminants sociaux de la santé peuvent être pris en compte lorsqu'il est question des inégalités de santé, ce mémoire s'attardera particulièrement à l'influence des liens sociaux et de l'exclusion sur celles-ci. Les inégalités de santé, comprises surtout en fonction des théories des capacités et du fonctionnement de Sen (1992), sont vues comme étant multifactorielles et dépendantes du contexte social. Puisque diverses études, qui seront abordées plus loin, lient le stress au statut socio-économique, l'hypothèse du stress social est porteuse lorsqu'il est question des inégalités. Dans cette étude, le stress est pris en compte, puisque les femmes interviewées vivent, pour la plupart, en situation de précarité financière et que cet état peut générer du stress.

Ici, le sentiment d'appartenance est primordial pour l'étude des inégalités de santé. Par ailleurs, l'appartenance sera discutée en fonction du quartier, de la gentrification, ainsi que des

liens sociaux. La gentrification sera abordée en ce qui a trait à ses impacts physiques, relationnels et sociaux sur les résidentes du quartier Hochelaga-Maisonneuve, ainsi qu'à la manière dont elle modifie les dynamiques de quartier. L'accent sera mis sur la perception qu'ont les résidentes de l'arrondissement sur ce phénomène puisque, dans les études précédentes, peu de place a été donnée à cet aspect. En ce qui concerne les liens sociaux, il en existe deux types principaux, soit les liens forts et les liens faibles. Comme le quartier est un important générateur de ces derniers et que plusieurs études démontrent les liens entre la santé et le soutien social, celui-ci sera pris en compte, dans cette étude, pour dresser les liens entre le sentiment d'appartenance et les inégalités de santé. Qui plus est, la cohésion sociale et le capital social font partie des déterminants de la santé et ils seront, tout comme les liens sociaux, traités dans ce mémoire. Alors qu'il est établi que les liens sociaux influencent positivement la santé, la littérature demeure plus silencieuse sur les effets de l'exclusion sur la santé. Nous entendons interroger ce lien tout comme celui entre le sentiment d'appartenance au milieu de vie et les inégalités de santé. En écho aux travaux de Christensen (2009), l'appartenance sera appréhendée à la fois d'un point de vue méso lorsqu'il sera question des organismes communautaires et de l'implication des femmes dans ceux-ci et d'un point de vue micro lorsqu'il sera question des liens sociaux et de voisinage. Les processus d'exclusion qui seront étudiés s'ancrent, quant à eux, dans les trois niveaux, macro, méso et micro. Les identités seront aussi étudiées puisqu'elles sont, à la fois, liées au sentiment d'appartenance et à la santé.

Dans cette étude, il est question, à la fois de l'importance d'appartenir à un groupe pour un individu eu égard à sa santé, ainsi que des enjeux macrosociaux liés à l'appartenance lorsqu'il sera question des processus d'inclusion et d'exclusion. Le lien entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance des femmes vivant dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve est au cœur de notre intérêt de recherche, exploré grâce aux entretiens réalisés auprès de résidentes de ce quartier, en dialogue avec les écrits. Mais d'abord, présentons notre approche méthodologique.

## **Chapitre 2 : Cadre méthodologique**

À travers cet écrit, je vise explorer les liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance au quartier de femmes vivant dans le quartier montréalais d'Hochelaga-Maisonneuve. Pour ce faire, le premier chapitre a présenté la problématique générale et explicité des notions centrales à l'objet d'étude, telles que la santé, les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé. En lien avec le sentiment d'appartenance, le quartier, la gentrification, les liens sociaux et les dynamiques d'inclusion et d'exclusion ont été abordés. Ce second chapitre présente le cadre méthodologique de l'étude en faisant d'abord état des méthodes de collecte et d'analyses de données. Ensuite, le contexte de l'étude sera élaboré en décrivant le quartier et les onze répondantes. Cette section se conclura sur les biais méthodologiques et les aspects éthiques.

### **2.1. La cueillette des données**

Pour répondre à la question de départ, six séances d'observation participante lors de soupers bimensuels dans un organisme communautaire du quartier Hochelaga-Maisonneuve, ainsi qu'onze entretiens semi-dirigés ont été réalisés.

L'observation a eu lieu dans un organisme communautaire du quartier Hochelaga-Maisonneuve lors de soupers ayant lieu deux vendredis par mois. Cette activité accueillait plus ou moins les mêmes vingt-cinq personnes, soit cinq hommes et dix-neuf femmes entre trente et soixante-six ans, la majorité des gens se situant dans la tranche d'âge des cinquante à soixante ans. Tous les participants ont la peau blanche, sauf une dame antillaise, immigrante et vivant au Québec depuis quatorze ans. Chantal, intervenante dans l'organisme où le terrain a été réalisé, parle des participants en ces termes :

*Y'a une grande distribution si tu veux des types de personnes. Y'a des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, t'as des personnes qu'y'ont des problèmes de...*

*des handicaps si tu veux. On peut appeler ça comme ça, visuels ou autres. Y'a des personnes qui veulent se cultiver, tout simplement. T'as des personnes qui s'ennuient très fort chez eux et qui veulent connaître d'autres mondes, c'est très varié. Et les âges, c'est très varié comme t'as pu le constater. Ça va de la trentaine à soixante-six, pis c'est varié, y'a une échelle assez grande, mais y'a quand même un noyau j'te dirais dans les cinquante-soixante ans.*

Cette activité, s'étendant entre dix-huit et vingt-et-une heures, était sous forme d'un repas, servi vers 18 heures, suivi d'une conférence et discussion sur différents sujets. Ces derniers étaient choisis par les participants en avril de l'année précédente. Les personnes commençaient à arriver vers 17h30. Pendant le repas, les participants discutent entre eux, informellement, en petits groupes, allant de deux à huit personnes. La conférence commençait vers 19h, 19h15. Divers sujets ont été abordés, tels que le comité des usagers des Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS), l'arthrite, l'arthrose et l'ostéoporose, la réalité des travailleuses du sexe, le cancer du sein et les troubles de personnalité limite. Les soupers se tenaient au sous-sol des locaux de l'organisme. Les tables rectangulaires étaient disposées en « U ».

La collecte de données s'est échelonnée sur environ trois mois, soit du 1<sup>er</sup> novembre 2012 au 25 janvier 2013. La recherche du terrain, ainsi que le recrutement se sont faits assez aisément. La prise de contact s'est faite par courriel avec la coordonnatrice de l'organisme et je suis allée la rencontrer à leurs locaux. Je lui ai parlé de mon projet et elle m'a proposé de participer à l'activité des soupers bimensuels afin que je puisse me faire des contacts pour trouver des répondantes. Ces soupers m'ont permis de pouvoir interroger onze femmes, dont l'intervenante principale du souper. Lors du terrain, le seul critère d'inclusion consistait en ce que les femmes résident dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. Par la suite, certaines femmes interrogées qui participaient aux soupers m'ont donné les coordonnées d'autres femmes du quartier ne participant pas à ces soupers.

J'ai interviewé dix femmes vivant dans le quartier, dont six qui fréquentaient l'organisme communautaire où je faisais les observations et quatre m'ayant été référées par d'autres femmes. L'intervenante principale du souper a aussi accepté de prendre part à un entretien. À travers les entretiens semi-dirigés, il a été possible de documenter l'histoire résidentielle, la vie de quartier, le sentiment d'appartenance, ainsi que la perception des femmes concernant leur état de santé. Les observations, quant à elles, ont permis de prendre contact, à la fois avec le milieu et avec les femmes, dans un cadre informel, ce qui a permis de créer le lien de confiance et de comprendre certains enjeux qui seront explicités plus loin. Alors que les différentes observations ont été rassemblées à l'aide de notes d'observation, prises après chaque séance, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'une enregistreuse numérique et transcrites intégralement par la suite.

Le but de ce projet était d'explorer les liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance au quartier des femmes vivant dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, à Montréal. Comme les subjectivités individuelles, autant en lien avec la santé qu'avec le sentiment d'appartenance, ont été primordiales pour atteindre ce but, la collecte de données s'est faite dans un cadre interprétatif. À travers les entretiens semi-dirigés et les observations, les sous-objectifs étaient de documenter la notion de santé telle que mise de l'avant par les répondantes, le recours aux services de soins et de santé, ainsi que de cerner la composition sociale gravitant autour des femmes interrogées. Ces corpus (entretiens et observations) ont par la suite été analysés et mis en dialogue avec diverses sources littéraires au fil des analyses.

## **2.2. Analyse des données**

La méthode d'analyse retenue dans le cadre de cette recherche est d'ordre qualitatif et elle consiste à annoter des corpus, à les comparer, à les regrouper, à les modéliser et à théoriser (Paillé et Muchielli, 2010). Comme plusieurs études traitant des inégalités de santé les abordent avec une perspective quantitative, dans cet écrit, l'approche qualitative a été retenue. Cette dernière permet de saisir le vécu expérientiel par des entretiens semi-dirigés (Morris,

1998 dans Blais, 2008), à la différence d'un modèle épidémiologique, moins propice au vécu des individus ciblés par la recherche.

Pour analyser nos données, la méthode d'analyse par théorisation ancrée (Paillé, 1994) a servi de guide. Il serait audacieux de prétendre que cette méthode a été appliquée à la lettre, mais plusieurs de ses étapes ont été utilisées dans le but d'atteindre l'objectif général de notre étude. Cette méthode a été privilégiée puisque le choix des sites et des informateurs est fait en fonction de l'analyse en évolution et non pas sur la base de critères objectifs. Dans ce projet, les instruments de collecte de données ont été modifiés au fil des entretiens ce qui est aussi l'une des caractéristiques de l'analyse par théorisation ancrée (Paillé, 1994). Selon Paillé (1994), cette approche donne lieu à une analyse qualitative progressive des données qui se divise en six étapes. D'abord, il y a la codification qui correspond à l'étiquetage de l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial. Ensuite, la catégorisation permet de nommer les aspects les plus importants du phénomène à l'étude. L'analyse en tant que telle débute par la mise en relation et celle-ci est suivie par la modélisation qui consiste en une reproduction de la dynamique du phénomène analysé. La dernière étape est une théorisation qui est une construction des dimensions plurielles et des causes multiples du phénomène étudié (Paillé, 1994).

Dans cette recherche, les deux premières étapes, soit la codification et la catégorisation ont été réalisées systématiquement. D'abord, une lecture attentive des transcriptions et des notes de terrain a été effectuée pour établir les codes qui ont été utilisés ultérieurement pour l'analyse avec le logiciel TAMS analyzer. Les codes retenus se sont modifiés au fil du temps et dix-huit ont été retenus, soit l'aide gouvernementale, l'exclusion sociale, les facteurs contribuant à la santé, la gentrification, l'implication communautaire, le logement, la mobilisation des ressources présentes dans le milieu, les normes, la perception des organismes de santé et de services sociaux disponibles dans le quartier, la pauvreté, la perception qu'ont les femmes de leur santé, les tensions entre travailleurs et non-travailleurs, la vie de quartier, les liens sociaux, les soins de santé, la stigmatisation et le travail. Les codes ont grandement modelé l'organisation du mémoire et ceux-ci se divisent en trois grands thèmes qui correspondent aux

trois chapitres du corps de texte de cet écrit. Suite au codage, des tableaux suivant les différents thèmes centraux, soit la santé, les environnements physiques et sociaux et les dynamiques d'inclusion et d'exclusion, ont été créés et ils ont facilité la comparaison des données obtenues par les différentes répondantes en fonction des codes. Ces tableaux ont donc permis de faire une analyse à la fois horizontale, en comparant les réponses des répondantes en lien avec un même code, et verticale, en analysant les réponses de chacune des répondantes concernant un même grand thème. Ce travail s'est aussi fait en dialogue avec les écrits, afin d'éclairer les perspectives émergentes des données.

## **2.3. Le contexte de l'étude**

### **2.3.1. Le quartier : Hochelaga-Maisonneuve**

L'étude a été réalisée dans le quartier montréalais de Hochelaga-Maisonneuve. D'abord, la carte

([http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/arr\\_mer\\_fr/media/documents/carte\\_mhm.pdf](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/arr_mer_fr/media/documents/carte_mhm.pdf)),

en Annexe 1, permet de visualiser les frontières de ce quartier. Hochelaga-Maisonneuve, qui fait partie de l'arrondissement Mercier-Hochelaga-Maisonneuve,<sup>5</sup> est délimité au nord par la rue Sherbrooke et au sud par la rue Notre-Dame. Les quartiers de Rosemont, de Saint-Léonard et d'Anjou le bordent au nord-ouest, tandis que le quartier de Ville-Marie est à l'Ouest et celui de Mercier à l'Est.

Puisque l'environnement de vie influence les possibilités d'action (Bibeau et Fortin, 2008), il est important de s'attarder aux caractéristiques du quartier. Un bref historique du quartier nous apprend que ce dernier est riche en histoire et que la population qui l'habite a ses propres caractéristiques en termes sociodémographiques. Les premières fermes s'installent dans ce quartier dès 1664. Un quai a été construit pour faciliter le transport des marchandises et, en 1825, une vingtaine de maisons avaient pignon sur rue le long du fleuve. À partir du dix-

---

<sup>5</sup> La ville de Montréal regroupe 19 arrondissements.

neuvième siècle, les entreprises manufacturières commencent à s’y installer et le quartier se développe grâce au transport ferroviaire et maritime. À partir de 1840, la ville commence à s’urbaniser progressivement et de plus en plus d’entreprises s’y installent. En 1883, Hochelaga s’annexe à Montréal alors que Maisonneuve reste séparée. Cette dernière est en très grande croissance entre 1896 et 1915. En 1918, cette partie s’annexe aussi à Montréal puisqu’elle est très endettée. La crise économique de 1929 touche durement les usines, ainsi que la population ouvrière du quartier. Des projets de travaux publics, suivis, après la Deuxième Guerre mondiale, d’une industrie de la défense amènent une reprise économique jusque dans les années soixante. Entre 1961 et 1976, des infrastructures de transport forcent la destruction de milliers de logements et de bâtiments abritant des institutions. L’économie et la vie de quartier sont durement touchées par ces constructions ainsi que par le déplacement des capitaux et de la production vers Toronto. Plusieurs manufactures, ainsi que plusieurs résidents désertent le quartier pendant que de nouveaux groupes populaires font leur apparition. Alors que les activités du port ont été déplacées et que mille deux cents logements ont été détruits pour construire une autoroute en bord de fleuve, ce quartier est en déclin. En effet, entre 1961 et 1986, cet arrondissement a perdu 42% de ces habitants (Germain et Rose, 2010). Au milieu des années soixante-dix, diverses infrastructures sont construites pour accueillir les Jeux olympiques de 1976 à Montréal. Aussi, le marché maraîcher « Maisonneuve » se développe dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix après avoir été fermé en 1962. Cette reprise des activités correspond à l’aménagement de nouveaux quartiers dans la partie nord d’Hochelaga-Maisonneuve. Aujourd’hui, les manufactures ont cédé leur place à l’industrie tertiaire.<sup>6</sup> En somme, il s’agit donc d’un ancien quartier ouvrier.

Les données sociodémographiques plus récentes donnent à voir que le quartier touché par notre étude est majoritairement francophone, jeune, défavorisé au plan économique et moins en santé que l’ensemble des Montréalais. Près de 131 500 personnes habitent l’arrondissement Mercier-Hochelaga-Maisonneuve, soit 8% de la population de la ville de Montréal. Ceci en fait le quatrième arrondissement le plus peuplé de la ville de Montréal. Entre 2006 et 2011, ce quartier a connu une densification de sa population. Cette dernière est très majoritairement

---

<sup>6</sup> Source : Héritage Montréal, <http://www.memorablemontreal.com/accessibleQA/histoire.php?quartier=7>, site consulté le 27 mai 2013.

francophone, à savoir que 85% des résidents de ce quartier parle français à la maison (Ville de Montréal, 2013 ; les données se base sur le recensement de 2011). Comparativement au reste de Montréal, la proportion d'immigrants dans Hochelaga-Maisonneuve est très faible, soit de 13,7% alors qu'elle est de 30,7% pour l'ensemble de la ville (CSSS Lucille-Teasdale, 2012). Hochelaga-Maisonneuve est un quartier dans lequel la population est généralement jeune. Dans ce quartier, 10,1% de la population a plus de soixante-cinq ans en comparaison à 14,6% pour Montréal. 23,5% des ménages privés ont entre vingt et vingt-neuf ans, alors que ce taux est de 15,7% pour l'ensemble de Montréal (CSSS Lucille-Teasdale, 2012). Le taux de monoparentalité est de 51% ce qui est largement plus élevé que le taux montréalais se situant à 33%. Pour ce qui est de la pauvreté, 35% des habitants d'Hochelaga-Maisonneuve vivent sous le seuil de faible revenu alors que ce taux est de 22,8% pour l'ensemble de Montréal (CSSS Lucille-Teasdale, 2012). Les résidents du quartier à l'étude sont généralement moins en santé que les résidents du reste de l'Île de Montréal. Le taux de mortalité en fonction de causalités diverses, le taux d'incidence du cancer, le taux d'hospitalisation de courte durée pour certaines maladies chroniques et l'espérance de vie à la naissance sont significativement défavorables par rapport à la moyenne montréalaise. À titre d'exemple, pour un homme montréalais, l'espérance de vie à la naissance est de 78,8 ans alors qu'il est de 72,5 ans pour un résident d'Hochelaga-Maisonneuve, ce qui correspond à un écart de presque six années. Un autre exemple démontrant l'écart de santé, entre les résidents du quartier à l'étude et ceux du reste de Montréal, est le taux d'incidence des maladies de l'appareil circulatoire qui se chiffre à 233,2 personnes sur 100 000 à Montréal, alors que ce taux grimpe à 368,1 pour le quartier qui nous intéresse (Institut national de santé publique du Québec dans CSSS, 2012).

Le quartier Hochelaga-Maisonneuve regorge d'organismes communautaires dédiés à diverses clientèles, que ce soit les jeunes, les familles, les mères ou les hommes. Ceci a été mis en évidence par la quasi-totalité des répondantes et les observations réalisées dans le quartier ont aussi permis de le remarquer. En se promenant dans le quartier, plusieurs insignes d'organismes communautaires sont remarqués surtout entre les boulevards Pie-9 et Viau dans l'axe est-ouest de la ville et entre les rues La Fontaine et Sainte-Catherine dans l'axe nord-sud. Ce qui est aussi frappant lorsqu'on déambule dans le quartier c'est le côtoiement de logements

luxueux, bien entretenus, et des appartements modestes, peu entretenus et qui semblent être laissés à l'abandon. Ces deux types d'habitations ainsi que leurs habitants respectifs se côtoient au quotidien. En ce qui a trait aux entreprises commerciales, la même mixité est observée, particulièrement sur les rues Ontario et Sainte-Catherine où de petits cafés, des micro-brasseries et des restaurants plus dispendieux, installés depuis peu, côtoient des lieux de restauration rapide, établis dans le quartier depuis plusieurs années.

Les caractéristiques sociodémographiques du quartier Hochelaga-Maisonneuve présentées précédemment sont intéressantes pour explorer les liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance au quartier. Pour tisser ces liens, ce quartier est intéressant puisque nombre de ses résidents vivent en situation de pauvreté. De plus, comme les statistiques le démontrent, les résidents d'Hochelaga-Maisonneuve sont en moins bonne santé que les Montréalais et il est donc intéressant d'aller explorer les raisons de ces inégalités. Qui plus est, le fait que la gentrification en soit à ses débuts dans ce quartier est intéressant puisque, présentement, les résidents en vivent les conséquences. Finalement, comme ce quartier est très actif au niveau communautaire, il est intéressant de s'attarder à la manière dont le filet social influence le sentiment d'appartenance et, par ricochet, les inégalités de santé.

### **2.3.2. Les répondantes**

Comme il a été vu précédemment, onze entretiens semi-dirigés ont été réalisés, dix avec des résidentes du quartier Hochelaga-Maisonneuve et une avec l'intervenante principale du souper et cette section présentera les répondantes, ainsi que ce qui les unit et ce qui les distingue. Dans cette description, on peut voir que l'implication communautaire prend une place importante. Celle-ci est primordiale lorsqu'il est question du sentiment d'appartenance et, par conséquent, elle doit être prise en compte pour atteindre notre objectif principal, soit d'établir des liens entre celui-ci et la santé. Les entretiens corroborent le fait que l'implication communautaire favorise la création de liens sociaux. Comme le mentionne Fortin (2002), ceux-ci sont importants à considérer dans le sentiment d'appartenance. L'implication communautaire favorise aussi la création d'une communauté, ce qui, selon Alleyne (2002), est

aussi essentiel dans la question de l'appartenance. En se basant sur le niveau méso de la théorie de l'appartenance de Christensen (2009) qui inclut les organisations collectives, la participation communautaire occupe une place prépondérante dans le sentiment d'appartenance. Finalement, comme l'implication fait naître une certaine forme de reconnaissance, celle-ci est liée à l'appartenance comme le souligne Fortin (2002).

- Marie est au début de la quarantaine, elle habite dans une habitation à loyer modique (HLM) et vit dans le quartier depuis six ans. Elle est sans emploi depuis douze ans et elle vient de terminer des études pour exercer un nouveau métier dans le domaine de la santé. Elle vit avec ses trois enfants de dix, douze et quatorze ans, dont une fille avec un handicap. Elle a rejoint le réseau des organismes communautaires suite à une séparation et elle est reçoit les services de divers organismes régulièrement.
- Hélène, dans la mi-soixantaine, vit dans le quartier depuis 25 ans. Elle habite avec son fils adulte vivant avec une déficience intellectuelle. Elle a occupé divers emplois. Présentement, elle est sans emploi et pré-retraîtée. Elle s'implique, de façon régulière, dans plusieurs organismes et son implication a débuté avec la naissance de son fils vivant avec une déficience intellectuelle.
- Ève, au début de la soixantaine, vit dans le quartier depuis 15 ans. Au cours de sa vie, elle a occupé divers emplois, mais elle est actuellement sans emploi puisqu'elle est aidante naturelle de sa mère qui est en perte d'autonomie. Elle vit avec ses deux sœurs, sa mère, son petit-fils et deux chambreurs. Elle ne mentionne pas clairement ce qui l'a motivée à s'impliquer dans les organismes communautaires, mais elle s'implique de manière quasi quotidienne dans plusieurs organismes.
- Johanne est dans la soixantaine et elle habite dans le quartier depuis plus de vingt ans. Elle vit avec un de ses fils adulte dans une coopérative. Elle est présentement sans emploi, mais elle est enseignante de formation. Elle s'implique, de manière régulière, dans divers organismes et son implication remonte à la naissance de ses enfants, soit il y a plus de trente ans.
- Gisèle est au début de la quarantaine et elle est prestataire de l'aide sociale. Elle habite dans un HLM avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans et elle vit dans le quartier depuis huit ans. Avec ses jeunes enfants, elle mentionne vivre davantage la vie de

quartier. Elle s'implique comme bénévole et comme usagère, fréquemment, dans divers organismes.

- Rose, début trentaine, étudie actuellement à temps plein et travaille à temps partiel. Elle vit dans le quartier depuis huit ans et elle habite seule. Elle a commencé à fréquenter les organismes communautaires suite à une dépression.
- Christine est à la fin de la cinquantaine et elle travaille dans le domaine du service à la clientèle. Elle habite seule depuis plus de dix ans dans le quartier. Elle s'implique occasionnellement dans les organismes du quartier, mais ne le fait pas autant qu'elle aimerait puisque son emploi occupe beaucoup de son temps. Elle a comme projet de s'impliquer davantage à sa retraite. Au départ, sa sœur l'a incitée à prendre part à diverses activités dans le milieu communautaire et Christine a comme projet de s'impliquer davantage lorsqu'elle sera retraitée.
- Linda est dans la mi-quarantaine et elle est psychoéducatrice. Elle habite dans le quartier depuis plus de quinze ans avec ses deux filles de huit et treize ans. Présentement, elle n'est pas impliquée dans les divers organismes du quartier, mais elle l'a été de manière régulière lorsqu'elle était enceinte et que ses filles étaient en bas âge.
- Louise est dans la soixantaine et elle travaille comme costumière. Elle habite seule dans le quartier depuis dix ans. Puisqu'elle n'a pas d'enfants, elle dit ne pas être intéressée à s'impliquer dans les organismes communautaires.
- Francine est au début de la trentaine et elle est propriétaire d'une garderie. Elle habite dans le quartier depuis près de dix ans et elle vit avec sa fille de sept ans et demi. Elle s'est impliquée dans les organismes communautaires, comme usagère, pendant sa grossesse, et, comme bénévole par la suite, mais elle ne l'est plus actuellement par manque de temps.
- Chantale travaille dans le quartier depuis une vingtaine d'années et, en ce moment, elle est intervenante dans un organisme communautaire du quartier depuis dix ans. Auparavant, elle travaillait auprès des travailleuses du sexe. Ses propos viennent éclairer ceux des autres répondantes.

Les répondantes habitent toutes dans le quartier depuis au moins six ans et elles avaient entre 31 et 64 ans au moment de notre rencontre. À l'exception de deux des femmes rencontrées, elles sont sans-emploi ou occupent des emplois précaires. Elles habitent toutes dans le même périmètre, soit entre les rues Pie-IX et Viau (pour l'axe routier nord/sud) et entre les rues Pierre-de-Coubertin et Sainte-Catherine (axe est/ouest). Mis à part une femme, elles utilisent ou ont utilisé les services d'organismes communautaires régulièrement. Leur désir de rejoindre le réseau des organismes communautaires a eu lieu à la suite d'une période de fragilité, soit une séparation comme Marie, une problématique de santé mentale comme Rose ou Gisèle ou une grossesse comme Francine, Linda et Hélène.

## **2.4. Biais méthodologiques**

Un premier biais méthodologique réside dans le fait que la majorité des femmes viennent du même réseau, à savoir celui des utilisatrices d'activités au sein d'un même organisme communautaire de quartier. Quatre des répondantes ne participent pas à l'activité des soupers bimensuels, mais elles occupent un emploi rémunéré dans le quartier ou à l'extérieur. Par conséquent je n'ai pu recruter des femmes qui ne sont pas présentes en milieu communautaire et qui ne travaillent pas. Leurs témoignages m'auraient permis de comparer la perception qu'ont les femmes de leur santé selon qu'elles soient actives ou non dans le milieu communautaire local. Des entretiens complémentaires avec des femmes sans emploi et sans implication communautaire auraient également permis de mieux cerner le sentiment d'appartenance, ainsi que le réseau social des femmes qui ne s'impliquent pas, et de mieux comprendre la portée de ces différentes pratiques sur leur perception de la santé. Qui plus est, pour prendre part aux activités, telles que les soupers bimensuels, de l'organisme ciblé par mon étude, il est nécessaire de s'inscrire préalablement, en septembre, et de maintenir une participation assidue pendant toute l'année. C'est dire que l'étude a été menée auprès de femmes qui se mobilisent d'emblée dans la recherche de ressources. Et si toutes les femmes interviewées ne sont pas toutes impliquées dans les organismes du quartier, celles qui ne le sont pas travaillent et vivent, de ce fait, une autre forme d'inclusion sociale.

Un deuxième biais réside en ma posture d'observatrice lors des soupers. Les participantes connaissaient la raison de ma présence et cette dernière peut avoir influencé les interactions observées. Il est connu qu'un observateur quel qu'il soit peut modifier la manière d'agir des participants. Enfin, un autre biais méthodologique réside dans mon inexpérience à mener des entretiens. De fait, les premiers entretiens ont été moins riches, peut-être en raison de mon inhabilité à favoriser le récit ou un dialogue réflexif.

## **2.5. Aspects éthiques**

Ce projet a été réalisé en portant une attention particulière à l'éthique, entre autres en ce qui a trait à la confidentialité des renseignements et de l'identité des participantes. En conformité avec cette idée, ces dernières se sont vues attribuer des pseudonymes et les noms de lieux et d'organismes ont été modifiés ou retirés. Les participantes ont été informées des divers aspects de la recherche ainsi que de leur droit de retrait. Le protocole de recherche, le guide d'entretien ainsi que le formulaire de consentement ont été approuvés, le 1<sup>er</sup> novembre 2012, par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et sciences de l'Université de Montréal (CERFAS).

## **2.6. Conclusions**

L'étude a été réalisée dans Hochelaga-Maisonneuve, un quartier où la population est majoritairement francophone, jeune, défavorisée économiquement et moins en santé que l'ensemble des Montréalais. Les données socio-démographiques présentées dans ce chapitre sont intéressantes dans le cadre de notre objectif de départ, soit l'établissement de liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance des résidentes d'Hochelaga-Maisonneuve. Pour atteindre cet objectif, en plus d'une recension des écrits, onze entretiens semi-dirigés, ainsi que six séances d'observation participante ont été réalisées. Les dix résidentes du quartier et l'intervenante ont été interviewées dans un cadre interprétatif et différents thèmes ont été abordés, tels que l'histoire résidentielle, la vie de quartier, le sentiment d'appartenance, ainsi que la perception qu'ont les femmes de leur santé. Les

observations, quant à elles, ont été réalisées lors de soupers bimensuels dans un organisme du quartier. Cette activité était un repas, suivi d'une conférence/discussion sur des thèmes préalablement choisis par les participants. L'analyse qualitative des données par théorisation ancrée a permis d'établir des liens entre l'expérience subjective qu'ont les femmes de leur santé ainsi que leur sentiment d'appartenance, qui englobe leur implication communautaire, leurs liens sociaux, ainsi que leur appartenance au quartier. L'analyse de nos données a permis d'atteindre l'objectif de départ et les pages subséquentes présentent notre corpus de données, ainsi que son analyse. Elles se déclinent en trois thèmes principaux, soit la santé, les environnements physique et social et les dynamiques d'inclusion et d'exclusion.

### **Chapitre 3: La santé**

Tant les écrits que les propos recueillis en entretien dans le cadre de ce mémoire mettent en évidence une polysémie associées à la notion de santé. S'y intéresser permet de mieux saisir le questionnement au cœur de notre projet, soit une meilleure compréhension des liens entre inégalités de santé et sentiment(s) d'appartenance. Lors des entrevues, le point de vue interprétatif et subjectif de la santé prime puisque les répondantes ont été questionnées sur la perception qu'elles ont de leur état de santé. Ces perspectives ont été analysées avec comme point de référence une définition de la santé proposée par Fassin (2000, p.96), soit « le rapport de l'être physique et psychique, d'une part, et du monde social et politique de l'autre ». Cette approche permet de faire les liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance.

Dans ce chapitre, nous verrons que les femmes abordent leur santé de plusieurs façons, plutôt d'un angle individuel, ce qui rejoint les propos de l'OMS (1984) (cité par L'Association des facultés de médecine du Canada dans le deuxième paragraphe, consulté le 30 mars 2014). La définition que donnent les femmes à leur santé s'éloigne de celles données par les chercheurs du domaine des sciences sociales. Les répondantes distinguent la santé physique de la santé mentale et les termes qu'elles emploient sont beaucoup plus précis pour parler de leurs problèmes de santé physique que de santé mentale.

Nous verrons aussi que les femmes rencontrées abordent différents facteurs, qui selon elles, sont liés à la santé, tels que les liens sociaux. Ceci rejoint la littérature en ce sens que ceux-ci font partie des déterminants sociaux de la santé. Le stress est aussi abordé, mais d'un point de vue théorique. Les répondantes en discutent, mais ne le lie pas directement à la santé. Ce chapitre permet aussi de comprendre comment certaines femmes incorporent le discours de la santé publique et comment d'autres adoptent un discours de résistance à ce sujet. Enfin, les répondantes ont une opinion généralement négative par rapport au système de soins de santé alors qu'elle est plutôt favorable lorsqu'il est question des organismes communautaires de santé et de services sociaux. Elles accordent de l'importance à la relation de confiance qu'elles

établissent envers les différents professionnels de la santé et dénotent un manque de continuité dans le système de soins. Les femmes connaissent les ressources disponibles dans leur quartier et reconnaissent l'importance de se mobiliser pour y avoir accès.

### **3. 1. La santé**

#### **3.1. 1. Définition de la santé**

La polysémie de la notion de santé est mise de l'avant par la variabilité des réponses des femmes en ce qui concerne la définition qu'elles en donnent. Marie, femme antillaise vivant avec ses trois enfants, sans-emploi, mentionne que, pour elle la santé « ça veut dire beaucoup de choses. Beaucoup, beaucoup, beaucoup de choses. » La totalité des femmes interviewées s'entend sur l'importance de la santé et ceci a été remarqué, à la fois dans les entretiens et en fonction des sujets, choisis préalablement par les participants au souper, des conférences/discussions lors des soupers bimensuels. Plus de la majorité des thèmes abordés concernaient la santé, surtout la santé physique. Les sujets abordés ont été le comité des usagers des Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS), l'arthrite, l'arthrose et l'ostéoporose, la réalité des travailleuses du sexe, le cancer du sein et les troubles de personnalité limite.

Selon certaines répondantes, la santé leur permet de réaliser ce qu'elles désirent en termes d'action. Cette définition rejoint celle de Venkatapuram (2011), qui définit la santé comme étant une métacapacité, ce qui veut dire qu'elle est une capacité permettant de faire plusieurs petites choses de la vie quotidienne permettant d'avoir une vie satisfaisante. Par exemple, Linda, une psychoéducatrice dans la mi-quarantaine, vivant avec ses deux filles, exprime que, pour elle, la santé est quand : « Mon corps y fait c'que j'y demande de faire. Rires. Quand j'y demande de faire un effort, yé capable d'assurer le rendement. ». Les propos de Francine, femme début trentaine, propriétaire d'une garderie et vivant avec sa fille, dans le quartier depuis presque neuf ans, rejoignent ceux de Linda en ce qui concerne le fait que la santé permet d'être en action :

*Être en santé ? Silence. Ben moi j' dirais être en santé. Eeee... la santé mentale, être heureux, c'est vraiment être en santé. Être en santé, c'est se lever le matin, être de bonne humeur, être tsé, mais aussi physique tsé. Rires. Pour pouvoir faire tout plein de belles choses comme ça, il faut avoir la santé du corps, il faut avoir les deux. Le corps.*

Cette manière de voir la santé est aussi près de celle de Sen (1993), soit que les capacités réfèrent à l'étendue de la liberté réelle d'un individu qui implique la possession de biens premiers comme la santé, le savoir et les compétences (Sen, 1993 cité par le Blanc, 2007). Les visions de Venkatapuram (2011) et de Sen (1993) rejoignent la manière qu'ont certaines femmes de voir la santé, à savoir que cette dernière leur permet d'être disposées à l'action. Ceci est important dans la construction de l'identité personnelle (le Blanc, 2007), cette dernière pouvant avoir un impact sur le sentiment d'appartenance et conséquemment sur les inégalités de santé. Les répondantes ne définissent pas la santé comme un état de parfait bien-être. Elles mentionnent plutôt qu'elles veulent être « correctes ». Elles désirent être en santé, mais elles veulent l'être selon leurs champs de possibles et leur vécu expérientiel. La définition que les femmes donnent à leur santé réfère donc à leur propre expérience individuelle de santé ou de maladie. Par exemple, Rose, étudiante dans la trentaine, vivant seule, dans le quartier depuis huit ans, mentionne qu'être en santé c'est « tant au niveau physique qu'au niveau mental, pis être bien évidemment ça dépend de chaque personne là, mais tsé quand tu te sens correct ou même un p'tit peu plus que correct. »

La polysémie du concept de santé est aussi mise en lumière par une étude de Pierret (1984) sur les représentations de la santé en France. Selon les réponses obtenues lors d'entretiens, elle a mis en évidence quatre manières différentes de voir la santé. Selon cette étude, celle-ci peut être comprise d'un point de vue individuel, soit comme l'absence de maladie, comme un instrument ou comme un produit ou d'un point de vue collectif, soit comme une institution. Cette dernière représentation de la santé suggère que celle-ci soit un patrimoine collectif qui sous-tend l'idée d'adopter des politiques publiques pour davantage de justice sociale (Wilkinson, 1996). Quand elles définissent la santé, les femmes ne réfèrent pas du tout à l'aspect social de celle-ci. Les femmes semblent donc avoir incorporé le discours de

l'Organisation mondiale de la santé (OMS) selon lequel la santé et la santé publique sont vues comme un bien personnel influencé par des comportements individuels et par la consommation des soins de santé (Venkatapuram, 2011). Les propos des répondantes s'éloignent des définitions qui abordent la santé d'un angle plutôt social, par exemple celle de Fassin (2000) citée précédemment et celle de Massé (1995), selon laquelle la santé est à la fois individuelle et sociale. Les femmes interviewées considèrent à la fois la santé comme l'absence de maladie, comme un instrument et comme un produit, mais elles ne parlent pas des politiques publiques et de justice sociale. Pour elles, la santé est donc une donnée individuelle.

Dans un autre ordre d'idées, beaucoup de femmes distinguent la santé physique de la santé psychologique et elles mettent en évidence leur interrelation. Par exemple, à la question sur comment la santé se porte, Hélène, femme dans la soixantaine, sans-emploi, vivant dans le quartier depuis vingt-cinq ans, avec son fils adulte vivant avec une déficience intellectuelle, répond : « A va mieux, a va mieux. Parce que mon état de santé psychologique a va bien, physique est pas pire. » Aussi, Christine, femme dans la fin cinquantaine, vivant seule dans le quartier depuis 13 ans et travailleuse, mentionne : « Si ça va mal dans ta vie pis que t'es pas heureuse, tu souffres on dirait que t'es plus prône à être malade ». Gisèle, femme dans la quarantaine vivant dans le quartier depuis 8 ans avec ses trois enfants, sans emploi, tient un discours similaire:

*Ben présentement, pour moi, ma santé c'est d'être, comment dire, ne pas faire de crises d'angoisse, d'être capable de faire ma journée. La santé c'est... Ne pas avoir de douleurs chroniques ou ces choses-là que ce soit mental ou physique. Pas trop intense.*

Les femmes mettent donc de l'avant que la santé physique est directement en lien avec la santé psychologique. Ces extraits rejoignent les propos de Bibeau (1999) portant sur la souffrance à savoir que cette dernière peut fragiliser physiquement une personne marginale.

### **3.1.2. Perception de la santé**

Après avoir dressé un portrait sur la façon dont les femmes appréhendent la santé, cette présente rubrique s'attarde plutôt à la compréhension qu'elles ont de leur propre état de santé.

Puisque la manière dont les personnes voient leur santé est subjective et qu'elle est modelée par le milieu dans lequel elles évoluent (Massé, 1995), la perception de l'état de santé est un élément important à prendre en compte lorsqu'il est question de la santé des répondantes.

En ce qui concerne la perception qu'ont les femmes interviewées par rapport à leur état de santé, elles ont principalement mentionné divers problèmes de santé physique objectifs, passés et présents, tels qu'une douleur au pied, des problèmes pulmonaires, des cataractes, de l'arthrose, une crise d'appendicite, des fibromes, du cholestérol, des hernies, des douleurs musculaires, de l'insomnie, des kystes sur les ovaires, des problèmes de glande thyroïde... Par contre, lorsqu'il fut question des problématiques de santé mentale, les répondantes en ont discuté vaguement, en utilisant des termes imprécis. Mis à part une femme, Rose, étudiante de 31 ans, vivant seule dans le quartier depuis 8 ans, qui a parlé de sa dépression : « ...C'était suite à mes trois ans en dépression... », aucune des répondantes n'a évoqué un diagnostic lié à une problématique de santé mentale. La dépression de Rose a eu lieu il y a quelques années et elle l'a freinée dans la réalisation de ses rôles sociaux pendant près de trois ans. Hélène, femme de soixante-quatre ans, prestataire de l'aide sociale, sans emploi, habitant depuis vingt-cinq ans avec son fils adulte vivant avec une déficience intellectuelle, a parlé d'un épuisement en lien avec ce dernier et l'ensemble de sa dynamique familiale : « Mais j'me suis épuisée... » Gisèle, femme de quarante-deux ans, prestataire de l'aide sociale, vivant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants, de cinq, sept et vingt ans, a mentionné avoir été victime d'actes criminels dans le cadre d'une relation de couple et avoir fait des dépressions, une dépression post-partum et des tentatives de suicide. En ce moment, elle raconte vivre une accalmie en ce qui concerne ses problématiques de santé mentale. Dans ces extraits, on peut remarquer une différence entre les mots employés pour parler d'un problème de santé physique et ceux utilisés pour exprimer une problématique liée à la santé mentale. De par leurs mots, les femmes relatent avec plus d'exactitude les diverses problématiques physiques qu'elles vivent en comparaison avec les problématiques psychiques. À ce sujet, les données empiriques rejoignent les propos de Blais (1993) qui explique le manque de précision dans les termes lorsqu'il est question de santé mentale par la fluidité des frontières plus présente en santé mentale qu'en santé physique. Mis à part la dépression de Rose qui a été explicitée très

spécifiquement, les autres répondantes expriment leur problématique de santé mentale vaguement en utilisant des termes imprécis.

Pour expliquer l'utilisation de termes flous et imprécis pour traiter de la santé mentale, les phénomènes de désirabilité et d'acceptation sociale peuvent aussi être pris en compte. En effet, dans les enquêtes épidémiologiques, les répondants analysent leurs symptômes comme étant normaux ou anormaux en fonction de ce qu'ils vivent individuellement ainsi que du groupe social auquel ils appartiennent puisque les critères de normalité s'inscrivent à ce niveau (Massé, 1995). Une fois le symptôme reconnu ou catégorisé, la personne interrogée ne le dévoilera à un tiers que s'il n'est pas l'objet de stigmatisation dans le groupe de référence. Les symptômes signalés dans une enquête seraient influencés par le niveau de désirabilité et d'acceptation de ceux-ci. (Massé, 1995) Ce phénomène a aussi été remarqué empiriquement comme le paragraphe précédent en a fait état. L'intervenante principale du souper où le terrain a été réalisé mentionne que plusieurs participantes ont des problématiques liées à la santé mentale, telles que des problèmes de dépendance, affective ou liée à l'alcool, ou des problèmes de personnalité, limite, par exemple. Les propos de l'intervenante, teintés par son statut de travailleuse sociale et de travailleuse d'organismes communautaires du quartier accueillant une population marginalisée, ne rejoignent pas les dires des répondantes en ce qui a trait à leur santé. Une seule a mis de l'avant une problématique présente de santé mentale, alors que quelques autres ont mentionné des problèmes de santé mentale passés. Par exemple, Gisèle, une femme de quarante-deux ans, prestataire de l'aide sociale, vivant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans, parle de ses problématiques de santé mentale passées :

*Ben là, le côté mental, c'est sûr, il faut avoir un revers à la médaille, j'vas trop bien. Rires. Physiquement. Rires. Eeee... j'suis quelqu'un qui a toujours été, comment j'pourrais dire, très intelligente, t'as le côté, tu te dis, j'chu pas folle. Mon intelligence, ça va bien. J'sais lire, j'sais écrire, j'sais bien comprendre les choses et tout, mais admettons, de mettre ça dans un quotidien et tout j'ai eu beaucoup de... j'ai eu de grandes dépressions, des tentatives de suicide, j'ai toute passé. J'peux dire que là, j'suis dans une grande accalmie.*

Dans un autre ordre d'idées, les symptômes sont interprétés différemment selon le contexte puisqu'ils prennent sens à travers un processus de construction culturelle (Massé, 1995). Comme la santé est un processus culturel, la manière de gérer les diverses problématiques de santé, surtout en ce qui concerne la santé mentale, diffère selon les milieux. Selon Massé (1995), la culture définit les seuils de tolérance du dysfonctionnement d'un individu en lien avec ses rôles sociaux, familiaux et économiques. À ce propos, Gisèle, femme de quarante-deux ans, prestataire de l'aide sociale, vivant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants, de cinq, sept et vingt ans, exprime:

*C'est sûr aussi que peut-être comme l'aide sociale et ces choses-là, c'est plus facile que dans d'autres endroits de se faire comprendre. Quand t'es rendue desfois... Rires. Déprimée, s't'un bon coin pour être. Rires*

Cet extrait d'entretien démontre que, dans son quartier, cette femme sent qu'elle a le droit d'aller moins bien et qu'elle se sent comprise lorsqu'elle n'est pas en mesure de remplir ses différents rôles occupationnels. Certaines répondantes sentent donc qu'il est plus facile de ne pas travailler et d'avoir des problématiques de santé mentale dans Hochelaga-Maisonneuve qu'ailleurs.

La polysémie du concept de santé est donc mise en évidence, à la fois par la littérature et par les entretiens. La santé est importante pour les femmes et elle leur permet d'occuper divers rôles. Lorsqu'on leur demande de définir la santé, la majorité des femmes établit une distinction claire entre la santé mentale et la santé physique et elles mettent en évidence leur interrelation. En ce qui a trait à la compréhension de leur état de santé, qu'elles perçoivent généralement bonne, les femmes énoncent plus clairement leurs divers problèmes de santé physique que de santé mentale, cette dernière étant définie en des termes plus vagues. Ceci peut être dû à la désirabilité sociale ou encore à la fluidité des frontières. Finalement, pour comprendre ce que disent les femmes au sujet de leur état de santé, il est important de contextualiser la description des symptômes.

## **3.2. Facteurs contribuant à la santé**

À travers les divers entretiens, les femmes exposent différents facteurs qui, selon elles, contribuent à la santé. Selon l'approche des capacités de Venkatapuram (2011) s'inspirant de celle de Sen (1993), les individus sont responsables de leur santé en faisant des choix, tout en tenant compte de leurs capacités. Par conséquent, les choix qu'une personne fait en lien avec sa santé dépendent de son champ des possibles et c'est ce qui sera vu dans cette section en traitant, entre autres des déterminants de la santé. Une critique du discours individualiste de la santé publique sera aussi effectuée en se basant sur l'approche des capacités.

### **3.2.1. Déterminants sociaux de la santé**

Dans cette rubrique, les déterminants sociaux de la santé, vus comme facteurs contribuant à la santé, seront explicités empiriquement, alors qu'ils ont été vus théoriquement dans le chapitre de recension des écrits. En ce qui a trait aux facteurs influençant positivement leur état de santé, les femmes mentionnent les liens sociaux, ainsi que le bien-être dans le quartier. Or, tout comme le stress, certains liens sociaux peuvent aussi être néfastes pour la santé.

Différentes études (Clarke, 2004, Beckman, 1977) démontrent que les liens sociaux ont des effets bénéfiques sur la santé comme celle de Berkman et Syme (1979) réalisée à Aameda, en Californie. Cette étude démontre que les individus ayant peu de liens sociaux risquent davantage de mourir prématurément que ceux qui en entretiennent plus. Ceci rejoint ce que plusieurs femmes ont mentionné lorsqu'il était question des facteurs contribuant à leur santé, soit l'importance d'avoir un réseau, d'être entourée. Par exemple, pour Marie, femme de quarante-trois ans, sans emploi, vivant dans le quartier depuis six ans avec ses trois enfants de dix, douze et quatorze ans, être en santé implique « d'être entourée de gens, non seulement d'être entourée de gens, ne pas être malade ». Dans la définition que cette répondante nous offre de sa santé, entretenir des liens sociaux fait partie intégrante de celle-ci. Linda, femme de quarante-sept ans, éducatrice, vivant dans le quartier depuis seize ans avec ses deux filles de

huit et treize ans, mentionne l'importance que son réseau social a occupée lors de sa séparation, alors qu'elle était enceinte de sa deuxième fille:

*J'trouvais ça ben dur c'que j'vivais. Faque juste voir les gens, leur dire bonjour, ça brisait l'isolement. Pis c'est c'est ça, pis là pour moi, ça a vraiment faite du bien. C'est ça.*

Si le réseau social est un déterminant de la santé et qu'il peut favoriser la santé, il peut aussi, fort probablement, avoir un impact négatif sur celle-ci. Certaines femmes ont mis en évidence l'impact négatif de relations malsaines sur leur santé. Marie, femme de quarante-trois ans, sans emploi, vivant dans le quartier depuis six ans avec ses trois enfants de dix, douze et quatorze ans, exprime :

*Oui, je me considère en santé. Je pouvais pas dire ça avant. Avant là, je me sentais pas en santé. Physiquement, j'étais en santé, mais moralement là, y'a tellement de problèmes moi j'avais dans mon couple là. C'est comme y'a un train qui passe là, y'en a des gens qui lancent là-dedans là. Moi, à ce moment-là, j'ai imaginé plusieurs fois là. J'avais déjà un enfant autiste qui passe sept mois à l'hôpital en train de s'occuper d'eux et puis j'avais un mari qui me rende fou là. À ce moment-là, oui physiquement, j'étais pas... malade, mais moralement là... C'est... C'est le mal que je vois. Mais maintenant, je me sens vraiment bien dans ma peau. J'occupe ma vie, c'est ma vie à moi là.*

Aussi, Gisèle, femme de quarante-deux ans, vivant avec l'aide sociale, et habitant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans, raconte qu'elle a eu recours à des organismes pour les victimes d'actes criminels ainsi qu'à des maisons de femmes dues à une relation difficile avec l'un de ses conjoints. Comme le mentionne Blais (2008), la violence subie et vécue, physique ou psychique, cause des marques visibles ou invisibles et influence la trajectoire de vie et l'identité. La violence des relations peut influencer sur la santé.

Selon différents auteurs (Cockerman, 1997 ; Turner et al., 1995), le stress pourrait jouer un rôle dans la santé et dans la maladie et il pourrait contribuer à la création des inégalités de

santé. Par exemple, Turner et al., (1995) ont trouvé un lien entre les symptômes dépressifs et le stress. Différents chercheurs (par exemple, House et Mortimer, 1990) ont étudié l'impact de la stratification sociale et d'autres facteurs structurels sur la santé. Les hypothèses tournent autour des facteurs psychosociaux, soit en fonction de l'expérience, des circonstances individuelles et des ressources sociales et personnelles qui sont systématiquement variables selon les statuts sociaux et qui peuvent contribuer aux maladies mentales et à la détresse psychologique (Turner et al., 1995). Aneshensel (1992) suggère de voir le stress comme partie prenante d'une chaîne causale qui commence avec les conditions sociales et se termine avec les risques de détresse psychologique et les désordres psychiatriques et, non pas, seulement, comme un facteur de risque isolé et individuel (Turner et al., 1995). Certaines répondantes reconnaissent vivre du stress, mais elles ne le considèrent pas comme un facteur contribuant ou nuisant directement à la santé. L'étude de Dressler (1982), réalisée à Sainte-Lucie, démontre que l'adaptation à la vie moderne est problématique lorsque les ressources économiques sont limitées. Ceci est un exemple du type de stress qu'engendre la précarité économique (Corin, 1996). Selon cette étude, considérés séparément, ni le mode de vie matériel élevé, ni les ressources économiques limitées n'ont d'impacts sur la tension artérielle. Par contre, ces deux facteurs, conjugués ensemble, ont une influence sur la santé. Puisque la gentrification entraîne une élévation du mode de vie dans le quartier, alors que les résidents de ce dernier conservent des ressources économiques limitées, on se demande si la gentrification est un facteur contribuant à augmenter le niveau de stress. Une seule des femmes interviewées reconnaît le stress inhérent à la pauvreté. Une des questions était en lien avec la pauvreté et le stress, à savoir si les répondantes considéraient la pauvreté comme étant un facteur de stress. À cette question, Rose, étudiante de trente et un ans, vivant seule dans le quartier depuis huit ans, répond: « Ben... non, justement, il faut pas, parce qu'on peut pas tout le temps vivre sur l'adrénaline pis qu'est-ce que j'vas faire, parce que tu vires fou et ça aide pas personne là. Eeee... mais oui, c'est stressant. »

On distingue les stressseurs aléatoires, indépendants des groupes sociaux, de ceux systémiques, liés aux contextes sociaux ou à l'expérience d'un groupe, et qui sont importants pour faire les liens entre les conditions sociales et les désordres psychiatriques (Turner et al., 1995). En plus

de vivre des stress aléatoires comme tout le monde, nos répondantes vivent un stress systémique dû à leur précarité économique et celui-ci doit être pris en compte lorsqu'il est question d'inégalités de santé. Une attention doit aussi être portée au stress lié au statut social, mais, en 1995, il n'y avait pas assez de données pour établir un lien clair et sans équivoque entre ces deux variables (Turner et al, 1995). Selon Thoits (1995), il existe trois types de stressseurs. D'abord, les événements de la vie, tels un divorce ou une naissance, nécessitent un réajustement de comportements pour une période de temps relativement brève. Ensuite, il existe des éléments chroniques, comme la pauvreté ou le handicap, qui demandent un réajustement pour une période de temps prolongée et, finalement, les éléments quotidiens qui sont de petits stressseurs demandant de petits réajustements de comportements tout au long de la journée.

Quatre types de découvertes provenant de la littérature sur le stress démontrent les impacts de celui-ci sur la santé. D'abord, l'expérience d'événements négatifs majeurs de vie augmente la probabilité de problèmes psychologiques ou de maladies physiques. Aussi, un sentiment de contrôle sur la vie réduit les symptômes psychologiques et limite les effets négatifs psychologiques des événements. Troisièmement, l'intégration sociale diminue les probabilités de mortalité et de morbidité et, finalement, la perception de support émotionnel va diminuer les symptômes psychologiques et les impacts des événements négatifs en lien avec le stress (Thoits, 1995). Les femmes vivent aussi un stress chronique en lien avec leur situation de précarité financière. En se basant sur les quatre découvertes mises de l'avant par Thoits (1995) et les analyses des entretiens, la santé de nos répondantes peut être influencée par les événements négatifs de la vie tels qu'une séparation ou la naissance d'un enfant vivant avec un handicap.

L'état de santé est influencé par les interactions des milieux familiaux, locaux et de travail (De Koninck, 2008). Ceci rejoint le propos des répondantes qui reconnaissent que leur état de santé est à la fois influencé par les liens sociaux et par le quartier. Les facteurs explicatifs énoncés par les femmes en lien avec leur santé sont davantage axés sur le mezzo-social que sur le macrosocial. Ceci fait écho à ce qui a été vu précédemment à savoir que les répondantes

mettent davantage l'accent sur les facteurs individuels de la santé plutôt que collectifs. Le mémoire tente d'élargir cette perspective avec des données théoriques puisque, selon Frohlich, Corin et Potvin (2008) les facteurs individuels ne peuvent pas expliquer à eux seuls la prévalence et l'augmentation des maladies chroniques non infectieuses. L'angle adopté dans cet écrit s'inscrit dans ce courant, à savoir que les études réalisées ces dernières années sont passées de l'étude des comportements liés à la santé à l'étude du contexte (Frohlich, Corin et Potvin, 2008).

### **3.2.2. Discours de la santé publique**

La conception de la santé plutôt individualiste mise de l'avant par la santé publique sera remise en question dans cette section et la manière dont les femmes incorporent les discours de celle-ci sera mise en évidence. En épidémiologie, la discipline privilégiée de la santé publique, un débat existe en ce qui concerne la prise en compte des facteurs individuels, tels que les comportements et les facteurs biomédicaux (par exemple, la génétique et l'exposition aux substances chimiques), et des facteurs supra-individuels, tels que les processus sociaux (Venkatapuram, 2011). Les entretiens ont permis de mettre en évidence la manière dont les femmes incorporent les discours de la santé publique en lien avec les habitudes de vie, par exemple en ce qui a trait au tabagisme. Quand on demande à Rose, étudiante de trente-et-un ans vivant seule dans le quartier depuis huit ans, de parler des résidents du quartier, elle explique : « J'trouve qu'y'a beaucoup de fumeurs. Pis j'ai comme l'impression qu'y'a des moins en moins de fumeurs, mais qui restent toute ici ». Cette femme a incorporé le discours culpabilisant et négatif que la santé publique entretient à l'égard des fumeurs. Dans la même veine, Christine, femme de cinquante-neuf ans, travaillant dans le service à la clientèle et habitant seule dans le quartier depuis treize ans, mentionne qu'elle a arrêté de fumer depuis cinq mois et rajoute : « moi j'me dis que c'est les pauvres qui fument. Rires. Ça coûte cher, mais on dirait que c'est les pauvres qui fument, c'est une addiction pis on dirait que ça ça ça... te soulage en quelque part tsé. » Ces deux extraits démontrent que le discours négatif de la santé publique en lien avec le tabagisme a été incorporé par ces deux femmes.

La plupart des femmes ont incorporé les discours de la santé publique en termes de recommandations en lien avec l'exercice physique, l'alimentation, la cigarette et l'alcool, mais certaines femmes expriment trouver difficile d'atteindre ces objectifs avec des moyens financiers restreints. Hélène, femme de soixante-quatre ans, vivant dans le quartier depuis vingt-cinq ans avec son fils adulte vivant avec une déficience intellectuelle, dit : « Ben la santé pour moi, d'abord, c'est, j'pas riche là, mais j'essaie de bien manger. J'mange pas autant qu'ils disent là. 5 fruits, 5 légumes, c'est ben trop, j'pas capable de manger ça. » Aussi, elle mentionne l'importance de faire de l'exercice physique pour être en santé.

*Moi je l'prend positif, quand j'bouge, ben j'ai pas besoin d'aller au gym tsé. J'me garde physiquement pas rouillée, dérouillée. Si tu veux, moi j'prends mes affaires positives. J'sais ben que j'vas mourir comme tout le monde, mais pourquoi courir après.*

Louise, costumière de soixante ans, vivant seule dans le quartier depuis dix ans, lance sur un ton ironique lorsqu'il est demandé si elle se considère en santé : « J'vais très bien. Je fume, j'bois du vin pis j'vais bien. » Cet extrait démontre qu'elle a incorporé les recommandations de la santé publique concernant le tabagisme et la consommation d'alcool. Louise sait que ses comportements individuels comportent des risques pour la santé eu égard aux conseils de la santé publique, mais cela ne semble pas la déranger. La consommation de fruits et de légumes est aussi amenée par Gisèle, femme de quarante-deux ans, vivant avec l'aide sociale, et habitant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans, en parlant du panier de Noël, reçu cette année, qu'elle a particulièrement apprécié vu la grande quantité de fruits reçue. Elle mentionne aussi qu'elle trouve que les fruits et les légumes ont un coût financier élevé, mais que, pour elle, il est important que ses enfants en mangent. Elle parle aussi de la difficulté d'accès aux fruits et aux légumes, la fruiterie n'étant accessible qu'en transport en commun, coûteux, et que les fruits et les légumes achetés à l'épicerie sont rarement assez murs. Ceci est corroboré par l'observation, à savoir qu'il y a peu de commerces alimentaires dans le quartier, si ce n'est qu'une épicerie d'une bannière connue.

En opposition avec les discours individualisants de la santé publique, Cockerman (1997) comprend les inégalités de santé par les habitudes de vie qui sont, selon lui, plutôt sociales. En

se basant sur les théories de Weber (1978) qui avance que les modes de vie ont deux composantes principales, soit les choix de vie et les opportunités de vie, Cockerman (1997) avance que les personnes ont une liberté de choix en lien avec leur mode de vie, mais que celle-ci s'inscrit à l'intérieur de contraintes qui s'appliquent aux contextes de vie de chacun. Même si la tendance consiste à penser que les habitudes de vie, telles qu'avoir une consommation d'alcool modéré ou ne pas fumer, sont individuelles, ceci n'est pas toujours le cas (Cockerman, 1997). En se basant sur la théorie des habitus de Bourdieu (1986), la socialisation, l'expérience et les réalités de classe guident l'action (Cockerman, 1997). Les habitudes de vie ne sont donc pas uniquement individuelles comme nos répondantes et la santé publique sont portées à croire.

Cette section a mis en lumière divers facteurs favorisant la santé, telle que les liens sociaux, le rapport au quartier ainsi que les habitudes de vie saines telles que recommandées par la santé publique. Le stress et les relations malsaines peuvent, quant à elles, avoir un impact négatif sur la santé. Pour les répondantes, les habitudes de vie sont vues comme une entité individuelle alors que, dans ce mémoire, l'aspect collectif de celles-ci, entre autres, via la théorie des habitus (Bourdieu, 1980) sera privilégié. Les femmes ont donc incorporé le discours individualisant de la santé publique en lien avec les habitudes de vie. Les répondantes mentionnent avoir de la difficulté à suivre les suggestions de la santé publique en termes de consommation de tabac et d'alcool, d'alimentation et d'exercices physiques, particulièrement à cause de moyens financiers réduits.

### **3.3. Les organismes de santé et de services sociaux**

Outre les déterminants sociaux de la santé, l'organisation des soins, ainsi que la capacité de mobilisation des individus, en ce qui a trait aux des services de santé, favorisent aussi la santé des populations. Ceci rejoint les propos de Venkatapuram (2011) qui écrit que les infrastructures de santé sont un facteur contribuant à la santé, même si celles-ci ne sont pas les uniques garantes d'une population en santé. Selon l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal (ASSSM) (2011), l'accessibilité aux soins de santé au Québec n'est pas assurée

exclusivement par leur gratuité. Par conséquent, cette section abordera l'accessibilité sous l'angle des préjugés véhiculés par les différents acteurs du système de soins, ainsi que de la relation de confiance qu'entretiennent les répondantes avec les infrastructures médicales. En se basant sur la théorie de Sen (1992), selon laquelle les inégalités de santé sont fonction des ressources disponibles, mais aussi de ce que les individus font de ces ressources, la dernière partie de ce chapitre se concentrera sur la manière dont les répondantes mobilisent les ressources présentes dans le milieu. La présentation des données, ainsi que l'analyse des entretiens mettront en lumière quels sont les services sociaux et de santé présents dans le quartier, la perception qu'en ont les femmes interrogées, ainsi que la manière dont elles mobilisent les ressources présentes.

### **3.3.1. Les soins de santé**

Dans cette partie, divers obstacles à l'accessibilité aux soins ayant une incidence sur la continuité des soins seront explorés, tels que le manque de médecin de famille. Ce chapitre met aussi en évidence l'importance qu'accordent ces femmes au lien de confiance qu'elles établissent avec leur donneur de soins. Selon l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) (2013), au Québec, 80% de la population a un médecin de famille. Par contre, il existe un écart marqué entre les populations les plus riches et celles les plus pauvres économiquement en ce qui a trait au fait d'avoir un médecin de famille. Alors que 81,7% des gens dans le quintile le plus favorisé ont un médecin de famille, 72,7% des gens dans le cinquième quintile, c'est-à-dire très défavorisés, n'ont pas de médecin de famille (ISQ, 2013). Pour ce qui est de la recherche de médecins de famille, Linda, femme de quarante-sept ans, vivant dans le quartier depuis seize ans, parle de son expérience laborieuse de recherche d'un médecin de famille:

*Non, le CLSC te donne une liste, pis là t'appelle pis ça prend quinze minutes avant qu'à la réceptionniste te réponde oui bonjour, parce qu'au début, elle te répond oui un instant, pis là tu demandes à avoir... prenez-vous de nouveaux patients ? Y'a tu moyen de voir un médecin. Non on prend pas de nouveaux patients. Ça a pris quinze minutes pour te faire dire ça. Tu appelles à une autre place, encore le même scénario. Après trois, moi j'pu capable, sans joke. Rires. Non j'y pensais beaucoup parce que ma fille*

*la plus vieille à l'a treize ans, faque faudrait ben, a serait peut-être dû, mais non on n'en n'a pas.*

Même si la plupart des femmes interviewées n'ont pas de médecin de famille, elles connaissent les ressources mises à leur disposition lorsqu'elle ou un membre de leur famille est malade. Ceci rejoint la théorie des capacités de Sen (1992) qui met en évidence le fait que, pour qu'une population soit en santé, la manière dont les personnes mobilisent les ressources présentes est d'une importance capitale et que la présence des ressources n'est pas l'unique garante d'une population en santé. Les femmes ont mentionné les cliniques médicales, les CLSCs et la pharmacie. La plupart des femmes disent se rendre au CLSC lorsqu'elles ont besoin de soins de santé. Quelques-unes d'entre elles essaient de prévenir les maladies, que ce soit par la médecine alternative, comme la chiropractie ou l'ostéopathie, par exemple, ou par une bonne hygiène de vie. L'intervenante du souper discute de l'intérêt qu'ont certaines femmes du groupe pour les médecines alternatives. Les femmes avec de jeunes enfants ont toutes mentionné les services d'une clinique spécialisée en pédiatrie sociale ayant pignon sur rue dans le quartier. Par exemple, Francine, propriétaire d'une garderie de 32 ans, vivant avec sa fille de sept ans et demi et habitant dans le quartier depuis presque neuf ans, en parle en ces termes :

*On n'en n'a pas de médecin de famille. Ma fille a vu le Dr X. Mais pas le Dr X, mais celle qui travaille, aux six mois, elle va aller la voir. J'trouvais ça génial quand ils m'ont demandé ça. ... Faque pour ma fille, oui Dr X, mais pas toujours.*

Les répondantes semblent donner une importance particulière à la relation de confiance qu'elles tissent avec les professionnels de la santé consultés. Par exemple, lorsqu'il est question de son quartier, Linda, éducatrice en centre jeunesse de quarante-sept ans, vivant dans le quartier depuis seize ans avec ses deux filles de huit et treize ans, dit :

*C'est ça, c'est vraiment le côté convivial qu'y'a ici. Écoute j'vas chez l'dentiste, c'est mon dentiste depuis treize ans... Elle a suivi mes enfants, là j'dis elle parce que c'est beaucoup l'hygiéniste, elle a suivi mes enfants depuis le début. L'optométriste c'est*

*pareil, j'ai vraiment... c'est ça c'est beaucoup la confiance et le sentiment d'être à ma place.*

Parallèlement aux relations de confiance qu'elle crée avec divers professionnels de la santé, Linda parle de son manque de confiance envers le système de santé. Elle exprime le fait que ce ne soit pas dans ses valeurs d'aller à l'urgence et qu'elle préfère miser sur l'entretien pour elle et pour ses filles. En référence au système de santé, elle dit : « ... J'essaie d'éviter le plus possible ». Lorsqu'elle ou ses filles ont besoin de soins médicaux, elle consulte le pharmacien. Aussi, Louise, costumière de soixante ans, habitant seule dans le quartier depuis dix ans, traite de la médiocrité du système de soins. Lorsqu'elle est malade elle nous dit essayer de se traiter avec des techniques qu'elle qualifie comme étant naturelles, telles que les huiles essentielles, l'ostéopathie et la massothérapie. Le manque de confiance de plusieurs femmes envers le système de santé est mis en lumière et cette information est corroborée par Chantale, l'intervenante au souper où le terrain a été réalisé. Cette dernière énonce :

*Comme j'tai déjà dit, y'a quand même une partie de cette population-là qui est plus attirée vers les médecines alternatives et qui va chercher n'importe quoi sauf... surtout pas... hein. Faque ça, à ce moment-là y'a un manque de confiance qui s'installe avec la médecine traditionnelle.*

Plusieurs répondantes soulignent un manque de continuité dans le système de santé et cela semble être particulièrement dû au fait qu'elles n'aient pas de médecins de famille. Par exemple, Gisèle, femme de quarante-deux ans, vivant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans et ayant recours à l'aide financière gouvernementale, exprime n'avoir jamais reçu de diagnostic eu égard à ses problématiques de santé mentale. Elle explique cela par le fait d'avoir consulté différents médecins en fonction du moment de sa vie. En réponse à la question si elle avait un diagnostic de maladie mentale précise, elle rétorque: « Eeee.... Non... eeee ben j'imagine que, si, admettons on rejoindrait toutes les médecins que j'ai été voir, mais pis toute, y'aurait un... là, y dirait oups, mais tsé vu que c'est tellement morceau par morceau que j'imagine que... » Toujours en lien avec le manque de continuité, un peu plus loin, elle rajoute : « Tsé c'est ça, on pourra pas dire que les liens se

font pas j'dirais. » Gisèle reconnaît aussi un manque de suivi. Malgré le fait qu'elle utilise diverses ressources du système de soins depuis plusieurs années dû à ses problématiques de santé mentale, selon elle, aucun suivi n'a été fait. Elle exprime qu'aucun suivi n'a été fait suite à une thérapie de couple au CLSC, ni suite à une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation, ni après sa dépression post-partum. Elle explique que, lorsqu'elle va consulter, les médecins lui prescrivent des médicaments pour un certain temps et qu'aucun suivi n'est assuré par la suite. Ainsi, elle raconte :

*C'est ça, une fois j'me suis retrouvée à l'urgence, j'avais pris des pilules. J'me suis retrouvée à l'urgence, ma mère est venue me reprendre un coup que j'étais correcte, ils m'ont laissée partir. Après ça, j'ai eu un enfant, j'ai faite une genre de dépression post-partum. Là, ils te donnent des pilules, après ça c'est correct. Ça tout le temps été ces choses-là qui est arrivé.*

Le manque de continuité est flagrant dans l'histoire de vie de Gisèle en lien avec ses problématiques de santé mentale.

### **3.3.2. Perception des organismes communautaires de santé et de services sociaux**

Plusieurs organismes communautaires, offrant divers services en lien avec la santé et les services sociaux, sont implantés dans Hochelaga-Maisonneuve. Cette rubrique s'attardera à la perception qu'entretiennent les femmes à l'égard de ceux-ci. Le grand nombre d'organismes présents dans le quartier est mis en évidence par la plupart des répondantes. D'ailleurs, Ève, femme de soixante-trois ans, sans emploi et vivant dans le quartier depuis quinze ans, avec ses deux sœurs, sa mère et son petit-fils, exprime : « Faque beaucoup d'organismes ici pour les femmes, les enfants, les familles, pis pour les hommes même. Faque j'ai trouvé ça... eee... une vie active au niveau communautaire. » Elle souligne donc la quantité, ainsi que la diversité des organismes communautaires s'adressant aux résidents du quartier. Un des rôles des organismes communautaires est d'offrir un soutien social. Comme le mentionne Bouchard (2008), les réseaux de soutien de type communautaire impliquent un échange entre les personnes aidées et les personnes aidantes. Celui-ci peut être d'ordres divers, soit émotionnel, instrumental, tangible, informatif ou lié à l'accompagnement ou au renforcement du sentiment

d'appartenance et des liens de solidarité. Alors que les femmes n'ont pas confiance au système de soins biomédicaux, les organismes sont vus plutôt positivement. Les répondantes soulignent leur utilité en ce qui a trait à leur bien-être dans le quartier vu les relations sociales qu'ils permettent de créer, l'aide qu'ils leur apportent et la place que ceux-ci occupent dans la vie de leurs enfants.

La quasi-totalité des femmes interviewées ont eu recours, soit comme usagère, soit comme bénévole, aux organismes communautaires, sauf une, Louise, costumière de soixante ans qui vit seule dans le quartier depuis dix ans, et qui fait presque toutes ses activités à l'extérieur de ce dernier. Les répondantes sont donc en mesure de mettre en évidence divers rôles qu'occupent les organismes. D'abord, pour plusieurs, ils permettent de créer des liens en favorisant les rencontres. Chantale, intervenante dans l'organisme où le terrain a été réalisé, raconte :

*J pense que c'est dû d'abord à la prolifération d'organismes communautaires qui font que les gens se rencontrent beaucoup plus fréquemment que dans d'autres quartiers parce qu'ils se rendent à ces organismes-là et ils se rendent d'un organisme à l'autre et ils se voient ailleurs.*

Par exemple, Rose, étudiante de trente et un ans, vivant seule, dans le quartier depuis huit ans, mentionne s'attacher au quartier grâce aux organismes et que ceux-ci lui ont permis et lui permettent encore de rencontrer des gens.

Pour certaines, ils permettent aussi de leur venir en aide lorsqu'elles vivent des périodes problématiques. Par exemple, Marie, femme de quarante-trois ans, sans emploi depuis douze ans, habitant dans le quartier depuis six ans avec ses trois enfants de dix, douze et quatorze ans, mentionne :

*C'est ce que j'ai dit aux gens là qui restaient chez eux, surtout les femmes qui ont des enfants tout seul. J'ai dit, sors, vas dans des organismes. Parce que eux, ils sont là pour nous, il nous écoute. Et... puis, c'est comme... rester à la maison, c'est comme rester avec notre problème.*

Marie mentionne aussi que le CLSC a été là pour elle suite à sa séparation pour l'aider à faire les démarches pour recevoir l'aide sociale et elle en est reconnaissante. Dans la même optique, Gisèle, femme de quarante-deux ans, vivant de l'aide sociale, habitant dans le quartier depuis huit ans, avec ses trois enfants de cinq ans, sept ans et vingt ans, mentionne qu'il y a beaucoup d'organismes dans le quartier et que ceux-ci l'ont soutenue dans les périodes plus difficiles de sa vie :

*Ben c'est ça là, c'est comme moi j'chus tout seule, j'ai eu beaucoup de « up and down », faque l'aide. Que ce soit l'aide alimentaire ou psychologique, ou quoi que ce soit, pour une personne comme moi, ça a été très très bénéfique.*

Elle rajoute :

*... Y'offre de l'écoute, j'sais pas comment dire, des travailleuses sociales qui peuvent t'aider un peu. Ils peuvent te donner des pistes à suivre, des... comment j'pourrais dire, des petites façons de t'sortir du pétrin un peu ou de pas te réembarquer dans un autre pétrin. Y'a des gens, ... desfois, des petites formations, ateliers qu'on pourrait appeler ça, l'estime de soi, et cetera. Desfois, ça peut aider en période... en basse période.*

Selon plusieurs des répondantes, les organismes communautaires sont aussi importants dans la vie de leurs enfants. Plusieurs d'entre elles soulignent que leur réseau et leur appartenance au quartier sont nés de la participation à diverses activités pendant leur grossesse ou lorsque leurs enfants étaient en bas âge. Par exemple, Gisèle, femme de quarante-deux ans, vivant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans, mentionne : « Moi là, comme avec mes jeunes enfants, j'commence à vivre plus la vie de quartier aussi là. » Aussi, Linda, psychoéducatrice de quarante-sept ans, vivant dans le quartier depuis seize ans avec ses deux filles de huit et treize ans, explique comment elle a connu des gens : « Ben beaucoup par les enfants j'pense. » Ainsi, la seule femme qui ne s'implique pas, Louise, femme de soixante ans, costumière, vivant seule dans le quartier depuis dix ans explique son inactivité dans le quartier par le fait qu'elle n'ait pas d'enfants :

*Tsé ça change une vie quand t'as pas d'enfants. Pis t'as rien. Pis les enfants, ça t'aide à sortir dehors, À jouer, à faire des sorties. C'est bien avec les enfants de faire des sorties pour leur apprendre pis tout ça. Moi, j'ai pas besoin de ça.*

Les organismes communautaires occupent donc une place importante dans la vie des familles et des enfants. En ce qui a trait aux rôles des organismes communautaires, les femmes mettent donc en évidence leur utilité en ce qui concerne la création de liens ainsi que comme fournisseur d'aide d'ordres divers.

La perception des organismes communautaires est plutôt positive, mais certaines femmes adoptent une vision critique par rapport à ceux-ci. Selon Hélène, femme de soixante-quatre ans, sans emploi, vivant dans le quartier depuis vingt-cinq ans, avec son fils avec une déficience intellectuelle, et Johanne, soixante-deux ans, artiste peintre vivant dans le quartier depuis vingt-quatre et vivant avec son fils de trente ans, les organismes communautaires ont changé dans les vingt dernières années. Impliquées dans divers organismes du quartier, elles sont en mesure de comparer. Elles m'ont toutes deux parlé d'un organisme dédié aux femmes dans lequel elles ont cessé de s'impliquer secondairement à un changement de vocation et de dynamique, à leur sens, qui faisait qu'elles ne s'y sentaient plus à l'aise. Aussi, Hélène considère que plusieurs organismes sont dans une logique de charité avec les gens qu'elle considère comme ayant besoin d'aide : « ... Un moment donné, j'trouve qui donne ben du poisson à place de l'éducation. Moi j'trouve ça, j'pas bien là-dedans moi tsé ». Même si la plupart des femmes voient les organismes communautaires positivement, les femmes impliquées depuis plusieurs années remarquent certains changements et certaines adoptent une vision critique de ceux-ci.

### **3.3.3. Mobilisation des ressources présentes dans le milieu**

Les inégalités ne sont pas uniquement générées par une inégalité d'accès aux biens primaires et c'est ce que démontre la théorie des capacités et du fonctionnement de Sen (1992) qui donne de l'importance à la manière dont la personne utilise les biens et ressources disponibles (Sen, 1992). Les inégalités sont donc créées, entre autres choses, par la capacité des individus

à convertir des biens de base en bien-être (Frohlich, Corin et Potvin, 2008). Dans ce mémoire, pour comprendre les inégalités de santé, une attention est portée sur les ressources disponibles et, aussi, sur ce que font les individus de ces ressources. La dernière partie de ce chapitre s'attardera à la manière dont les répondantes utilisent les ressources de santé et de services sociaux présentes dans le quartier.

La plupart des femmes ont mis en évidence l'importance de se mobiliser pour aller chercher de l'aide dont elles en ont besoin. Pour avoir accès aux nombreux services présents dans le quartier, les femmes doivent d'abord reconnaître leur problème. Gisèle, femme de quarante-deux ans, prestataire de l'aide sociale, vivant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans, met en lumière le fait qu'il ne soit pas toujours facile de reconnaître ses besoins et de les verbaliser, mais elle sait que cet exercice est nécessaire pour recevoir l'aide dont elle a besoin : « Ben c'est sûr faut que tu le dises, c'est sûr que si tu restes là ou que t'as de mauvaises idées, si tu restes là, y'a personne qui peut t'aider, mais dans l'coin y'a quand même des choses. » En plus de reconnaître ses besoins, il est nécessaire de prendre les moyens appropriés pour recevoir l'aide voulue. Par exemple, Marie, femme haïtienne de quarante-trois ans, sans emploi, vivant dans le quartier depuis six ans, avec ses trois enfants de dix, douze et quatorze ans, explique la trajectoire qu'elle a suivie pour retourner aux études: « Parce que moi, c'est comme ça que je suis sortie... bon je peux pas dire que je suis sortie cent pour cent, mais au moins j'vois des organismes j'ai expliqué mes problèmes. C'est comme si je suis allée plus loin. J'ai même retournée aux études. » Elle explique aussi les démarches qu'elle a dû faire pour recevoir de l'aide pour sa fille autiste. Quand elle est arrivée dans le quartier, elle est allée au CLSC qui lui a donné une liste d'organismes adaptés à sa situation. Pour recevoir de l'aide, elle a dû se mobiliser pour aller au CLSC et pour contacter les organismes spécifiques au type d'aide voulu. Les femmes reconnaissent qu'il y a des organismes dans le quartier pouvant leur venir en aide, mais qu'elles doivent, pour en bénéficier, identifier leurs besoins et les nommer aux instances concernées.

Même s'il est impératif de se mobiliser pour avoir accès aux divers services offerts dans le quartier, il existe certains facilitateurs tels que le dépistage en milieu scolaire, ainsi que les mesures mises en place pour faire connaître les organismes du quartier. À propos du dépistage en milieu scolaire, Francine, propriétaire d'une garderie de trente-deux ans, vivant dans le quartier depuis presque neuf ans avec sa fille de sept ans et demi, dit :

*Y'a d'l'aide pour nos enfants, y'en a tout plein, beaucoup plus justement qu'en (banlieue). Tsé ici, des orthopédagogues ou des orthophonistes ou des trucs, y'en a, y'en a pis en partant ils le voient l'enfant pis ils le détectent pis y vont aller l'aider, y vont aller le chercher tout de suite, tandis qu'ailleurs, dans d'autres quartiers, ça peut être plus long. En tant que parent, tu dois faire ta démarche toi-même, aller au CLSC, ou tsé, parce que bon.*

Dans Hochelaga-Maisonneuve, la mobilisation est aussi facilitée par certaines mesures utilisées pour faire connaître les services des organismes du quartier. Pour présenter leurs services, ces derniers peuvent faire des kiosques soit dans les écoles ou dans les organismes eux-mêmes. Par exemple, les répondantes m'ont fait part d'un kiosque à l'école dédié à un atelier d'éveil musical. Qui plus est, les soupers où le terrain a été réalisé font leur promotion par un kiosque dans l'organisme lui-même où les femmes peuvent prendre des informations et s'inscrire. Les personnes intéressées par les services de l'un ou l'autre des organismes du quartier doivent tout de même se prendre en charge en manifestant leur intérêt à participer à tel ou tel organisme en fonction de leurs désirs et de leurs besoins.

### **3.4. Conclusions**

En posant divers éléments liés à la santé, ce chapitre a permis de jeter les bases de notre objectif de recherche qui consiste à établir les liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance au quartier des résidentes d'Hochelaga-Maisonneuve. En dialogue avec les écrits, les données empiriques concernant la santé des répondantes ont été discutés et celles-ci ont permis de mettre en lumière divers éléments liés à la santé, tels que la polysémie du concept de santé. Les diverses définitions que les femmes en donnent sont davantage axées sur l'individuel que sur le collectif et se rapprochent plus du discours de l'OMS (1984) que de

celui des sciences sociales. Les femmes se considèrent globalement en santé et distinguent la santé physique de la santé mentale, même si elles en reconnaissent leur interinfluence. Les termes utilisés pour parler de la première sont plus précis que ceux pour parler de la santé mentale. Ceci est, entre autres, dû au contexte et au phénomène de désirabilité sociale. Elles reconnaissent vivre un certain stress secondairement à leur pauvreté économique, mais ne le lient pas à leur santé. Les femmes connaissent le discours de la santé publique et certaines l'incorporent et d'autres adoptent un discours de résistance à son égard. Alors qu'elles ont une opinion favorable des organismes communautaires de santé et de services sociaux présents dans le quartier et qu'elles reconnaissent devoir se mobiliser pour y avoir accès, leur opinion du système de soins est toute autre. Elles exposent un manque de confiance envers celui-ci et un problème de continuité dans les soins. À travers les entretiens, les répondantes prouvent leurs connaissances des services, ainsi que des recommandations de la santé publique, en lien avec les habitudes de vie, pour se maintenir en santé. Ceci permet d'aller au-delà d'une des explications utilisée fréquemment pour comprendre les inégalités de santé, soit la méconnaissance, à la fois, des habitudes de vie « saines » et des services de santé et de services sociaux offerts. Toujours en lien avec la question de recherche, les répondantes mettent de l'avant l'importance des liens sociaux comme facteur déterminant la santé. C'est pourquoi ceux-ci seront discutés dans les prochains chapitres.

## **Chapitre 4 : Environnements et santé**

Différentes études (Centre Léa-Roback, 2007 ; De Koninck et al., 2006 ; ASSSM, 2011 ; Macintyre et al., 2002) dressent des liens entre les inégalités de santé et les environnements. Le cadre des quartiers, l'environnement urbain, ainsi que le milieu de vie physique et social influencent les conditions de vie et la santé des populations (ASSSM, 2011). Selon une étude du Centre Léa-Roback (2007), il existe un effet de quartier ou de voisinage qui est le résultat d'un ensemble de processus par lesquels l'environnement agit sur la santé, sur la situation économique, sur les comportements, sur le développement et sur la réussite scolaire sans que celui-ci soit seulement lié à l'aspect économique des résidents d'un quartier donné. Pour comprendre comment le quartier peut influencer sur la santé, l'environnement peut être décomposé en divers domaines, soit ceux physiques, économiques, institutionnels, de sociabilité locale et d'organisation communautaire (Centre Léa-Roback, 2007).

Dans le même ordre d'idées, selon une étude faite par Macintyre et al. (1993), différents facteurs présents dans les lieux de vie peuvent influencer sur la santé, telle que les caractéristiques physiques de l'environnement partagé par l'ensemble des résidents, soit la qualité de l'air et de l'eau ; les environnements au travail, à la maison et pendant les loisirs, soit les logements ou les lieux de travail ou de jeux sécuritaires ; les services disponibles publics ou privés pour supporter les personnes dans leur vie quotidienne, soit les services sociaux ; les facteurs socioculturels du quartier et la réputation d'un lieu, soit la façon dont le quartier est perçu par les résidents et les autres. Aussi, Macintyre, Ellaway et Cummins (2002) ont démontré que les infrastructures matérielles et le fonctionnement social influençaient la santé. Pour faire le lien entre le lieu et la santé, elles ont utilisé la pyramide des besoins universels de Maslow. Selon elles, il est important d'aller au-delà du capital social<sup>7</sup> et de la cohésion sociale dans la compréhension de l'effet du lieu sur la santé (Macintyre, Ellaway et Cummins, 2002). Elles

---

<sup>7</sup> Vu le caractère controversé de ce concept et ses multiples usages différents (Bibeau, 2005), il est important de préciser que, dans ce mémoire, la définition de Bourdieu (1980) est privilégiée. Ce concept réfère donc à un ensemble de ressources reliées à un réseau durable de relations, à une appartenance à un groupe et à des liaisons permanentes et utiles. Selon Bourdieu (1980), le capital social recoupe donc diverses dimensions, soit les réseaux sociaux, les normes de réciprocité, la participation sociale, le soutien social, la confiance et l'accès aux ressources sociales. (Bouchard, 2008)

ont mis en lumière trois types d'explications des variations géographiques en santé, soit de composition qui réfère aux caractéristiques des individus en un endroit donné, de contexte qui implique les structures dans l'environnement physique et social et collectif qui englobe les enjeux historiques et socioculturels des communautés (Macintyre, Ellaway et Cummins, 2002). Ceci rejoint les propos de Frohlich, Corin et Potvin (2008) selon lesquels le contexte, pensé comme étant une combinaison des pratiques sociales et de la structure sociale, influence la santé. Cette interinfluence entre les individus, le quartier et les inégalités de santé, nous incite à vouloir mieux saisir comment les individus utilisent leur potentiel en ayant recours à l'ensemble des contraintes, physiques, économiques, culturelles ou sociales, et des opportunités offertes par le contexte local pour transformer les ressources en santé (Frohlich, Corin et Potvin, 2008).

Pour comprendre l'influence des milieux de vie sur les inégalités de santé, ce chapitre traitera des environnements physiques et sociaux. Ce faisant, il explorera comment le quartier et le réseau social peuvent influencer la santé et, par ricochet, les inégalités de santé. Le chapitre se divise en deux sections principales, soit l'environnement physique et l'environnement social. D'abord, puisque la perception du quartier peut influencer la santé des résidentes, celle-ci sera discutée. Généralement, les femmes interviewées investissent et apprécient leur quartier, principalement pour des raisons liées à la collectivité comme la mobilisation citoyenne, l'implication communautaire, le réseau social et les services offerts. Cette appréciation n'allait pas de soi puisque la plupart des femmes soulignent qu'elles n'aimaient pas Hochelaga-Maisonneuve avant d'y vivre. Certaines critiques par rapport à celui-ci sont aussi formulées par nos répondantes. La plupart des répondantes ont remarqué le processus de gentrification à l'œuvre dans le quartier, même si elles ne le décrivent pas en ces termes. Différents impacts de ce phénomène sont mis en évidence par les femmes, soit les impacts matériels, relationnels et sociaux. Les impacts matériels sont les plus discutés, puisque plus concrets et plus visibles. La rubrique portant sur l'environnement physique se conclut sur l'appartenance au quartier, aspect primordial pour nos répondantes, même si elles ne le lient pas à la santé. Selon celles-ci, la participation à divers organismes communautaire leur a permis de créer des liens et, par conséquent, de se sentir appartenir. La rubrique sur l'environnement social traite du capital

social et des liens sociaux. La notion de capital social est abordée selon les différents courants théoriques. Les liens sociaux sont importants pour les répondantes et, pour la plupart, elles les vivent dans le quartier. Pour la majorité, leurs liens extrafamiliaux ont pris naissance dans les organismes communautaires et sont, par conséquent, des liens faibles. Le chapitre se termine sur la reconnaissance de l'aspect bénéfique du soutien social sur les femmes.

#### **4.1. Environnement physique : le quartier**

Selon une étude du Centre Léa-Roback (2007), l'effet de quartier ou de voisinage agit sur la santé. Celui-ci est le résultat d'un ensemble de processus par lesquels l'environnement physique et social agit sur la santé, sur la situation économique, sur les comportements, sur le développement et sur la réussite scolaire. Par conséquent, l'effet de l'environnement sur la santé n'est pas uniquement lié à la concentration de richesse ou de pauvreté et c'est dans cette perspective qu'il nous semble important de prendre en compte la vie de quartier dans l'étude des inégalités de santé. Comme mentionné précédemment, le lieu peut avoir une influence sur l'adoption de certains comportements individuels, par exemple, en encourageant les résidents d'un quartier donné à utiliser un produit plutôt qu'un autre (Frohlich, Corin et Potvin, 2008). Certaines femmes ayant mentionné la difficulté d'accès aux fruits et légumes dans le quartier à l'étude, il est possible que les résidents en mangent moins qu'ailleurs à Montréal. Aussi, certaines femmes ont mentionné une grande présence de fumeurs dans le quartier ce qui peut inciter les résidents du quartier à fumer, alors qu'il est prouvé que la cigarette ainsi que la faible consommation de fruits et de légumes ont un impact néfaste sur la santé. Toujours en lien avec l'environnement, il est important de tenir compte de la manière dont les stress est géré collectivement. Les impacts des caractéristiques biologiques et des ressources sociales disponibles agissent plus largement qu'au niveau individuel (Corin, 1996). Par conséquent, le lieu peut avoir un impact sur la santé, même si les femmes ne le mentionnent pas directement dans les entretiens.

Comme il a été vu au deuxième chapitre, Hochelaga-Maisonneuve est un quartier en mutation, un processus de gentrification y est en cours depuis quelques années. C'est également un

quartier où réside une population jeune, majoritairement francophone et blanche. La proportion de gens pauvres économiquement est plus importante que dans d'autres quartiers de Montréal ce qui amène une vie communautaire très active. Cette section abordera la perception qu'ont les femmes de leur quartier, de la gentrification, ainsi que la manière dont elles vivent l'appartenance au quartier. Cette section se terminera sur la manière dont le lieu influence la santé.

#### **4.1.1. Perception du quartier**

Dans cette section, la perception qu'entretiennent les femmes à l'égard de leur quartier sera mise en évidence. La représentation que se font les individus de leur quartier influence leur relation au territoire, ainsi que leur santé (De Koninck et al., 2006) et c'est pourquoi cette rubrique se penchera sur la manière dont les répondantes perçoivent Hochelaga-Maisonneuve.

Il existe différentes définitions du quartier. Selon Sénécal, Cloutier et Herjean (2008), le quartier est un espace d'interactions sociales dans lequel certains enjeux sont débattus et où la figure de celui-ci se forme. Dans cette perspective, il n'est pas défini par un ensemble de repères historiques et de traits distinctifs, mais plutôt par un réseau organisationnel. Cette définition diffère de la traditionnelle basée sur les limites territoriales. Selon cette manière de voir, le quartier existe à travers un réseau de personnes qui font appel à la solidarité et à l'appartenance pour tenter de résoudre les problèmes et de construire le quartier. Dans cette optique, l'action formerait davantage le quartier que l'histoire. Ceci rejoint les propos de De Koninck (2008) selon lesquels le milieu local n'est pas seulement un découpage territorial, mais plutôt un lieu de ressources physiques, sociales et d'espaces vécus. Cela se rapproche des propos des répondantes qui donnent une importance particulière aux liens sociaux vécus dans le quartier. Ces dernières associent le quartier à un village où tous se connaissent et se saluent. Par exemple, Johanne, femme de soixante-deux ans, vivant dans le quartier depuis vingt-quatre ans avec un de ses fils adulte, exprime :

*Les personnes, j'trouve c'est comme un p'tit village, chaque chaque, tsé c'est comme au début, Montréal me faisait peur, pis là, j'me suis aperçue que tsé Hochelaga-Maisonneuve, c'est comme si j'étais dans mon petit village.*

L'importance de l'accès aux ressources est mise en valeur dans la définition du quartier que proposent Frohlich, Corin et Potvin (2008) et celui-ci est compris comme allant au-delà de la concentration de richesses ou de pauvreté. Selon ces auteures, le quartier réfère à une «panoplie de ressources auxquelles les individus peuvent avoir accès, de façon individuelle ou collective, en mobilisant des capitaux de nature et de quantité variable» (p.171). L'environnement physique est fonction de l'environnement social. Par exemple, selon elles, certaines contraintes sociales obligent un individu donné à vivre dans un logement insalubre. Les différents types d'environnements sont donc interreliés, que ce soit l'environnement économique ou institutionnel et les organisations communautaires et de sociabilité (Frohlich, Corin et Potvin, 2008).

La presque totalité des femmes interviewées investit beaucoup le quartier, sauf une répondante, à savoir qu'elles y font leurs achats, qu'elles utilisent les ressources présentes et qu'elles y pratiquent des loisirs. Alors que la plupart des répondantes parlent aisément de leur quartier ce qui démontre qu'elles en ont une bonne connaissance, Louise, la seule femme disant ne pas investir le quartier, soixante ans, costumière vivant seule, dans le quartier depuis dix ans, exprime la difficulté qu'elle a à parler d'Hochealga-Maisonneuve :

*Rires. Ça va être difficile. Rires. J'sais qui s'passe plein de choses parce qu'on est au courant...j'magasiné un peu dans l'coin. Renaissance que j'aime beaucoup. Rires. Mais j'fais pas mes gros achats ici.*

Avant d'habiter le quartier, la plupart des femmes avaient une opinion plutôt négative du quartier, mais celle-ci a muté positivement au fil des années d'habitation. Par exemple, Johanne, femme de soixante-deux ans, vivant dans le quartier depuis vingt-quatre ans avec son fils adulte, nous exprime :

*J'sais pas, moi la première fois que j'y ai mis les pieds pour la première fois, ça a été une impression négative. Parce qu'on dirait que j'y voyais seulement des*

*manufactures. Donc eee... j'faisais probablement un coin, j'faisais les rues à pied pour me trouver un logement parce que j'me disais, selon l'énergie de la rue, j'avais voir si c'est une rue intéressante à vivre ou non, selon les voisins ou j'sais pas. Pis eee... ça a été négatif, mais ensuite, la deuxième fois, j'suis descendue plus au sud pis oups j'ai découvert un quartier intéressant.*

Aussi, Ève, femme de soixante-trois ans, résidant dans le quartier depuis quinze ans, nous a parlé des préjugés qu'elle entretenait par rapport au quartier. Elle mentionne ne pas être capable d'expliquer leur nature, mais ceux-ci se sont rapidement dissipés. Elle raconte :

*Probablement que j'avais des préjugés du fait de venir ici. Parce que quand tu restes en bas, j'sais pas trop dans ma tête à moi là, quand tu restais en bas de la côte de Sherbrooke<sup>8</sup>, y'avait comme je sais pas comme un débalancement qui s'faisait dans mon cerveau. J'pourrais pas expliquer ça, mais bon, mais c'était comme ça. Rires. C'est niaiseux là, mais c'est comme ça, j'avais un débalancement dans la tête. En tout cas, ça s'est passé, pis là chu ben contente de rester ici.*

Certaines des répondantes entretiennent toujours certains préjugés à l'égard du quartier. Par exemple, Rose, étudiante de trente-et-un ans vivant seule dans le quartier depuis huit ans, parle de l'odeur et de la malpropreté du quartier. Elle dit:

*J'trouve qu'y'en a qui font dur aussi là. (en référence aux résidents du quartier) Je suis vraiment désolée là. J'trouve qu'y'a beaucoup de fumeurs. Pis j'ai comme l'impression qu'y'a moins de fumeurs, mais qui restent toute ici.*

Hélène, soixante-quatre ans, vivant dans le quartier depuis vingt-quatre ans, quant à elle, mentionne que sa petite-fille n'est pas dans le quartier, mais plutôt dans le quartier voisin à l'est: « C'est mieux pour la p'tite. C'est grave les enfants dans l'quartier, c'est triste les enfants dans l'quartier. » Elle continue en disant : « C'est l'festival des petites familles dans l'quartier, mais c'est pas des p'tites familles en santé. » Même si la plupart des répondantes ont, aujourd'hui, une vision plutôt positive de leur quartier, les extraits précédents démontrent que cela n'a pas toujours été le cas puisque, avant d'y élire domicile, les femmes entretenaient des préjugés défavorables à l'égard d'Hochelaga-Maisonneuve.

---

<sup>8</sup> Sur la rue Pie-IX, situé au cœur du quartier Hochelaga-Maisonneuve, au sud de la rue Sherbrooke, il y a une côte qui sert de frontière entre Rosemont et Hochelaga-Maisonneuve. Donc, « en bas de la côte de Sherbrooke » réfère au cœur du quartier à l'étude.

Pour la plupart des femmes, leur appréciation du quartier vient de facteurs collectifs tels que la mobilisation citoyenne, l'implication communautaire, le réseau social et les services offerts. Beaucoup mentionne que leur appréciation du quartier est née de leur implication dans les divers organismes, puisqu'elle leur a permis de se créer un réseau social. Par exemple, Ève, femme de soixante-trois ans, très impliquée dans divers organismes communautaires, vivant dans le quartier depuis quinze ans avec ses deux sœurs, sa mère, son petit-fils et deux pensionnaires, raconte :

*Quand t'arrivais ici, mais j'avais des préjugés, faut croire, comme tout l'monde. J'avais des préjugés. Mais eee... mais par contre, une fois que j't'arrivé ici, au bout d'un mois, j'me suis bien habituée. J'ai rencontré des gens ben sympathiques. C'est rare ici, quand tu t'promènes sa rue, les gens t'disent bonjour pareil, comme si y t'connaissait depuis des années, pis aussi, j'ai découvert les organismes.*

Une seule personne se dissocie de cette vision plutôt collective en lien avec l'appréciation du quartier. Louise, costumière de soixante ans, vivant seule, dans le quartier depuis dix ans est la seule personne interviewée ne s'étant jamais impliquée dans aucun organisme du quartier et elle est aussi l'unique personne à réaliser la plupart de ses activités de consommation et de loisirs à l'extérieur d'Hochelaga-Maisonneuve. Son réseau social est aussi principalement composé de gens vivant hors du quartier. Son appréciation de ce dernier est dictée par son logement, un facteur plutôt individuel :

*Moi, j'chu bien ici quand même, même si j'suis pas... eee... près de... Du centre-ville mettons, j'dirais pas l'centre-ville, mais près du centre. Moi j'ai une auto de toute façon, faque j'peux aller où j'veux faque c'est pas ça l'problème. Non pour rester ici, c'est correct. J'aime mon appart, on est tranquille, tout l'monde est tranquille, y'a pas de chicane avec mon voisin parce qu'y met sa musique trop forte, ça, ça va super bien.*

Même si les femmes apprécient généralement leur quartier, elles en font certaines critiques. Comme éléments négatifs, plusieurs répondantes mettent de l'avant la prostitution, la drogue,

les hausses de loyers, la malpropreté et la non-intervention de la ville à cet égard. Selon les femmes, le quartier est plus malpropre depuis que la collecte des ordures est passée de deux fois par semaine à une fois par semaine. Cette décision de la ville avait pour but d'inciter les résidents à déposer moins souvent leurs ordures sur la voie publique. Selon les répondantes, le résultat est tout autre à savoir qu'elles restent plus longtemps à l'extérieur ce qui fait que, par exemple, des matelas sont sur le trottoir pendant une semaine. Dans la plupart des arrondissements de Montréal, la collecte des ordures ménagères se fait deux fois par semaine sauf pour LaSalle, le Sud-Ouest, Verdun, l'Île Bizard, Roxboro-Pierrefonds, Rivière-des-Prairies et Pointe-aux-Trembles ainsi que Saint-Laurent. Dans Mercier-Hochelaga-Maisonneuve, cette décision a été prise il y a un peu plus de deux ans (Ville de Montréal, site consulté le 15 novembre 2013). Christine, travailleuse aux services à la clientèle de cinquante-neuf ans, vivant seule dans le quartier depuis treize ans, met en évidence le traitement différentiel que vit Hochelaga-Maisonneuve en lien avec la propreté :

*Chu certaine que c'est pas comme ça dans Westmount ou dans... c'est comme que vu que c'est un peu un quartier défavorisé. Hey y vont pas laisser traîner des choses en avant d'une grosse maison de riches.*

Francine, propriétaire d'une garderie de trente-deux ans, vivant dans le quartier depuis presque neuf ans avec sa fille de sept ans et demi, parle aussi de la malpropreté et de l'inaction de la ville :

*Ben présentement là, la saleté des fois ça m'écoeure. Juste avant hier, j't'allée au Parc du Marché Maisonneuve, pis eee.... Mais tsé oui, faut appeler la ville, oui faut l'appeler, mais faut être plusieurs à l'appeler et souvent. Tsé les ruelles qui sont pas propres. Les matelas qui traînent tsé. Mais ça c'est pas nécessairement la ville, y'en a qui sortent leur vidange quatre jours à l'avance.*

Cette rubrique expose l'importance qu'occupe le quartier dans la vie des répondantes. Puisque ces dernières apprécient leur quartier pour des raisons plutôt collectives, telles que la mobilisation citoyenne, les services offerts et le réseau social, elles ne voient pas seulement leur quartier en tant que découpage territorial. Hochelaga-Maisonneuve est vu comme un lieu de sociabilités regorgeant de plusieurs ressources. Même si elles entretiennent une opinion

plutôt favorable à l'égard de leur quartier, opinion qui s'est modifiée au fil du temps, certaines demeurent critiques. Aucune des répondantes ne lie directement leur santé avec l'environnement physique qu'est le quartier. Plusieurs restent critiques à l'égard de leur quartier.

#### **4.1.2. Gentrification**

Depuis quelques années, le quartier Hochelaga-Maisonneuve connaît un processus de gentrification. Entendu comme étant un phénomène physique, économique, social et culturel qui consiste en la transformation d'un quartier traditionnellement défavorisé par l'installation d'une population plus favorisée (Lavoie et al., 2011), la gentrification a une portée matérielle, sociale et relationnelle. Pendant les entretiens, le phénomène de gentrification a été abordé directement et indirectement et ses trois principaux types d'impacts en ressortent, soit matériel, relationnel et social. Au niveau matériel, les répondantes mettent l'accent sur la construction de nouvelles habitations, sur les nouveaux commerces et sur l'augmentation du coût des loyers. Au niveau relationnel, les relations qu'entretiennent les répondantes avec les nouveaux arrivants semblent osciller entre la tension, l'indifférence et l'idéalisation. Elles abordent aussi certaines de leur crainte par rapport à ce phénomène. Finalement, au niveau social, les femmes remarquent une plus grande diversité dans le quartier depuis l'arrivée des nouveaux arrivants. Les femmes ont, pour la plupart, remarqué divers changements depuis leur arrivée dans le quartier, mais seulement une minorité d'entre elles les expliquent comme étant partie prenante des processus de gentrification. Selon Chantale, travailleuse sociale oeuvrant dans le quartier depuis plusieurs années et intervenante, depuis dix ans, dans l'organisme communautaire où le terrain a été réalisé, les femmes fréquentant l'organisme sont conscientes que les condominiums prennent de plus en plus de place. Par contre, selon elle, leur sujet de préoccupation est surtout axé sur la santé physique et mentale et non pas sur le processus de gentrification.

Elles ont toutes remarqué la construction de condominiums et l'apparition de nouveaux commerces, tels que des cafés et des boulangeries. Plusieurs femmes ont aussi fait mention de l'augmentation du coût des loyers. Les opinions liées à ces changements sont diverses.

Certaines femmes sont mitigées dans leur appréciation de l'impact positif ou négatif sur le quartier des nouvelles installations résidentielles et commerciales, d'autres sont prudentes quant à l'impact de la gentrification vu le caractère récent de ce phénomène, et d'autres encore voient les nouveaux commerces comme une amélioration pour le quartier. En effet, les trois personnes interviewées ayant des emplois rémunérés voient l'arrivée de nouveaux restaurants et de nouveaux commerces d'un œil plutôt favorable, alors que celles qui ne travaillent pas semblent plus réticentes face à ceux-ci. Francine, propriétaire d'une garderie de trente-deux ans, vivant dans le quartier depuis presque neuf ans, avec sa fille de sept ans, voit favorablement l'arrivée de nouveaux restaurants et des nouvelles boutiques amenées par la gentrification :

*Oui, y'a pas juste des magasins de bobettes et des pawn shops. Parce que ça ressemblait pas mal à ça Ontario. Mais eee.... Rgarde là c'est trippant, c'est ça, les bons restaurants. À date, c'est pas mal ça. Ah y'a quelques cafés, quelques petites boutiques gourmandes...*

Christine, femme de cinquante-neuf ans, travaillant en services à la clientèle, abonde aussi dans le même sens :

*Puis j'pense que ça va, que j'vas toujours rester ici dans le coin, parce que moi j'aime le coin, c'est un coin que j'aime beaucoup parce que ça commence à se développer. Toutes les petits cafés, pis ça me plait de plus en plus...*

Les autres femmes ont des opinions plutôt nuancées par rapport à ce phénomène. Ève, par exemple, militante dans un organisme de défense de droit aux logements de soixante-trois ans, sans emploi, vivant dans le quartier depuis quinze ans avec ses deux sœurs sa mère et son petit-fils, mentionne ne pas savoir si la gentrification aura un effet positif ou négatif puisque celle-ci est trop récente. Néanmoins, elle exprime sa peur par rapport à une possible augmentation du coût des loyers ce qui aurait pour impact de déplacer certaines personnes en situation de précarité financière. Elle dit :

*On voit l'ouverture de restaurants, les condos, on voit que la mentalité change avec les années. Je sais pas si c'est mieux ou si c'est pire. En tout cas, on va voir à l'usage. C'est sûr que des gens auront pu les moyens bientôt parce que ça a augmenté. Le fait qu'y'aille des condos, des nouveaux magasins, des nouveaux restaurants plus huppés*

*pis tout ça, ça a augmenté aussi les loyers de manière assez substantielle quand même, alors c'est sûr que les gens très très pauvres vont être obligés de partir plus à l'est.*

Certaines femmes parlent de l'augmentation des prix des biens de consommation, comme Gisèle, femme de quarante-deux ans, sans emploi, vivant dans le quartier depuis huit ans, avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans:

*Moi j'ai ben d'la misère à dire, tsé c'est sûr que des nouveaux arrivants, c'est sûr que ça coûte plus cher les choses, mais en même temps, y'a d'la plus belle qualité, j'veux dire eee...y'a plus de diversité.*

En ce qui concerne l'impact matériel de la gentrification, les femmes ont remarqué certains changements au niveau des infrastructures, mais leur opinion est nuancée en ce qui concerne les impacts positifs ou négatifs de ces changements. Alors que les travailleuses semblent voir l'émergence de nouveaux lieux de consommation de manière plutôt positive, les non-travailleuses semblent être mitigées entre le désir de voir leur quartier offrir plus de choix quant aux biens de consommation et la peur de ne pas être en mesure, financièrement, de profiter de ce nouvel éventail de produits, tant au niveau des biens de consommation que des logements.

Alors que les répondantes traitent clairement de l'impact matériel de la gentrification, l'impact relationnel est moins mis de l'avant et celui-ci est discuté en des termes plus flous. Ceci peut s'expliquer par le fait que les impacts relationnels sont plus abstraits puisque moins visibles que les impacts matériels. La relation qu'entretiennent les répondantes avec les nouveaux arrivants semble osciller entre la tension<sup>9</sup>, l'indifférence et l'idéalisation. Cette dernière se fait principalement en lien avec la scolarisation, la culture ou la beauté des nouveaux arrivants. Par exemple Gisèle, femme de quarante-deux ans, sans emploi, habitant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans, parle des nouveaux arrivants en ces termes :

---

<sup>9</sup> La tension sera traitée davantage dans le prochain chapitre puisque celui-ci est dédié aux processus d'inclusion et d'exclusion à l'œuvre dans le quartier, ceux-ci étant intimement liés aux tensions amenées par la gentrification.

*Moi, j'suis peace avec tout l'monde. C'est sûr que tsé, moi j'aime la culture, pis les gens qui arrivent sont plus cultivés, j'veux dire y'ont été à l'université, y connaissent l'art, y parlent bien.*

Aussi, Francine, propriétaire d'une garderie de trente-deux ans et vivant dans le quartier depuis presque neuf ans avec sa fille de sept ans, mentionne :

*Oui y'a vraiment du beau monde. Y'a des beaux garçons, des belles filles aussi, du beau monde, pis beaucoup de p'tite famille.*

Toujours en ce qui concerne les impacts relationnels, les femmes verbalisent quelques craintes par rapport au processus de gentrification. Elles ont remarqué que les nouveaux arrivants participent peu ou pas à la vie de quartier. Selon la définition du quartier vue dans la section précédente, il est possible de se demander, si à long terme, la gentrification ne contribuerait pas à dissoudre l'appartenance au quartier et les réseaux de solidarité. Qui plus est, comme il a été mentionné par plusieurs au moment de l'enquête, il y a plusieurs organismes dans le quartier puisque beaucoup de résidents vivent sous le seuil de la pauvreté et ceux-ci favorisent les liens sociaux. On peut alors se demander si l'afflux de nouveaux arrivants pourrait contribuer à dissoudre les organismes communautaires et par le fait même, dissoudre certains liens sociaux vécus dans le quartier. Ces préoccupations sont formulées par Linda, psychoéducatrice de quarante-sept ans, vivant depuis seize ans dans le quartier, avec ses deux filles :

*Ben oui, y'a eu beaucoup de gentrification, mais eee, comment j'dirais ça... On on, c'qu'on dit là entre voisins, c'est qu'on voit mal, on les voit pas ces gens-là. Y'a eu des condos qui se sont construits pis on dirait qu'y'ont emménagé ici parce que c'est pas cher, mais y vivent pas ici, y consomment pas ici, on les voit pas. C'est particulier, mais c'est comme ça.*

Un peu plus loin, elle rajoute : « Moi c'est la vie d'quartier que j'veux garder ». Chantal, l'intervenante du souper où le terrain a été réalisé, évoque la même idée en mentionnant que la construction de condomiums amène une nouvelle tranche de population qui n'utilise pas les organismes et que, par conséquent, le quartier prend une nouvelle figure. Elle demeure prudente quant aux effets à long terme puisqu'il s'agit d'un phénomène récent.

Un des impacts sociaux de la gentrification est la diversité sociale, pouvant être appelé mixité sociale. Dans ce mémoire, ce concept est entendu comme le mélange d'individus de diverses classes sociales. Plus largement, la mixité sociale peut être comprise comme le mélange de diverses catégories sociales et, à Montréal, elle est basée sur des modes d'occupation de l'espace plutôt sur le choix délibéré de mélanger des catégories sociales dans un but d'équité ou de progrès (Germain et Rose, 2010). Elle est née en Angleterre pendant la Révolution industrielle et elle est réapparue, tout au long du vingtième siècle, dans le domaine de l'aménagement urbain, en Europe et en Amérique du Nord (Germain et Rose, 2010). Même si les quartiers populaires ont toujours connu une relative diversité sociale, particulièrement jusqu'à l'exode de la classe moyenne vers les banlieues dans les années cinquante et soixante (Germain et Rose, 2010), dans le quartier à l'étude, la mixité sociale semble être accentuée par la gentrification. Les femmes rencontrées dans le cadre de cette étude reconnaissent la diversité sociale de leur quartier. Par exemple, quand on demande à Hélène, femme de soixante-quatre ans, vivant dans le quartier depuis vingt-cinq ans, comment elle voit son quartier, elle explique que ses habitants sont diversifiés : « Oh boy ! Mélangé ! Un damier. » Ève, femme de soixante-trois ans, vivant dans le quartier depuis quinze ans, met aussi en évidence une diversité sociale de plus en plus importante dans Hochelaga-Maisonneuve : « Y'en a aussi qui travaille. C't'un peu mixé maintenant à cause de l'arrivée des condos. C'est moins pauvre. » Christine, femme de cinquante-neuf ans, vivant dans un condo construit dans une ancienne biscuiterie, résidente du quartier depuis treize ans, voit la diversité sociale grandissante d'un œil favorable :

*Moi, j'aime ça, j'trouve que... qu'est-ce que j'aime c'est que j'trouve qu'y'a plus de condos. Moi, j'aime ça parce que je trouve que ça amène des gens eeee... considéré dans un quartier défavorisé où y'avait beaucoup de gens qui travaillaient pas et où la pauvreté. Pis là, j'trouve que c'est comme, ça s'mélange là. Y'a des gens qui travaillent pas, mais y'a aussi des jeunes qui viennent avec leur famille qui tsé... Moi j'aime ça, fait que le quartier est plus beau. Les usines qui se sont transformées en condos, moi, chu pour ça.*

Les femmes rencontrées s'entendent aussi pour dire que, depuis quelques années, le quartier est plus dynamique. L'offre s'agrandit tant sur le plan culturel qu'au niveau des diverses activités, que ce soit en lien avec la construction d'un important bâtiment public de la Ville de Montréal, soit le nouveau Planétarium de Montréal, ou avec les activités, autant estivales qu'hivernales, pour toute la famille, qui se déroulent dans un espace public extérieur, soit sur l'esplanade du Stade olympique de Montréal.

Les entretiens, ainsi que la littérature scientifique et militante soutiennent que le phénomène de gentrification est bien amorcé dans le quartier. Même si la majorité des répondantes ne nomment pas spécifiquement ce phénomène, elles mettent en évidence les divers changements vécus dans le quartier que ce soit au niveau matériel, relationnel et social. Les impacts matériels impliquent la construction de condominiums et les nouvelles installations commerciales alors que les impacts sociaux et relationnels sont plutôt dans le registre de la diversification des résidents et par le plus grand dynamisme culturel. Les femmes se prononcent peu sur les conséquences de la gentrification vu le caractère récent de ce phénomène, mais elles semblent inquiètes par l'accessibilité aux logements et aux biens de consommation.

#### **4.1.3. Appartenance au quartier**

L'appartenance au quartier est un déterminant social de la santé qui a été étudié théoriquement dans la recension des écrits et qui le sera empiriquement dans la présente section. Comme De Koninck (2008) l'expose, celui-ci est important à explorer puisque le rapport des résidentes avec leur milieu de vie est directement lié au sentiment d'appartenance. Pour les femmes rencontrées lors de l'enquête, le sentiment d'appartenance au quartier est né par la création de liens sociaux, d'un réseau social. Par exemple, Linda, psychoéducatrice de quarante-sept ans, vivant dans le quartier depuis seize ans avec ses filles de huit et treize ans, mentionne : « Ben c'est ça, j'ai un sentiment d'appartenance, de sécurité, j'connais mes voisins... » La plupart des répondantes lie la création de liens sociaux à l'implication communautaire, cette dernière contribuant à la construction du sentiment d'appartenance.

Pour plusieurs femmes, le sentiment d'appartenance au quartier est né de la participation à divers organismes communautaires, comme usagère ou bénévole. Par exemple, Ève, femme sans-emploi de soixante-trois ans, vivant dans le quartier depuis quinze ans avec ses deux sœurs, sa mère et son petit-fils, mentionne se sentir bien dans le quartier : « ...Parce que j'ai comme une appartenance, c'est sûr, parce qu'avec toutes les places que j'vas, j'connais plus de monde, j'm'implique. » Rose, étudiante de trente et un ans, vivant seule dans le quartier depuis huit ans, explique que s'impliquer dans divers organismes lui a permis de se sentir plus intégrée dans le quartier. Lorsqu'on lui demande comment elle se sent dans le quartier, elle répond : « Desfois, j'me sens étrangère, mais sinon, j'dirais que pour certaines choses, ben je r'viens avec les organismes là, on est vraiment bien servi. » Christine, femme de cinquante-neuf ans vivant seule dans le quartier depuis treize ans, abonde aussi dans le même sens à savoir que l'appartenance est liée au réseau social principalement créé dans les organismes communautaires :

*Ouin, moi aussi j'trouve que eee.. tu rencontres les mêmes gens. J'aime ça tsé, on n'est pas nées à Montréal, mais on commence, moi peut-être moins que toi (en référence à sa sœur Johanne) là, mais j'commence à voir du monde que que qui sont dans des associations, aux soupers, ça reste dans le quartier. Pis dans l'autobus, j'commence à voir du monde pis à dire : « ha, allo, comment ça va ? » C'est l'fun ça, tu t'sens que tu fais partie d'un groupe, d'une communauté. J'aime ben ça, j'me sens comme chez moi, moi aussi.*

Aussi, Francine, propriétaire d'une garderie de trente-deux ans, vivant depuis presque neuf ans dans le quartier avec sa fille de sept ans et demi, met aussi en évidence l'importance de l'implication communautaire dans la création du sentiment d'appartenance :

*C'est niaiseux là, mais bon, on s'est fait voler deux fois, faque ça comme mal parti. J't'ais pas bien. Faque un moment donné, j'me suis mis à marcher dans le quartier pis là, j'ai vu un regroupement pour les mères sur la rue X. Faque là, j'suis rentrée là et j'ai parlé à Fanie qu'a s'appelle pis eee... « Ah Francine, t'es la bienvenue, on va te remettre ta carte pis on a des supers ateliers pour les mamans enceintes. » Faque j'ai vraiment tripé sur cet endroit-là pis c'est là que j'suis fait beaucoup beaucoup d'amis.*

*Des bonnes amies qui sont encore là justement... Faque à partir de ce moment-là, j'avais toutes mes après-midi de bookées. Ou j'allais faire d'la bouffe, là, j'me sentais déjà mieux dans le quartier.*

Les femmes expriment qu'elles sont arrivées dans le quartier vu l'accessibilité du coût des logements, mais que le fait de se sentir appartenir les a incitées à s'installer dans Hochelaga-Maisonneuve. Marie, femme de quarante-trois ans, mère de trois enfants de dix, douze et quatorze ans, vivant dans le quartier depuis six ans explique son arrivée dans le quartier et le sentiment d'appartenance qu'elle a développé à celui-ci par la suite :

*Bon, c'qui m'a amené c'est parce que j'avais fait une demande d'HLM comme les gens après m'ont dit... et puis... quand on m'a envoyé dans Hochelaga-Maisonneuve et puis j'ai... j'ai tombé en amour avec là... et puis à ce moment-là... j'ai dit oui.*

Elle poursuit en disant :

*...Y'en a tellement d'activités pour les enfants... et puis... pour moi aussi en tant qu'adultes là. Je peux retrouver d'autres personnes pour jaser, pour passer un peu de temps, pis je trouve que... c'est correct par rapport à d'autres quartiers, c'est comme si, dans le quartier Hochelaga là, je trouve qu'il y en a pour tout le monde.*

Un peu plus loin dans l'entretien, elle poursuit sur ce thème en exprimant : « Comme je vous dis là, y'a tellement de rencontres avec des gens là. C'est... pour moi, c'est idéal ce quartier. » Rose, étudiante de trente-et-un ans, vivant dans le quartier depuis huit ans, est aussi arrivée dans le quartier à cause de l'accessibilité des logements et elle exprime son attachement grandissant à celui-ci qu'elle explique comme cela :

*...Les organismes qu'y'a dans l'quartier. Je connais plus mon quartier. Pas nécessairement les gens, les gens je les rencontre plus au niveau des organismes, ici à l'école. Mais c'est ça pis... C'est facile j'trouve de s'ancrer à une place là, pis j'sais pas, s'tune habitude qui s'développe pis on voit les avantages. J'sais pas... J'me disais ah s'il fallait que je déménage, j'srais comme perdue, pis j'connaitrais pas l'coin, pis eee... Je sais pas, j'aurais tout l'temps le réflexe de revenir ici pour... j'sais pas... aller à la bibliothèque ou les activités tout ça, faque... Ouais s'tun peu dans ce sens-là.*

Les répondantes n'établissent pas de lien direct entre leur implication communautaire et leur santé. Toutefois, Chantale, l'intervenante au souper bimensuel, croit que l'implication communautaire incite les individus à adopter un mode de vie sain favorisant la santé. D'un point de vue théorique, une étude australienne réalisée auprès de femmes ayant entre soixante-treize et soixante-dix-huit ans a révélé que se sentir appartenir au quartier était associé à une meilleure santé physique et mentale, à un plus bas niveau de stress ainsi qu'à un meilleur soutien social et à une plus grande activité (Young, Russel et Powers, 2004). La plupart des répondantes se sentent appartenir au quartier. Selon Chantale, leur sentiment d'appartenance vient principalement de leur implication communautaire. Même si la plupart des femmes ont été amenées dans le quartier à cause du bas prix des logements, elles y sont restées grâce à l'appartenance qu'elles ont créée.

Plus largement, puisque différentes études ont démontré une relation entre le lieu et la santé ainsi que l'interinfluence entre ces deux notions, cette section a mis en lumière certains impacts que l'environnement physique pourrait avoir sur la santé. La perception que les femmes entretiennent à l'égard de leur quartier est plutôt favorable, même si elles restent critiques. Elles font aussi ressortir les impacts matériels, sociaux et relationnels de la gentrification. Finalement, l'implication communautaire des femmes, comme étant partie prenante de l'appartenance au quartier, a été étudiée. Alors qu'il est déjà établi que le sentiment d'appartenance est l'un des déterminants sociaux de la santé, l'effet du lieu sur la santé va au-delà de cela en permettant d'ancrer collectivement des habitudes considérées individuelles par la santé publique.

## **4.2. Environnement social : les liens sociaux**

En plus d'être influencées par les milieux de vie, les inégalités de santé peuvent être créées par la qualité et la densité des liens sociaux (De Koninck, 2008). Dans cette rubrique, ils seront d'abord étudiés à travers le capital social. Ce dernier étant de plus en plus utilisé en épidémiologie sociale, surtout depuis les années quatre-vingt-dix (Bibeau, 2005), les deux manières de le penser, soit la tendance américaine et celle européenne, seront exposées. Par la

suite, les liens sociaux des femmes seront abordés empiriquement. La plupart des femmes mentionnent que leur réseau social est principalement dans le quartier et que leurs liens extrafamiliaux se sont principalement formés lors de leur participation aux organismes communautaires. Elles entretiennent davantage de liens faibles, ces derniers étant tout aussi importants que les liens forts, mais occupant tous deux des rôles différents. Finalement, tout comme dans les écrits, les femmes soutiennent que leur réseau social joue un rôle positif en ce qui a trait à leur santé.

#### **4.2.1. Le capital social**

Cette rubrique s'intéressera au concept de capital social puisque, depuis les années 90, cette notion a commencé à être intégrée dans les recherches en épidémiologie sociale, particulièrement aux États-Unis, lorsque cette discipline a commencé à s'intéresser aux liens entre la santé et les variables sociales telles que la cohésion sociale, la solidarité et le réseau social. Le capital social est devenu un élément central dans l'analyse et dans la cueillette des données en épidémiologie sociale (Bibeau, 2005). Cet auteur met en évidence deux tendances en ce qui a trait aux manières de définir le capital social, soit la tendance américaine, ayant Coleman, sociologue américain comme emblème et la tendance européenne ayant Bourdieu comme figure de proue. Bourdieu (1980) définit le capital social comme un: « Ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance; ou, en d'autres termes, à l'appartenance à un groupe, comme ensemble d'agents qui ne sont pas seulement dotés de propriétés communes (susceptibles d'être perçues par l'observateur, par les autres ou par eux-mêmes) mais sont aussi unis par des liaisons permanentes et utiles. » (p.2) Bourdieu explique le social par quatre concepts centraux, soit les conditions objectives, les habitus, les champs et les pratiques. Les conditions objectives sont la position qu'occupent les individus sur la scène sociale et elles varient en fonction du capital économique, politique, social et culturel des personnes formant le groupe. Les habitus, quant à eux, réfèrent aux dispositions à agir qui sont liées aux incorporations des positions qu'occupe quelqu'un dans l'espace social et ils permettent de lier le collectif à l'individuel. Cette position est souvent

transmise généalogiquement. Alors que les champs sont des espaces structurés dans lesquels divers acteurs sociaux entrent en relations, les pratiques renvoient plutôt aux conduites adoptées par les individus et les groupes pour maintenir ou améliorer les positions sociales (Bibeau, 2005).

Contrairement à Bourdieu, les personnages clés de la tendance américaine, soit Coleman, sociologue, Putnam, politicologue et Fukuyama, économiste, ne tiennent pas compte de l'existence des groupes dominants, des conflits d'intérêts et d'une distribution inégale de la richesse. Ils subsument aussi la présence des violences structurelles qui sont parfois seulement réparées par l'État. Coleman met en évidence une pluralité de définitions du capital social et celle retenue en sociologie américaine est la : « capacité des acteurs individuels à acquérir des bénéfices à travers l'appartenance à des réseaux sociaux ou à d'autres structures sociales » (p.140). Dans cette discipline, le capital social peut être mesuré par des indicateurs sur deux niveaux, soit les interactions entre les acteurs individuels et l'intersection entre les individus et les groupes sur la scène sociale (Bibeau, 2005). Pour Putnam, le capital social passe par la confiance entre les citoyens. Finalement, Fukuyama se base sur la notion de capital social de Coleman et Putnam et ne fait aucune référence à Bourdieu. Pour lui, ce concept implique la transformation de la solidarité et de la confiance en valeurs marchandes mesurables en argent (Bibeau, 2005).

Les répondantes semblent davantage comprendre le capital social du point de vue américain qu'europpéen. En effet, ce qui importe pour elles est la création de liens et l'association. C'est pourquoi elles associent leur sentiment d'appartenance à leur implication communautaire, ainsi qu'aux liens qu'elles ont créés dans le quartier. Aussi, elles traitent de la notion d'utilité des relations créées dans le quartier qui provient principalement des théoriciens américains. Par exemple, Marie, femme de quarante-trois ans, vivant dans le quartier depuis six ans avec ses trois enfants de dix, douze et quatorze ans. Elle expose le fait qu'elle et une amie du quartier ayant, elle aussi, une enfant autiste, s'échangent des temps de gardiennage en fonction de leur disponibilité respective. Qui plus est, Johanne, femme de soixante-deux ans, vivant avec son fils de trente ans, dans le quartier depuis vingt-quatre ans, mentionne qu'une de ses

amies rencontrées dans les organismes communautaires l'invite à fêter Noël chez elle chaque année. La tradition européenne est donc totalement évacuée de la compréhension que se font les femmes de la notion de capital social.

#### 4.2.2. Les liens sociaux

Tel que mentionné dans le chapitre un (p.6) du présent écrit, le réseau social est un déterminant de la santé (Clarke, 2004, Beckman, 1977) même si le lien entre celui-ci et la santé physique et mentale est ambigu (Massé, 1995). Par contre, l'effet de la densité du réseau social sur la santé varie selon la nature du problème et selon les populations (House et Kahn, 1985 ; Walker et al., 1977 dans Massé, 1995). En se basant, à la fois sur la théorie et sur les entretiens, les liens sociaux des femmes seront analysés dans cette section, autant en ce qui concerne le lieu des liens que la nature de ceux-ci. Aussi, les rôles des liens sociaux, ainsi qu'une absence d'hommes dans la vie des répondantes seront mis en lumière.

La majorité des répondantes soulignent que la plus grande partie de leur réseau social se trouve dans le quartier, même si une minorité d'entre elles ont quelques amis et membres de la famille à l'extérieur de celui-ci. Ceci rejoint ce qui est mis de l'avant dans l'étude de Lavoie et al. (2011) qui conclut que les personnes âgées et les gens plus défavorisés économiquement ont un réseau social moins diffus dans l'espace que les individus plus jeunes et plus favorisés. Par exemple, Ève, femme de soixante-trois ans, vivant dans le quartier depuis quinze ans, explique que la plupart de son réseau réside dans le quartier :

*Ben tout l'monde que j'connais habite dans le quartier pour la plupart. Ben y'en a que j'connais qui reste à Laval. D'autres que j'connais qui reste à Saint-Jérôme, mais la plupart reste ici. ... Ma fille reste ici dans Hochelaga-Maisonneuve aussi. ... C'est ça depuis l'temps que j'reste ici, mes amis c'est pas mal dans c'coin ci.*

Aussi, la seule répondante, Louise, ne s'impliquant pas dans les organismes du quartier et ne se sentant pas appartenir à celui-ci n'entretient aucun lien social à l'intérieur d'Hochelaga-Maisonneuve. Lorsqu'il lui est demandé si sa famille et ses amis habitent dans le quartier, Louise, costumière de soixante ans, vivant seule dans le quartier depuis dix ans, répond :

« Non. Ah pas du tout. » Ceci rejoint ce qui a été mis en lumière par l'étude de De Koninck et al., réalisée dans la grande région de Québec (2006), à savoir que les résidents ayant plus de liens sociaux dans leur quartier se sentent davantage appartenir à celui-ci. Dans son étude, elle remarque que les résidents de Portneuf, ayant des liens sociaux et familiaux plus territorialisés, ont un sentiment d'appartenance et un attachement au territoire plus importants que ceux de Charlesbourg et de Limoilou.

Schnapper (1994) discute de quatre types de liens sociaux, soit ceux de filiation, référant à la famille, ceux de participation élective, regroupant les possibilités de choix d'une socialisation extrafamiliale, ceux de participation organique, provenant de l'organisation du travail, et ceux de citoyenneté liés au sentiment d'appartenance à une nation (Paugam, 2005). Pendant les entretiens, les femmes ont discuté de leurs relations familiales et extrafamiliales, ces dernières provenant de liens avec des amis ou des connaissances rencontrés, pour la plupart, dans les organismes communautaires. Gisèle, femme de quarante-deux ans, vivant dans le quartier depuis huit ans, exprime que ses liens sont principalement familiaux, soit sa mère et ses enfants. Ses liens extrafamiliaux ont pris naissance dans les organismes communautaires :

*Moi, c'est ça, mon réseau social, c'est beaucoup les organismes, les gens qui me connaissent là, qui sont des personnes, admettons y'ont pas mon numéro de téléphone. On s'voit là, je r'viens chez nous.*

Les relations nées dans ce contexte peuvent être assimilées aux liens de participation organique puisque l'implication de plusieurs des femmes est importante et, pour elles, elle prend la place d'un travail rémunéré. Seule une des femmes interviewées entretient des relations amicales avec ses collègues de travail. Louise, costumière de soixante-ans, vivant seule dans le quartier depuis dix ans, dit : « Mes p'tites collègues de travail que j'aime beaucoup et que j'appelle mes filles adoptives ». Plusieurs répondantes mettent de l'avant la durabilité des relations créées grâce à leur implication communautaire. Par exemple, Francine, propriétaire d'une garderie de trente-deux ans, vivant dans le quartier depuis presque neuf ans avec sa fille de sept ans et demi, parle des liens qu'elle a créés lorsqu'elle participait à des activités dans un organisme pour les futures mères, qui perdurent encore aujourd'hui :

*Faque j'ai vraiment tripé sur cet endroit-là pis c'est là que j'me suis fait beaucoup, beaucoup d'amies. Des bonnes amies qui sont encore là justement. ...*

Grâce aux données fournies par nos répondantes et en fonction de la théorie de Granovetter (1983), explorée dans la recension des écrits, portant sur les liens forts et les liens faibles, ces derniers semblent primer dans la vie de nos répondantes. Ceux-ci occupent une fonction différente des liens forts, mais n'ont pas une moindre importance. Mis à part les relations familiales, surtout avec leurs enfants et pour trois d'entre elles, avec leur fratrie, les liens sociaux des femmes interviewées proviennent majoritairement de leur implication communautaire et ceux-ci peuvent être catégorisés comme étant faibles. Ils permettent d'avoir de l'information et de se sentir liés, mais ils sont moins disponibles et fournissent moins d'assistance (Granovetter, 1983). Les propos recueillis lors de nos entretiens peuvent être mis en parallèle avec l'étude de Henning et Lieberg (1996), réalisée dans un quartier résidentiel de Suède, qui démontre que les relations sociales entre voisins jouent un rôle dans la vie quotidienne des individus. Cette étude documente l'importance du voisinage dans la création de liens faibles grâce à la proximité et à la continuité, mais elle met de l'avant le moins grand nombre de liens forts dans celui-ci. Dans ce contexte, les liens faibles y sont souvent nombreux ce qui donne donc, pour les individus, de l'importance à l'environnement local (Henning et Lieberg, 1996). Ceci peut expliquer, aussi, dans une certaine mesure, une appartenance au quartier. Selon cette même étude, les liens forts créés dans le voisinage atteignent une saturation après un certain temps et les contacts de voisinage sont surtout liés aux loisirs (Henning et Lieberg, 1996). Les liens faibles sont tout aussi importants que les liens forts et le quartier en est un générateur important ce qui a été mis de l'avant empiriquement et théoriquement.

Qui plus est, nous remarquons une très faible proportion d'hommes, à la fois dans la vie personnelle des femmes interviewées, et dans l'organisme communautaire où le terrain a été réalisé. Aucune des femmes interviewées n'a de conjoint et elles vivent soit seules, soit avec leurs enfants. Ceci peut être mis en parallèle avec le taux de monoparentalité du quartier qui est de 51%, soit largement supérieur au taux montréalais se situant à 33% (CSSS Lucille-

Teasdale, 2012). Par exemple, Marie, femme antillaise de quarante-trois ans, séparée, vivant avec ses trois enfants de dix, douze et quatorze ans, parle de la relation qu'a son fils avec les hommes:

*J'ai trois enfants, trois enfants merveilleux là. Ouais on a de bonnes relations, mais (bafouillement), y'a six ans de cela là, c'est comme j'étais toute seule avec eux, j'ai mon fils qui pose beaucoup de questions...et puis...si y'a un homme qui vient chez moi là. À son âge là il était comme l'homme de la maison. Parce que j'étais séparée avec son père là.*

Aussi, lors des soupers où avait lieu le terrain, il y avait une très forte majorité de femmes, par exemple, le 12 octobre, il y avait cinq hommes et dix-neuf femmes. Hélène, femme de soixante-quatre ans vivant dans le quartier depuis vingt-cinq ans avec son fils adulte ayant un handicap, remarque une absence des hommes dans le réseau communautaire. En parlant de l'organisme d'échanges de services dans lequel elle s'implique elle dit : « .... Mais c'qui manque c'est des castors bricoleurs, tsé on a d'la misère. » Ceci rejoint ce que Blais (1993) a soulevé dans son étude auprès de femmes vivant sous ou près du seuil de la pauvreté, à savoir une absence des hommes et des pères quasi généralisée.

Selon les entretiens et les écrits, le soutien social peut occuper différents rôles. D'abord, les liens sociaux apportent de la protection et de la reconnaissance aux individus. Alors que la première réfère à la mobilisation des supports face aux aléas de la vie, la seconde prouve l'existence de l'individu (Paugam, 2005). Pour Massé (1995), un soutien social adéquat implique une intégration dans divers types de réseaux, soit la famille, le travail ou les loisirs, qui peut fournir de l'aide dans différentes sphères, soit cognitive, émotive et normative. Le sens du soutien social ne se réduit pas à ses fonctions et il est donc important de le situer dans le contexte des relations humaines. La conception que les personnes se font d'une ressource potentielle, la satisfaction par rapport à l'aide reçue, la taille du réseau de soutien, la réceptivité de l'individu face à certaines formes d'aide, la propension à reconnaître ses besoins de soutien et à demander de l'aide sont des éléments conditionnés par les valeurs et l'idéologie dominante, par exemple, par la valorisation de l'autonomie, la vie privée ou la peur de déranger (Massé, 1995). Selon Blais (1993), le lien social se matérialise par la participation à

la vie publique et collective qui est une condition à la formation identitaire et à la création de rapports égalitaires. Par les organismes communautaires, les femmes participent à la vie collective, dans ce cas-ci à la vie associative.

En ce qui à trait aux liens entre la santé et les liens sociaux, Paugam (1996), stipule que peu de liens sociaux entraînent une vulnérabilisation. De plus, plusieurs études établissent des liens entre l'isolement social, en opposition avec le soutien social, et plusieurs maladies (Massé, 1995). Les nombreuses études à ce sujet ont fait ressortir deux types d'effets bénéfiques du soutien social sur la santé, soit un effet principal (Broadhead et al., 1983) et un effet tampon (Cassel, 1976). L'effet principal implique que l'intégration sociale produit des effets bénéfiques sur la santé en permettant de vivre des expériences positives et limite les expériences désagréables, alors que l'effet tampon du soutien social se fait seulement sentir dans les moments de stress (Massé, 1995). Le soutien social fonctionnel atténue les effets du stress quand le soutien fourni est approprié, alors que l'intégration sociale nourrit un sentiment de stabilité et d'estime de soi indépendamment du niveau de stress vécu. La taille du soutien social n'est pas l'unique caractéristique à prendre en compte, puisque sa solidité est aussi primordiale. (Massé, 1995) Rose, étudiante de trente et un ans, vivant seule dans le quartier depuis huit ans, parle des bienfaits du soutien social sur son humeur. Elle parle des soupers bimensuels de l'organisme où le terrain a eu lieu :

*C'est quasiment comme un antidépresseur instantané ou presque pis quasiment gratis là. Pis tsé, je r'tourne chez nous là, pis souvent j'vas y aller en marchant là, pis j'vas marcher pis je l'sais que j'me rends pis qu'j'suis comme ah tsé pis après ça je rviens pis je suis comme ouuuu pis là c'est l'fun pis j'ai eu une belle soirée pis ça je le remarque. Pis, au début, quand j'ai constaté ça, v'la quand même longtemps, tsé ça me dérangeait un peu. Tsé j'me disais ok, j'suis comme forcée d'admettre que les autres me font du bien tsé. Parce que j'aime ça être seule pis j'ai besoin de ça tsé. Mais oui, les autres me font du bien pis eee... là maintenant, j'l'ai admis pis c'est pas comme si c'tait mal là, au contraire là, pis j'essaie de me dire, là quand tu t'emmerdes chez vous là, ben tu l'sais que ça t'fait du bien d'avoir un contact avec quelqu'un, faque fais donc ça, appelle quelqu'un ou tsé.*

Linda, femme de quarante-sept ans, vivant dans le quartier depuis seize ans, parle des bienfaits du réseau social sur sa santé mentale :

*Mais tu vois, quand j'me suis en venue ici, j'ai eu (fille ainée) pis je me suis séparée enceinte de (fille cadette). Ça ça a été le moment le plus difficile de ma vie parce que quand tu divorces enceinte c'est pas évident. Pis là, j'sortais prendre des marches pis c'est sûr, j'rencontrais des gens que j'connaisais. Y'avait toujours quelqu'un, une voisine, pis même si j'avais pas un échange social très grand, tsé au moins, j'rencontrais quelqu'un pis d'avoir au moins une p'tite bouffée d'air pis de pas siphonner nécessairement mon réseau social. J'tais vraiment, j'tais très agressive. Rires. J'trouvais ça ben ben dur c'que j'vivais. Faque juste voir les gens, leur dire bonjour, ça brisait l'isolement. Pis c'est ça, pis là, pour moi, ça a vraiment faite du bien. C'est ça.*

Ces deux extraits témoignent de l'importance que peuvent avoir les liens faibles sur la santé des femmes. En ce qui concerne l'impact des relations sociales sur la santé, une étude, réalisée par Bouchard et al. (2006), auprès d'âinés, d'immigrants et de ménages à faible revenu, démontre que le fait d'entretenir d'importants réseaux de liens entre les personnes et avec les organisations est associé de manière significative à l'état de santé de ces trois sous-populations. Massé (1995) se questionne sur laquelle entre la perception du soutien social ou la quantité ou la qualité de l'aide reçue est le plus important en lien avec la santé. Une personne peut se sentir isolée pour différentes raisons. D'abord, il est possible que l'individu ne dispose pas de personnes ressources et que l'aide reçue soit inadéquate ou inexistante. Qui plus est, le réseau peut ne pas être disposé à fournir l'aide nécessaire, la personne peut se sentir subjectivement isolée ou ne pas avoir les habiletés pour mobiliser l'aide nécessaire (Massé, 1995). D'après les entrevues réalisées, aucune des répondantes n'a la perception subjective d'être isolée et elles sont en mesure de mobiliser l'aide nécessaire. Il est toutefois impossible d'évaluer si le réseau est disposé à leur offrir l'aide dont elles ont besoin et si celle-ci est adéquate. Finalement, Wilkinson (1996), suite à l'étude de cinq environnements différents, a mis en évidence que, plus la cohésion sociale est grande, meilleure est la santé. Par contre, si les relations entretenues amènent du stress, le réseau aura plutôt un impact négatif (Bouchard et al., 2006).

Le soutien social est un déterminant social de la santé reconnu, mais, selon les diverses études faites à ce sujet, son impact sur la santé est encore imprécis. Dans cette section, les liens sociaux des répondantes ont été mis en lumière. Il a été vu que la majorité des répondantes entretiennent des liens sociaux, pouvant être catégorisés comme étant faibles, surtout avec des femmes, résidant elles-mêmes dans le quartier. Les organismes communautaires ont un rôle important à jouer dans la création de liens et ceux-ci remplacent le rôle que joue le travail dans l'établissement de liens sociaux.

### **4.3. Conclusions**

Ce chapitre a élaboré les impacts que peuvent avoir les environnements, à la fois physique et social, sur la santé. La perception du quartier, le phénomène de gentrification, l'appartenance à Hochelaga-Maisonneuve, ainsi que le capital et les liens sociaux dressent un aperçu des divers facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé, et, par ricochet sur les inégalités de santé. Les femmes rencontrées perçoivent leur quartier généralement positivement même si elles en reconnaissent des éléments négatifs. Elles mettent de l'avant les impacts matériels, relationnels et sociaux de la gentrification, même si ces deux derniers prennent moins de place dans leurs discours. Comme la cohésion sociale est associée à une meilleure qualité de vie et qu'une plus grande égalité est un facteur protecteur contre la maladie (Bibeau et Fortin, 2008), on se demande si la gentrification n'amène pas davantage de disparités en terme de santé. La plupart des répondantes se sentent appartenir au quartier et ceci est principalement dû à leur implication communautaire. Quant aux capital social et liens sociaux reconnus comme étant des déterminants sociaux de la santé, les femmes souscrivent davantage à une vision du capital social selon la tendance américaine. Leurs liens sociaux extrafamiliaux sont principalement dans le quartier, peuvent être catégorisés comme étant faibles et ont souvent pris naissance dans les organismes communautaires du quartier. Ce faisant, les données présentées dans ce chapitre offrent quelques pistes pour mieux saisir les inégalités de santé. Toutefois, puisque les entretiens ont été menés majoritairement auprès de femmes impliquées socialement, intégrées à leur quartier et ayant, de leur point de vue, un

réseau social satisfaisant, les résultats sont peu concluants en ce qui concerne les influences des environnements, surtout sociaux, sur la santé. Le prochain et dernier chapitre traitera des processus d'exclusions et d'inclusions vécus par les résidentes d'Hochelaga-Maisonneuve par rapport aux différentes sphères de leur vie.

## **Chapitre 5 : Exclusions et santé**

Pour comprendre les processus qui sous-tendent les inégalités de santé, il est intéressant d'aller au-delà du soutien social et du capital social et ce chapitre s'attardera aux différentes manières d'aborder les dynamiques d'exclusions ainsi qu'à leur influence sur la santé. Selon Schnapper (1996), l'exclusion n'existe pas de manière isolée. Il s'agit plutôt d'une dialectique inclusion-exclusion qui implique être inclus ou exclus d'une organisation sociale. Par conséquent, il importe d'étudier les formes que peut prendre l'exclusion et non le phénomène d'exclusion en soi. À ce titre, les processus de stigmatisation, d'exclusion et d'inclusion sont complexes dans le quartier étudié et ces thèmes sont au cœur de ce chapitre. Il sera d'abord question des dynamiques d'exclusion. Cette section parlera du requestionnement des normes. Le discours normatif et son impact sur les répondantes seront discutés. Le rapport aux normes nous amènera à parler des différentes sphères dans lesquels les femmes peuvent être exclues. En ce qui concerne l'exclusion de la ville, la gentrification a un impact sur celle-ci. Pour ce qui est du monde du travail, l'implication communautaire peut remplacer un travail rémunéré, important facteur d'inclusion, et ainsi permettre aux femmes de se sentir davantage incluses. Le rapport qu'ont les femmes avec le travail sera aussi exploré. Parfois, les femmes se sentent exclues du système de soins vu les préjugés auxquels elles doivent faire face. La deuxième partie de ce chapitre s'attarde à la stigmatisation, importante lorsqu'il est question des dynamiques d'exclusion. Les divers préjugés que vivent les femmes par rapport à leur statut de sans-emploi, à leur quartier ou à leur pauvreté seront ici explorés.

### **5.1. Dynamiques d'exclusions**

Pour construire cette rubrique, les différentes formes d'exclusion mise de l'avant par Fassin (1996) ont été utilisées, soit celles relatives à la ville, à l'école, au travail et à la protection sociale. Pour adapter ces thèmes au corpus de données recueillies, l'école et la protection sociale n'ont pas été traitées et elles ont été remplacées par l'exclusion du système de soins.

Comme le processus d'exclusion se construit en fonction des normes, cette notion sera traitée en début de section.

### **5.1.1. Requestionnement des normes**

La norme peut à la fois être comprise comme une statistique ou comme une représentation mentale. Elle est construite historiquement et doit être comprise et interprétée dans son contexte. Selon Foucault, le sujet est toujours évalué par rapport aux normes (Macherey, 2009). Le rapport normatif met en jeu les caractéristiques de la personne en fonction de ce qui lui est demandé d'être (Châtel et Roy, 2008). Les individus adhérant aux normes déterminent ce qui est exclu de ce qui est inclus. Or, la pauvreté et l'exclusion, deux notions centrales à ce mémoire, sont définies en fonction des normes propre à chaque société (Paugam, 1996). Selon cette perspective, la pauvreté est plus ou moins acceptée ou stigmatisée selon les milieux. Recevoir de l'aide financière gouvernementale n'a pas le même sens selon le milieu dans lequel les prestataires évoluent et l'expérience subjective des gens qui vivent en situation de pauvreté sera modelée par le sens que lui donne la société. Gisèle met ceci en valeur en exprimant: « C'est sûr aussi que peut-être comme l'aide sociale et ces choses-là, c'est plus facile que dans d'autres endroits de se faire comprendre. » Par cet extrait, l'aspect relatif des normes, en lien avec la pauvreté et l'exclusion, est mis en lumière puisque cette répondante expose le fait de se sentir moins exclue dans Hochelaga-Maisonneuve qu'elle le serait probablement dans d'autres quartiers de Montréal.

Certaines des normes importantes, dans la société locale actuelle, sont celles d'autonomie, de responsabilisation, de réussite, de performance, de développement de soi, de bonheur et d'épanouissement (Châtel et Roy, 2008). En étant sans emploi et soutenues par l'aide financière gouvernementale, les femmes interviewées ne s'inscrivent pas dans ces normes valorisées socialement. En contre-partie, la normalité, dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, est différente de celle à l'œuvre dans d'autres quartiers de Montréal. C'est dire qu'elles peuvent être à la fois des « exclus » dans la ville, en étant l'objet de préjugés et de stigmatisation à l'extérieur de leur quartier, tout en étant des « inclus » dans leur quartier, par

exemple, grâce à leur participation sociale. Et de fait, selon le discours des répondantes, dans leur réseau d'appartenance, c'est-à-dire celui des organismes, la norme est de ne pas avoir d'emploi rémunéré, alors que, dans la société actuelle, l'intégration sociale est fortement liée à l'emploi (Dubar, 1996). Comme il y a un grand bassin de gens sans emploi dans ce quartier, l'exclusion ne se fait pas ressentir nécessairement à l'intérieur de celui-ci. Gisèle, femme de quarante-deux ans, vivant de l'aide financière gouvernementale et mère de quatre enfants entre cinq et vingt ans, corrobore cet état de fait :

*C'est sûr aussi que peut-être comme l'aide sociale et ces choses-là, c'est plus facile que dans d'autres endroits de se faire comprendre. Quand t'es rendue des fois... Rires. Déprimée, s't'un bon coin pour être. Rires. Les gens sont plus ouverts aux déprimés que dans d'autres endroits peut-être. Rires.*

Dans les sociétés occidentales contemporaines, une autre des normes importantes est l'acquisition de biens matériels (Châtel et Roy, 2008). Celle-ci est plus difficile, voire impossible, pour les personnes vivant en situation de pauvreté, comme c'est le cas pour la plupart de nos répondantes. La dissonance par rapport à cette norme est plus visible dans les quartiers gentrifiés et c'est ce que fait ressortir Hélène, femme de soixante-quatre ans, sans emploi, vivant dans le quartier depuis vingt-cinq ans, avec son fils adulte vivant avec une déficience intellectuelle :

*Mais là, c'est triste pour la personne qui dit toujours y'en a qui vont s'acheter un pain à quatre piastres et demie aux Premières Moissons, pis moi j'vais acheter mon pain à une piastre aux pauvres là. Ça devient tannant. Silence.*

Le discours normatif joue aussi un rôle important dans le processus de construction identitaire. Comme l'explique Taboada-Leonetti (1994), la construction de l'identité personnelle est fonction de la façon dont l'individu se conforme aux normes de sa société. Elle écrit : « La participation de l'individu aux idéaux, aux modèles culturels du groupe, valorisés et admis comme étant les meilleurs, contribue ainsi fortement à l'édification de l'identité. » (Taboada-Leonetti, 1994, p.61). La non-conformité aux normes et aux idéaux participe au rejet, à la stigmatisation et à la dévalorisation de l'individu ou du groupe par la société (Taboada-Leonetti, 1994).

Comme le soulignent les entretiens, les femmes prennent leur quartier comme point de référence normatif. Ceci fait écho à l'étude de Dupéré (2011) dans laquelle les répondants définissent leur niveau de pauvreté par rapport à leur quartier et non par rapport à un univers plus large (Dupéré, De Koninck et O'Neill, 2011). Par rapport à leur réseau d'appartenance, les femmes se conforment aux normes ce qui leur permet de se construire une identité positive. Par contre, elles sont exclues du reste de la société puisque la norme du travail est primordiale concernant l'intégration sociale. Il est impossible de savoir, empiriquement, si les femmes vivent de l'exclusion dans la ville, hors du quartier, puisqu'elles restent principalement dans leur quartier et sortent très peu de celui-ci.

Les normes sont construites et varient selon la société dans laquelle les personnes sont insérées. Il a été vu que les normes dans le quartier, en lien avec le travail rémunéré, diffèrent des normes du reste de la ville. À leurs dires, les femmes se conforment aux normes de leur quartier, et non à celles du reste de la ville. Il est par contre difficile d'évaluer empiriquement cette suggestion puisque les répondantes réalisent la plupart de leurs activités dans le quartier et ont leur réseau dans celui-ci ce qui implique qu'elles vont peu à l'extérieur d'Hochelaga-Maisonneuve. La gentrification pourrait contribuer à un processus lent d'exclusion puisque de plus en plus de résidents travaillent et les nouveaux arrivants modifient les normes du quartier. Puisque ces dernières sont continuellement en mouvance, les processus d'exclusion qui y sont liés doivent aussi être redéfinis continuellement. L'exclusion étant construite en fonction des normes sociales en place dans une société, celles-ci jouent un rôle clé dans les processus d'exclusion. Les sections qui suivent se pencheront sur ce dernier.

### **5.1.2. Exclusion de la ville**

Cette section s'attardera aux dynamiques d'inclusion et d'exclusion en lien avec le quartier à l'étude et l'ensemble de la ville de Montréal. D'abord, la manière dont les répondantes voient les résidents d'Hochelaga-Maisonneuve et de Montréal sera dressée. Ensuite, l'exclusion des lieux de parole et son lien avec la santé seront évoqués. Qui plus est, les impacts du

phénomène de gentrification seront mis en lumière et les tensions entre les nouveaux arrivants et les résidents de longue date seront évoquées.

Les répondantes donnent une interprétation intéressante des résidents du quartier, ainsi que des Montréalais. Plusieurs distinguent la population du quartier en trois catégories, soit les nouveaux arrivants, elles-mêmes et les travailleuses du sexe. Les femmes catégorisent en employant les termes « travailleuses du sexe », « nous » et « eux ». Le « nous » réfère aux utilisateurs des organismes communautaires, à la classe populaire, alors que le « eux » renvoie aux nouveaux arrivants. C'est ce qu'explique Hélène, femme de soixante-quatre ans, vivant dans le quartier depuis vingt-cinq ans :

*Les citoyens, on va les appeler les citoyens ceux qui travaillent. Les autres, la clientèle de... de... (organisme oeuvrant auprès des travailleuses du sexe), bon mettons... Silence. Le monde dans des loyers sociaux ou... Silence.*

Chantale, intervenante dans l'organisme communautaire où le terrain a été réalisé, explique que, pour elle, les gens normaux sont ceux qui fréquentent les organismes communautaires. Elle définit la normalité de cette manière :

*...j'dirais les gens qui ont pas de problème de prostitution ou de toxicomanie, mais qui sont pas nécessairement, qui ont pas nécessairement les mêmes moyens financiers que les nouveaux arrivants on pourrait dire, on pourrait les appeler comme ça. Rires.*

Dans ce quartier, l'ostracisation est vécue principalement par les travailleuses du sexe et non pas par les prestataires de l'aide financière gouvernementale puisque ceci est plus ou moins la norme dans le quartier. Ceci illustre bien la théorie de Goffman (1975) à savoir que le stigmaté est attribué en fonction des relations. La discréditation d'une caractéristique se fait par rapport à un groupe et non de manière individuelle. L'individu est dévalorisé par rapport au groupe ou est reconnu comme ayant un statut moindre (Goffman, 1975). En lien avec ce qui a été dit précédemment, le concept de liminalité s'applique bien aux femmes interviewées vivant dans Hochelaga-Maisonneuve. « La liminalité recouvre donc toutes les situations dans lesquelles les personnes ne sont ni ici ni là, mais dans une sorte d'entre-deux, métaphoriquement sur le seuil de la maison, ni dehors, mais pas encore dedans. » (Turner, 1990 dans Blanc, 2010 ; p. 39). La liminalité est donc un moment d'indistinction. Les termes choisis contribuent à la

stigmatisation des groupes, c'est-à-dire que le vocabulaire peut renforcer la séparation entre les insérés et les exclus et entre le centre et les marges (Fassin, 1996).

Les femmes distinguent les résidents du quartier des autres Montréalais en mettant en évidence certains préjugés à leur égard. Hélène, femme de soixante-quatre ans, habitant dans le quartier depuis vingt-cinq ans avec son fils adulte vivant avec une déficience intellectuelle, fait la distinction entre les résidents des quartiers à l'est de la ville et ceux habitant plus à l'ouest : « Pis... mais j'ai rien contre les travailleuses sociales, mais y'en a une là, pas mal Saint-Denis.<sup>10</sup> » (en le disant, elle lève le petit doigt) Francine, femme de trente-deux ans, vivant dans le quartier depuis presque neuf ans avec sa fille de sept ans et demi, fait référence au discours qu'entretiennent, selon elles, plusieurs personnes sur les résidents du Plateau Mont-Royal<sup>11</sup> qui seraient « snobs ». Ces exemples rappellent que toutes sociétés créent ses propres normes et, par conséquent, ses propres marges (Foucault, 1994 dans Blais, 2008). Ce qui semble normal dans certains quartiers est hors-norme dans d'autres.

Selon Autès (1992), l'ultime exclusion est de ne pas avoir accès aux lieux de parole (Blais, 1993), ce qui ne semble pas être le cas, du moins dans le quartier, pour les femmes interviewées. Celles-ci traitent abondamment de leurs implications communautaires qui leur donnent à la fois une voix, de l'importance et de la reconnaissance dans le quartier. La participation sociale de nos répondantes se faisant uniquement dans le quartier, cette voix semble toutefois être difficilement portée à l'extérieur ce qui peut avoir un impact sur leur santé. Comme le dit Venkatapuram (2011), les individus ayant le plus de maladies et mourant le plus prématurément sont ceux ayant le moins possibilités de participer politiquement. L'exclusion de la ville des répondantes rejoint l'étude de Blais (1993) dans laquelle les femmes étaient exclues, à la fois de la sphère économique et des lieux de parole. Puisqu'on forge les liens à l'autre à travers les lieux de parole (Blais, 1993), il est possible de dire que les femmes entretiennent des liens dans le quartier puisqu'elles sont écoutées, mais que les liens

---

<sup>10</sup> Rue Nord-Sud situé au centre de Montréal, à l'ouest du quartier à l'étude.

<sup>11</sup> Quartier voisin à l'ouest du quartier à l'étude. Le Plateau Mont-Royal est un des quartiers les plus favorisés de la ville de Montréal.

avec l'extérieur sont limités ou basés sur des préjugés, sujet qui sera traité dans la prochaine section.

Ce peu d'influence extérieure est mise en lumière par certaines femmes qui parlent de relations, souvent conflictuelles qu'elles entretiennent avec la Ville de Montréal. Linda, propriétaire d'un triplex de quarante-sept ans, vivant dans le quartier depuis seize ans avec ses deux filles de huit et treize ans, parle de ses relations avec la ville de Montréal :

*Y vont faire n'importe quoi, pis parce qu'on est des BS<sup>12</sup> d'Hochelaga-Maisonneuve, faudrait tout le temps s'la fermer tsé. Moi, y sont arrivés juste ici dans ruelle en arrière, un moment donné, y'ont ouvert une ressource là... Moi j'avais pu de vie, j'avais pu de vie, j'avais un trafic d'enfants dans ruelle, j'avais, là, là, les gens rentraient par en arrière, j'avais les parents qui passaient, j'avais du monde assis dans mes escaliers, j'me plaignais, j'faisais toué temps. J't'allée à la ville, j'me plaignais, au début on m'écoutait, au bureau d'Accès Montréal, pis un moment donné là, c'est comme c'est bon, c'est bon pour le quartier.*

En ce qui concerne les relations avec la Ville de Montréal, plusieurs femmes reconnaissent la dimension politique de la collecte d'ordures passée de deux à une fois par semaine. Elles expliquent ce genre de décision par la pauvreté de leur quartier. Linda, femme de quarante-sept ans, éducatrice et vivant dans le quartier depuis seize ans avec ses deux filles de huit et treize ans, dit : « Tsé une affaire qu'la ville font là, c'est d'passer les poubelles une fois par semaine. Ça ça m'insulte. Y f'rait jamais ça dans Outremont tsé pis pourtant j'paye cinq mille piastres de taxes par année. »

La gentrification est un phénomène pouvant contribuer à l'exclusion de la ville pour diverses raisons. Une étude faite par Lavoie et al. (2011), traitant de l'impact, sur les aînés, du processus de gentrification, dans Rosemont Petite-Patrie<sup>13</sup>, établit une influence sur l'exclusion sociale. Selon cette étude (Lavoie et al., 2011), la gentrification peut contribuer à accroître l'invisibilité des personnes âgées, et ce, de diverses manières. Dans ce quartier gentrifié, ces

---

<sup>12</sup> Terme péjoratif provenant du langage populaire référant aux prestataires d'aide financière du gouvernement. Ce terme est l'abréviation de bien-être social.

<sup>13</sup> Quartier situé au centre de la ville de Montréal, tendant vers le nord-est.

dernières vivent différents types d'exclusions, soit l'exclusion territoriale, en lien à la perte de lieux de socialisation et de certains espaces publics, l'exclusion des liens sociaux et l'exclusion symbolique amenée par l'invisibilité grandissante des personnes âgées dans l'espace public. Selon les auteurs, ceux-ci mènent à une exclusion socio-politique puisque les aînés ne sont plus en mesure de participer à la vie citoyenne (Lavoie et al., 2011). Les entretiens, réalisés pour ce présent mémoire, mettent de l'avant une exclusion territoriale, liée entre autres, au manque de plus en plus visible d'espaces verts, à l'augmentation des loyers ainsi qu'à une plus grande densité de population. Par exemple, Ève, militante dans un organisme de défense de droit au logement de soixante-trois ans et vivant dans le quartier depuis quinze ans, exprime ses craintes par rapport à la gentrification en mettant en lumière que ce phénomène peut contribuer à l'exclusion des plus pauvres :

*Le fait qu'y aille des condos, des nouveaux magasins, des nouveaux restaurants plus huppés pis tout ça, ça a augmenté aussi les loyers de manière assez substantielle quand même, alors c'est sûr que les gens qui sont très très pauvres vont être obligés de partir plus à l'est. C'est sûr que ça change le quartier par rapport à ça, on peut pas faire d'omelettes sans casser des œufs. J'trouve ça dommage. Si y mettrait plus de logements sociaux, ça serait une bonne affaire. Parce que là, les personnes qui sont en attente de logements, probablement que ce sera pas ici, que ça va être plus à l'est, ou est-ce qu'y'a moins d'activités... Pour le moment... Ça va peut-être se développer dans les années à venir, mais pour le moment on les met un peu de côté.*

Le phénomène de gentrification est un élément contribuant à modifier les normes. À terme, cette mouvance peut donner lieu à un lent processus d'exclusion des résidents du quartier. Les répondantes le réalisent, mais elles n'y font pas référence directement. Une autre forme d'exclusion pouvant être destructrice et possiblement accentuée par la gentrification, vu l'augmentation du coût des loyers, est la privation d'un logement. Par exemple, Ève, femme de soixante-trois ans, vivant dans le quartier depuis quinze ans et membre d'un comité de défense de droits au logement, parle de l'augmentation du coût des loyers :

*Ouais, s'tun gros problème (le logement) pour les personnes qu'y'ont pas d'argent. Pour ceux qu'y'en ont c'est moins pire... Mais même pour ceux qui travaillent là, j'veux dire, c'est tellement cher, c'est tellement rendu cher les logements que c'est une*

*grosse part du budget d'une personne qui travaille un peu plus haut que le salaire minimum. Lui non plus y'arrive pas.*

Cette hausse des prix des loyers est directement liée au phénomène de gentrification, à savoir que de plus en plus d'immeubles en copropriété sont construits au détriment des logements sociaux. Outre la hausse des loyers, ce phénomène amène des déplacements de populations, qui eux aussi ont un impact sur l'exclusion. Chantale, intervenante travaillant à l'organisme où le terrain a été réalisé, exprime sa peur de l'exclusion des personnes plus précaires financièrement et vivant dans le quartier: « La population dite à problème est pas encore complètement rejetée du quartier, mais on sent qu'y'a des tensions de c'côté là. » L'exclusion des liens sociaux n'est pas mentionnée par les femmes, qui ont, pour la plupart, une densité de liens sociaux assez importante. Finalement, l'exclusion symbolique n'est pas encore présente puisque la gentrification est encore trop récente. Les résidants de longue date cohabitent avec les nouveaux arrivants et ils sont toujours visibles dans les espaces publics et politiques du quartier.

En lien avec les dynamiques d'exclusion, les femmes voient de deux manières opposées le phénomène de gentrification. Alors que certaines la voient comme une contribution à l'amélioration de l'image du quartier et, par conséquent, à la diminution des préjugés défavorables, d'autres stipulent que les nouveaux arrivants véhiculent eux-mêmes un ensemble de préjugés. Cet extrait d'une discussion avec Francine, propriétaire d'une garderie de trente-deux ans, vivant dans le quartier depuis neuf ans avec sa fille de sept ans et demi, illustre le paradoxe vécu dans Hochelaga-Maisonneuve. En référence à la manière dont les médias parlent du quartier, elle dit :

*Ben c'est ça tsé, y vont montrer le p'tit côté trash mais... c'est quoi ? Ah oui, c'est dans La Presse ou dans le Voir, y vont parler d'un bon resto.*

Selon quelques femmes, les nouveaux arrivants sont le véhicule de préjugés ce qui peut créer des tensions entre ceux-ci et les résidents de longue date. En effet, Linda, psychoéducatrice de quarante-sept ans, vivant dans le quartier depuis seize ans avec ses deux filles de huit et treize ans, mentionne : « C'est ça, j'trouve qu'y'a beaucoup de préjugés véhiculés par les nouveaux arrivants. » Les propos d'Hélène, femme de soixante-quatre ans, vivant dans le quartier depuis

vingt-cinq ans, rejoignent ceux de Linda lorsqu'elle raconte qu'un nouvel arrivant s'informait de la prostitution dans le quartier pendant un événement sur une place publique du quartier :

*Tsé, faque, j'aimais pas l'attitude du monsieur qui avait de l'argent et qui voulait venir s'installer icitte là. Y regardait ça de haut lui tsé, faut prendre ça dans l'milieu. Rires. Je l'sais pas.*

Chantale, intervenante communautaire où le terrain a été réalisé et bénévole pour un organisme oeuvrant auprès des travailleuses du sexe, évoque aussi des tensions entre les commerçants, les nouveaux arrivants et les travailleuses du sexe :

*Les nouveaux arrivants sont... eee... comment j'dirais ça, ont une attitude très négative vis-à-vis des prostituées, vis-à-vis des toxicomanes, vis-à-vis cette couche-là de la population, ils voudraient que ça disparaisse, mais ça se fait pas comme ça. Tu fais pas disparaître une population complète du jour au lendemain. Pis les commerçants ont aussi des tensions avec ce type de population là, c'est clair. On avait même un moment donné un projet de médiation à X avec les commerçants. Pis d'ailleurs ça s'fait encore. S'ils ont des problèmes, ils peuvent appeler à Dopamine et y'a un intervenant qui va aller pour essayer de... d'atténuer les tensions entre cette partie-là de la population et les commerçants. Ça, ça arrive effectivement.*

En contrepartie à l'exclusion, les organismes communautaires facilitent l'inclusion des différents groupes, comme le mentionne Hélène, femme de soixante-quatre ans, vivant dans le quartier depuis vingt-cinq ans. Elle met en lumière le rôle que jouent les organismes communautaires dans l'intégration des gens de diverses origines sociales :

*Ici y veulent faire un autre Plateau là. C'est deux gangs là. Moi à (organisme d'échange de services), c'est j'aime de (organisme d'échange de services) c'est qu'on prend pas position pour une gang. On est pour l'échange social. Et, dans le comité de (organisme d'échange de service), y'a des personnes, y'a en une qui est professeur de Cégep, y'en a un qui est propriétaire d'une librairie linguiste sur Saint-Denis. Et pis c'te monde là. Nous autres on fait des activités de voisinage pour mêler le monde. Pour pas qu'y'aille de condescendants.*

En somme, les entretiens réalisés permettent d'affirmer que les femmes touchées par notre étude se sentent incluses dans leur quartier, mais peu dans la ville. Elles soulèvent quelques craintes par rapport à l'impact de la gentrification sur cette inclusion, mais l'évoquent indirectement en citant la hausse du prix des logements et des biens de consommation, ainsi que les tensions vécues avec les nouveaux arrivants.

### **5.1.3. Exclusion du monde du travail**

Le travail est créateur des conditions de possibilités de vie elle-même et il est une clé lorsqu'il est question d'exclusion. En effet, celui-ci est intimement lié à la norme qui régit à la fois la vie au travail et celle hors travail (le Blanc, 2007). Celui-ci participe à la définition du statut social d'un individu (Schnapper, 1996) et favorise une inclusion, à la fois dans la vie productive et sociale. Les dynamiques d'inclusion et d'exclusion reposent sur l'égalité de participation à la production de biens (Schnapper, 1996). Les personnes intégrées sont celles qui produisent de la richesse et qui fournissent une reconnaissance sociale et les exclus sont ceux ne participant pas à ces échanges (Castel, 1996). Aussi, dans la société actuelle, être exclues du marché du travail implique non seulement la pauvreté économique, mais aussi l'exclusion des diverses formes de sociabilité et d'activités qui donnent un statut social à l'individu (Bélanger, 1991 dans Blais, 1993). Comme la plupart des femmes interviewées sont actuellement sans emploi, elles sont exclues de la production de biens, mais leur implication communautaire contribue à minimiser cette exclusion des diverses formes de sociabilité. Cette section portera spécifiquement sur le travail ou sur ce qui en fait office, par exemple, l'implication communautaire. Pour les individus sans emploi, cette dernière est bénéfique puisqu'elle permet de maintenir une certaine forme de liens sociaux, ce qui contrecarre l'un des effets du chômage, soit la rupture de liens sociaux. (Paugam, 2005) Cette mobilisation dans divers organismes permet, entre autres, aux femmes sans travail rémunéré de créer des liens qui seraient autrement inexistant compte tenu de leur statut de sans-emploi.

La plupart de nos répondantes ont déjà travaillé et elles ont occupé divers emplois, souvent précaires, pendant des périodes plus ou moins longues. Par exemple, Ève, femme de soixante-

trois ans, vivant dans le quartier depuis quinze ans, nous parle des divers emplois qu'elle a occupés :

*C'tait jamais des temps plein, c'tait toujours pas sur appel, mais comme contrat, faque j'travaille deux ans à une place, trois ans à une autre place, faque finalement j'ai tout l'temps eu des p'tites jobines. J'ai pas d'carrières vraiment. J'ai travaillé juste à des places tsé. À plusieurs places, mais j'ai pas de carrières vraiment. J'suis rendue à c't'âge là, pis j'vas m'chercher une autre job. J'me dis à moi-même, j'pourrais travailler encore, mais bon, faque c'est ça.*

La plupart des femmes ont arrêté de travailler ou ont commencé à travailler à temps partiel plutôt qu'à temps plein suite à un événement marquant, soit la naissance d'un enfant, ou pour prendre soin d'un enfant vivant avec un handicap, comme Marie qui a une fille autiste ou Hélène qui a un fils vivant avec une déficience intellectuelle. Ève, quant à elle, a décidé de ne pas se chercher un nouvel emploi suite à la perte de son dernier, et ce, pour avoir le temps de s'occuper de sa mère en perte d'autonomie. Ceci rejoint ce que Blais (1993) mentionne à savoir que les femmes sont souvent seules pour assumer les tâches parentales et que cette occupation est peu valorisée socialement. Ce retrait du marché du travail est aussi, pour la plupart des répondantes, lié au début d'une implication communautaire plus soutenue.

Quelques-unes de nos répondantes parlent de la relation qu'elles entretiennent avec le travail. Pour toutes, demeurer actives est primordial, même si cela n'implique pas nécessairement d'avoir un emploi rémunéré puisque certaines préfèrent s'impliquer bénévolement dans divers organismes. Pour Marie, femme de quarante-trois ans, venant de terminer un diplôme d'études professionnelles dans le domaine de la santé et en recherche d'emploi, le travail est important, à la fois pour l'aspect financier, pour donner un exemple positif à ses enfants, ainsi que pour rester active. Elle exprime :

*J'aimerais vraiment que... j'aimerais vraiment travailler. Ça c'était ma vie de travailler. Pourquoi on travaille là ? On peut avoir un budget. Actuellement je suis avec le gouvernement là. Mmmm. Un jour j'aimerais avoir une maison. Rester comme ça là... pas de travail, pas de rêve. Je pourrais pas rêver si je travaille pas...*

Les répondantes mettent en lumière des tensions existantes, dans le quartier, depuis plusieurs années, entre les travailleurs et les non-travailleurs. En lien avec celles-ci, Johanne, femme de soixante-deux ans, explique un conflit qui s'est produit dans sa coopérative d'habitation il y a quelques années :

*Pis dans la coop, y'a des gens qui travaillent et des gens qui travaillent pas. Donc, ouais, oui, ma coop a plus de vingt-cinq ans pis j'dirais qu'y'a eu des épisodes difficiles tsé. Eeee.... Avec les gens qui travaillaient pas, dans la coop même avec les gens qui travaillaient pas versus les gens qui travaillaient. On sentait eeee.... Le jugement de la part des gens qui travaillaient versus ceux qui travaillaient pas.*

Cet extrait met en lumière les tensions entre travailleurs et non-travailleurs qui existaient même avant l'apparition du phénomène de gentrification. Il est impossible de déterminer si elles se sont accentuées ou non avec le phénomène de gentrification, mais on peut poser l'hypothèse que oui. Il est possible que l'afflux de nouveaux arrivants, plus riches, plus scolarisés et ayant accès à la propriété, dans le quartier, modifie les normes et intensifie les tensions, préexistantes, entre ces deux groupes.

En fonction des données recueillies en entretiens, divers points communs en ce qui concerne la façon dont les femmes appréhendent leur implication communautaire peuvent être mis en évidence. Cinq des dix femmes interviewées sont bénévoles dans plusieurs organismes et ces implications prennent une place importante dans leur horaire, certaines répondantes étant même impliquées presque à temps plein. Les femmes faisant le plus de bénévolat sont celles sans emploi et recevant une aide financière gouvernementale. Par exemple, Ève, femme de soixante-trois ans, sans emploi et vivant dans le quartier depuis quinze ans avec ses deux sœurs, sa mère et son petit-fils, assimile ses implications à un emploi à temps plein : « C'pas mal à temps plein. Mais tsé, j'travaille pas ein. C'est sûr qu'on s'occupe de ma mère, mais quand j'peux, j'donne un coup de main bénévole ou j'participe ». Un peu plus loin, elle rajoute : « Mais là, c'est vrai, moi j'ai l'temps, j'travaille pas. J'vois pas quelqu'un qui travaille toute faire ça parce qui va arriver « short » dans son temps. » Pour certaines femmes, l'implication communautaire semble prendre la place d'un travail rémunéré. Au moment de l'enquête, quatre femmes sur dix disent s'impliquer peu ou pas dans le quartier et celles-ci

occupent toutes des emplois rémunérés. Trois des quatre femmes expliquent leur non-implication ou leur peu d'implication par leur manque de temps lié au travail alors que Louise, femme de soixante ans, costumière vivant seule dans le quartier depuis dix ans, met de l'avant son manque d'intérêt vu qu'elle n'a pas d'enfants. Par exemple, Christine, femme de cinquante-neuf ans, travaillant dans le service à la clientèle et vivant seule dans le quartier depuis treize ans, mentionne qu'elle consacre deux heures de transport par jour pour aller au travail, et, que, par conséquent elle n'a pas le temps de s'impliquer : « So, quand j'arrive chez nous, j'mécrase. Moi, j'ai cinquante-neuf ans, j'ai hâte d'arrêter de travailler. M'impliquer c'est... ça serait quand j'vas être retraitée... » Ceci rejoint les propos de Francine, femme de trente-deux ans possédant une garderie en milieu familial et vivant dans le quartier depuis presque neuf ans avec sa fille de sept ans et demi :

*..J'ai fait beaucoup de bénévolat pour (un organisme du quartier), j'prônais l'allaitement, mais un moment donné, j'ai arrêté parce que je pouvais pas aider quatre femmes à allaiter et avoir la garderie, ça marchait pas, j'avais pas assez de temps à donner à ces femmes-là, faque j'me suis dit regarde, j'vais mettre ça de côté là, c'pas que mon cœur voulait pas, c'est que l'temps y me manquait.*

Rose, étudiante de trente-et-un ans vivant seule, dans le quartier depuis huit ans, explique que, étant aux études et occupant un emploi rémunéré simultanément, elle profite des cours à moindre coût, comme la poterie, proposés par un organisme du quartier, plutôt que de faire du bénévolat à proprement parler.

En plus de se modifier en fonction du statut professionnel, le niveau d'implication change au fil des années d'habitations, les répondantes s'impliquant de plus en plus, au fil des ans. Chantal, intervenante dans l'organisme communautaire où le terrain a été réalisé, explique cela par le fait que les organismes du quartier Hochelaga-Maisonneuve sont un réseau. Elle réfère au bouche-à-oreille qui a lieu entre les participants des différents organismes qui entraînent un élargissement des champs d'implication de ceux-ci. À la question sur la motivation des gens à commencer à s'impliquer dans les organismes communautaires, Chantal dit :

*Ben je pense que le PEC à un rôle à jouer là-dedans. Le PEC c'est quand même de l'éducation, t'as un cours de peinture, de couture, de céramique, d'activité physique,*

*t'as différentes choses. Si, un moment donné t'es rendu à la retraite ou que tu travailles pas et que tu veux faire des activités culturelles, tu vas aller là. Pis une fois que t'es rentrée là, ben y'a les gens qui vont te parler des activités auxquelles ils participent. C'est un point de départ pour des personnes pis le bouche à oreille entre voisins/voisines. Pis c'est connu dans le quartier qu'il y a plein d'organismes comme ça. C'est pas un secret. Tsé c'est un des quartiers où y'a le plus de communautaire.*

Les trois femmes ayant plusieurs types d'implication habitent dans le quartier depuis plusieurs années, soit entre quinze et vingt-cinq ans, ce qui leur a donné de nombreuses années pour connaître les différents organismes.

Les femmes donnent différents rôles à leur implication communautaire. D'abord, celle-ci leur a permis de se créer un réseau social. Marie, femme de quarante-trois ans, mère de trois enfants, dont un enfant autiste, corrobore le fait que les organismes lui permettent de se créer un réseau. Pour elle, avoir un enfant autiste l'a incitée à utiliser les services des organismes communautaires :

*...C'est comme si à chaque année que je vis là, c'est comme si je rentre plus en relations... avec les gens, avec les communautés, là, c'est comme chaque année là, je découvre quelque chose, je découvre là. C'est pour ça que... parce qu'avant que j'arrive, c'est comme bien sûr, j'ai un enfant autiste faque j'étais allée directement au CLSC. CLSC m'a vraiment donné une feuille où y'a des organismes. Il m'avait dit. De temps en temps, j'ai commencé à entrer là, c'est comme ci je vais aller plus loin, plus loin plus loin.*

Christine, femme de cinquante-neuf ans, vivant seule dans le quartier depuis treize ans, s'implique peu, faute de temps, mais, en se basant sur l'expérience de sa sœur Johanne, elle affirme que les organismes permettent de créer des liens :

*J'pense que parce que elle, elle (en référence à sa sœur) fait partie des organismes, moi j'y vais pis c'est à cause d'elle que j'ai un réseau. Tu vois, Pierrette (amie commune aux deux sœurs) que j'ai vue hier, elle a dit t'es la sœur de Johanne faque c'est plus en allant à des organismes, des choses c'est où ce que tu te fais un réseau.*

Les organismes peuvent aussi servir à une réintégration progressive sur le marché du travail comme le mentionne Rose, étudiante de trente-et-un ans, vivant dans le quartier depuis huit ans, qui stipule que le bénévolat l'a aidé au niveau professionnel, suite à un arrêt de travail de trois ans, causé par une dépression :

*Parce que moi c'était suite à mes trois ans de dépression donc quand ça fait trois ans que t'as rien dans ton CV et que tu veux te remettre sur le marché du travail, ça prend n'importe quoi, pis un moment donné on peut pas vivre juste avec du bénévolat. C'est bien. Le bénévolat, ça m'a aidé. Moi j'en ai faite et ça m'a aidée au niveau professionnel.*

Qui plus est, les répondantes affirment que l'implication communautaire sert à rester actives, tout en générant moins d'anxiété que le travail rémunéré. Ceci rejoint diverses études qui démontrent que les personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion restent actives même si leur statut est disqualifié socialement (Paugam, 1996). Les entretiens abondent dans ce sens puisque, pour les femmes, l'implication communautaire bénévole remplace le travail rémunéré et il est considéré comme un facteur d'intégration sociale. Par exemple, Gisèle, femme de quarante-deux ans, sans emploi, vivant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans et vivant avec une problématique de santé mentale, parle du bénévolat qu'elle fait à la bibliothèque de l'école de ses enfants. Il est possible que cette implication se transforme en emploi, mais, pour l'instant, elle préfère le bénévolat, puisque ce dernier est moins contraignant au niveau des temps de présence. Elle dit : « T'es impliquée, mais si t'es malade ou de quoi, ou si j'ai une angoisse le matin, j'vas appeler pis j'vas dire tsé j'vas pas, c'est pas comme une job en ce moment, j'suis pas à ce niveau là en ce moment. » Johanne, femme de soixante-deux ans, vivant dans le quartier depuis vingt-quatre ans, abonde dans le même sens : « On dirait que j'me sens mieux à faire du bénévolat, je sais pas. »

Finalement, pour plusieurs de ces femmes, en plus de permettre de créer des liens et de rester actives, le bénévolat offre un cadre, caractéristiques souvent offertes par un emploi rémunéré. L'implication communautaire permet aux répondantes de rester en contact avec la notion de temps ce qui est souvent assuré par le travail rémunéré. Elle permet de contrecarrer la

conséquence ultime de la précarisation sociale selon Le Blanc (2007), soit « l'anéantissement du rapport vécu au temps » (p.47). Pour les répondantes, l'implication communautaire occupe différents rôles, soit un lieu de sociabilité, une possibilité de réintégrer le monde professionnel, une opportunité de rester actifs et d'avoir un cadre. Tous ces rôles sont généralement attribués au travail rémunéré.

L'implication communautaire, tout comme le travail, contribue à obtenir une reconnaissance sociale. Ricoeur (2004) distingue trois types de reconnaissance, soit la reconnaissance de soi-même, la reconnaissance mutuelle et la reconnaissance comme identification. Tout comme le travail, l'implication communautaire est importante pour la reconnaissance mutuelle (Ricoeur, 2004). Ceci rejoint les propos de Le Blanc (2007) qui stipule que, puisque la reconnaissance de soi passe par le travail, les individus sans emploi peuvent se regrouper pour que la reconnaissance de soi prenne d'autres formes que le travail. (Le Blanc, 2007) Puisque la reconnaissance est intimement liée à l'identité, l'implication communautaire peut favoriser la création d'une identité positive chez les femmes qui s'impliquent activement dans les divers organismes du milieu.

L'exclusion et la marginalisation sont des concepts intimement liés. La marginalisation doit être vue comme un processus (Castel, 1994) et elle est le résultat d'un double retrait de deux sphères, soit celle du travail et celle des relations sociales (Castel, 1994). La plupart des répondantes, n'ayant pas de travail rémunéré, sont donc retirées de la sphère du travail, et pourraient donc être considérées comme étant marginales, mais leur implication communautaire leur permet de maintenir leurs liens sociaux et la marginalisation paraît moins importante. Comme cette dernière se situe sur un continuum, Castel (1994) fait la distinction entre le travail stable, le travail précaire et le non-travail sur un axe, et, sur l'autre, entre l'insertion relationnelle, la fragilité relationnelle et l'isolement social. Castel (1994) distingue donc trois zones, soit celle d'intégration avec un travail stable et une insertion relationnelle, une zone de vulnérabilité avec un travail précaire et une fragilité relationnelle et une zone de désaffiliation avec une absence de travail et un isolement relationnel. Selon cette définition, les répondantes se retrouveraient dans une zone de vulnérabilité. Dans les sociétés

contemporaines, la forme d'exclusion la plus présente est celle liée à la non-insertion sur le marché du travail et ce type d'exclusion a d'importantes conséquences identitaires (de Queiroz, 1996). L'implication dans les organismes communautaires permet le maintien du lien social pour ainsi éviter l'exclusion, à l'intérieur du quartier, malgré le non-emploi. Comme il est connu que le maintien de liens sociaux favorise la santé, l'implication communautaire, en favorisant la reconnaissance, ainsi que la création et le maintien de liens sociaux, contribue à garder les femmes interviewées en santé.

#### **5.1.4. Exclusion du système de santé**

Un autre type d'exclusion mis de l'avant par les femmes et par la littérature est celle du système de santé. Certaines de nos répondantes ont discuté des préjugés, à leur égard ou en lien avec le quartier, provenant des professionnels de la santé. Lors de l'observation du 12 octobre 2012, une représentante du comité des usagers du Centre de Santé et de Services sociaux (CSSS) Lucille-Teasdale est venue discuter avec les participantes et ces dernières ont partagé leurs expériences avec le système de santé. Certaines se sont senties discriminées par les réceptionnistes du Centre Local de Services communautaires (CLSC) du quartier. L'intervenante, Chantale, a corroboré cela en signalant que les résidents d'Hochelaga-Maisonneuve n'étaient pas toujours bien reçus par les différents services de soins de santé : « Quand ils vont au CLSC, parce que j'en ai entendu par plusieurs qui sont pas nécessairement bien reçus. » Deux des répondantes ont relaté des expériences personnelles mettant de l'avant les préjugés de divers acteurs du système de soins. D'abord, Ève, femme de soixante-trois ans, vivant dans le quartier depuis quinze ans avec ses deux sœurs, sa mère et son petit-fils, raconte l'histoire d'un ami infirmier qui reflète les aprioris négatifs que peuvent avoir les gestionnaires des soins de santé à propos des gens vivant dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve :

*Hey moi, j'ai un infirmier là. Y'était infirmier sur appel, pis l'agence l'ont appelé et y'ont dit là on va t'envoyer dans un boutte tough faque on va t'envoyer en taxi. Pis c'était ici.*

Une autre femme, Linda, travaillant dans un organisme de santé et de services sociaux publics de Montréal, expose les préjugés, à propos des résidents du quartier, de ses collègues éducateurs spécialisés:

*Moi j'travaille (dans un organisme de santé et de services sociaux) pis eux autres, j'pense c'est les pires là. Pis vraiment. C'est comme les BS d'Hochelaga-Maisonneuve. Sont dégueulasses. Sont vraiment... sont vraiment dénigrants dénigrants envers les gens du quartier.*

Ces préjugés pourraient avoir un impact sur la manière dont les professionnels prennent en charge les demandeurs de soins, mais aucune des répondantes n'a ressenti recevoir un traitement différentiel, mis à part en ce qui concerne les soins dentaires. Gisèle, femme de quarante-deux ans, recevant de l'aide sociale et vivant dans le quartier depuis huit ans avec ses trois enfants de cinq, sept et vingt ans, parle de sa relation difficile avec les soins dentaires, autant au niveau financier qu'émotif, lié à un sentiment de honte : « J'dirais que mes dents ont eu beaucoup de difficultés ça c'est une des choses que je trouve de la pauvreté ou de l'ignorance. » Un peu plus loin, elle rajoute:« Toute la honte d'avoir des dents pas belles ». Christine, femme de cinquante-neuf ans, travaillant dans le domaine du service à la clientèle et vivant seule dans le quartier depuis treize ans, rejoint Gisèle en ce qui concerne l'aspect onéreux des soins dentaires: « Ça coûte cher les dentistes. » Gisèle, en prenant l'exemple de son fils qui est un travailleur à petit salaire, reflète l'aspect dissuasif du coût du dentiste pour la population d'Hochelaga-Maisonneuve, souvent travailleurs précaires ou sans emploi :

*Pis là, je r'marque mon fils, tu vois, y gagne un salaire ben ordinaire, pis tsé ses dents pis tsé eux autres y disent un traitement de canal ça coute deux mille piastres ou je sais pas quoi. Non, les dents, je trouve que c'est très grave. Pis quand ça fait mal une dent, t'es pas de bonne humeur, admettons, pis toute le côté esthétique, beauté, et cetera... Ouais j'dirais que dans Hochelaga, ça doit être un gros problème les dents.*

Ces préjugés, véhiculés par les divers professionnels de la santé peuvent être créateurs de vulnérabilité chez les personnes concernées ce qui implique que les institutions de santé peuvent elles-mêmes générer de la vulnérabilité (Saillant et Clément, 2004).

Les diverses formes d'exclusions, soit par rapport à la ville, au monde du travail ou au système de soins, la pauvreté, ainsi que les préjugés, peuvent conduire à l'invisibilité. Ce concept réfère à une absence de participation sociale et de possibilités de prendre part à des projets communs ayant pour but de construire une humanité. L'individu qui est invisible n'est plus considéré comme faisant partie du genre humain (LeBlanc, 2009). Dans Hochelaga-Maisonneuve, nos répondantes y sont actives, mais elles semblent invisibles à l'extérieur du quartier. Même si le processus de gentrification est encore trop récent dans le quartier pour conclure quoi que ce soit, éventuellement, celui-ci pourrait contribuer à la mise en place d'une exclusion des lieux de parole et d'une invisibilité des résidents de longue date. Les dynamiques d'exclusion et d'inclusion sont sur un continuum et elles se construisent en fonction des normes. Celles-ci sont liées à la construction identitaire. Pour se définir, les femmes prennent leur quartier comme référence normative et c'est par celui-ci qu'elles se sentent incluses ou exclues. Globalement, nos répondantes mentionnent se sentir incluses. L'exclusion, dans cette rubrique, a été vue en fonction de la ville, du monde du travail et du système de santé. En analysant les discours des femmes interviewées, il est possible de noter certaines dynamiques vécues d'exclusion. D'abord, même si les répondantes participent socialement dans leur quartier ce qui contribue à leur inclusion, elles sont très peu visibles dans la ville de Montréal. Aussi, la gentrification peut contribuer à l'exclusion et les femmes soulèvent quelques préjugés véhiculés par les nouveaux arrivants. Pour clore la section sur la ville, l'apport positif à l'inclusion des organismes communautaires est mis en évidence. La troisième partie traite du travail. La vision qu'en ont les femmes est abordée, ainsi que le rôle substitut que peut jouer l'implication communautaire dans l'inclusion en lien avec le travail, élément important de celle-ci. Finalement, l'exclusion du système de soins est discutée, surtout en ce qui concerne la honte liée aux soins dentaires ainsi que l'aspect onéreux. Les femmes mettent aussi en évidence certains préjugés entretenus par des acteurs du système de santé pouvant contribuer à accroître la vulnérabilité des personnes en situation de pauvreté, telles que nos répondantes.

## **5.2. Stigmatisation**

### **5.2.1. Préjugés**

Les préjugés sont importants dans les phénomènes d'exclusion puisque ceux-ci y prennent en partie leur source. Goffman (1975) a mis en évidence l'importance de l'image que se fait le groupe dominant des groupes minoritaires dans la création de préjugés. Dans les interactions quotidiennes, il se produit un processus de qualification qui peut transformer n'importe quelle caractéristique sociale en attribut négatif si celle-ci est jugée inappropriée par les autres (Goffman, 1975). Plusieurs préjugés sont présents par rapport aux individus ayant peu de moyens financiers et ceux-ci doivent être pris en compte puisque les attitudes et les gestes des diverses catégories de population à l'égard des personnes vivant en situation de pauvreté influencent la manière dont celles-ci vivent avec l'étiquette du pauvre (McAll, 2008). Lors des entretiens, les répondantes s'expriment sur les préjugés, soit individuels, par exemple liés à l'emploi ou à la situation financière, ou collectifs, en lien avec le quartier, qu'elles ressentent. Ceux-ci sont véhiculés par les médias, par les non-résidents du quartier, et, depuis peu, par les nouveaux arrivants.

Être sans emploi peut être à la source de divers préjugés. D'abord, les prestataires d'aide financière gouvernementale sont exposés au mépris, à la désaffiliation et à la mort sociale (le Blanc, 2007). La disqualification est à son plus haut niveau avec le chômage puisque la validité de la vie est liée au travail et, par conséquent, selon le Blanc (2007), s'il n'y a pas de travail, la vie n'est pas valide. Le stigmatisme peut ronger l'identité du précaire jusqu'à ce qu'il n'ait plus d'autres identités que celui-ci (le Blanc, 2007). Le précaire incorpore cette identité négative qui ouvre la voie à la contestation de l'importance et de la normalité du travail (le Blanc, 2007). La centralité du travail est remise en question par certaines de nos répondantes puisqu'elles ne le considèrent pas nécessairement capital dans leur vie. Par contre, même si, individuellement, les femmes n'accordent pas une importance primordiale au travail, socialement, le fait d'être chômeur peut contribuer à se faire attribuer une identité négative.

Beaucoup des préjugés en lien avec le quartier Hochelaga-Maisonneuve viennent de cela, par exemple plusieurs personnes qualifient le quartier comme « un quartier de BS ». Ce type d'attribution met l'accent sur la précarité de l'individu et ce dernier est ainsi vu comme ayant une identité monolithique, soit celle de chômeurs (le Blanc, 2007). Même si les femmes doivent faire face à ce genre de préjugés, elles ne semblent pas l'incorporer dans la manière dont elles se définissent elles-mêmes ce qui pourrait, entre autres, être expliqué par le fait qu'elles sont actives dans le quartier.

L'étude de De Koninck et al. (2006) a mis en évidence l'importance de la représentation du quartier. Cette recherche établit des liens entre l'image que se font les individus de leur quartier et leur relation au territoire. La perception qu'ont, d'eux-mêmes, les résidents du quartier est influencée par la manière dont le quartier est représenté par la population puisqu'il est aussi plus difficile de s'identifier à un milieu socialement disqualifié. La disqualification spatiale est un concept plus visible depuis les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix et Paugam (1996) en discute en faisant référence aux banlieues parisiennes. Cette notion réfère à une concentration de plusieurs ménages en situation de précarité professionnelle dans un espace désigné et celle-ci peut amener une image négative du quartier pouvant se répercuter sur l'identité des résidents (Paugam, 2005). La représentation négative du quartier peut aussi entraver la possibilité d'agir individuellement et collectivement (De Koninck et al., 2006).

Toutes les femmes interviewées sont conscientes des préjugés véhiculés à l'extérieur du quartier par les médias ainsi que par les non-résidents d'Hochelaga-Maisonneuve. Ceux-ci mettent de l'avant la dangerosité, la pauvreté et l'ampleur des problèmes sociaux, tels que la drogue et la prostitution dans le quartier. Or, celui-ci subit un processus de disqualification sociale par les non-résidents et celui-ci est discuté par plusieurs des répondantes. Par exemple, Marie, femme de quarante-trois ans, vivant dans le quartier depuis six ans avec ses trois enfants de dix, douze et quatorze ans, constate l'existence de préjugés à l'égard de son quartier, mais elle ne s'y reconnaît pas:

*Dans les films, ils disent que le quartier Hochelaga-Maisonneuve c'est le quartier le plus pauvre, ils disent des choses comme ça là. Pour eux là, c'est comme, Hochelaga-*

*Maisonneuve, c'est comme, ce sont comme des gens dans la rue. Tout ce qui se passe de mal là, ce sont Hochelaga-Maisonneuve.*

Rose, étudiante de trente et un ans, vivant seule dans Hochelaga-Maisonneuve depuis huit ans, parle des préjugés que les non-résidents du quartier lui attribuent, tel que la dangerosité et le fait que ce soit un « ghetto de blancs pauvres » et « Tous des BS ». Face aux préjugés, les femmes adoptent diverses attitudes. Alors que certaines essaient de les déconstruire, d'autres en sont fâchées. Lorsqu'il a été demandé à Rose comment elle réagissait aux affirmations mentionnées ci-haut, elle nous dit qu'elle rectifie les propos en fonction de sa réalité en expliquant aux gens véhiculant ces croyances que ce n'est pas ce qu'elle vit. Linda, psychoéducatrice de quarante-sept ans, vivant dans le quartier, avec ses deux filles de huit et treize ans, depuis seize ans, expose sa frustration par rapport aux préjugés en lien avec les résidents du quartier :

*C'que j'aime le moins ? Ben... silence... C'que j'aime le moins.... Silence. Eeee. J'hais être traitée comme une BS. Ça j'hais ça, j'hais le préjugé négatif. Autant à l'école, autant à la ville de Montréal...*

Aussi, Christine, femme de cinquante-neuf ans travaillant dans le domaine du service à la clientèle dans l'ouest de la ville, expose la vision de ses collègues de travail par rapport à son quartier :

*Moi où est-ce que je travaille, ils disent : « Ah moi, j'veux pas rester dans l'Est. » Comme tsé si l'Est c'est... je sais pas c'est comme pour les pauvres... Je sais pas, moi j'ai des réactions comme ça.*

Plusieurs préjugés négatifs existent à l'égard du quartier que les répondantes prennent plus ou moins en compte dans la création de leur identité. Certaines femmes les incorporent ce qui influence la perception qu'elles entretiennent à son égard et leurs discours en sont teintés. Par exemple, Hélène, femme de soixante-quatre ans, résident dans le quartier depuis vingt-cinq ans, mentionne :

*Y'a pas juste d'la merde tsé dans l'quartier. Eeee.... Moi je regarde la beauté du quartier plus, je r'garde c'qui est beau dans le quartier. C'qu'y'a à visiter dans le quartier. La culture qu'on a dans le quartier.*

Selon ce qui ressort des entretiens, les répondantes du quartier doivent faire face à une hétéro-identité négative, qui ne semble pas avoir une grande influence sur leur auto-identité puisqu'aucune des répondantes n'a verbalisé clairement l'impact des préjugés sur leur identité. Qui plus est, suite à l'analyse des témoignages, à la recension des écrits et à l'analyse des discours médiatiques, il est possible de conclure que le quartier Hochelaga-Maisonneuve est un territoire disqualifié socialement. Selon nos répondantes, la reproduction des rapports sociaux de domination avec les résidents du quartier se voit surtout à travers les non-résidents et les pouvoirs publics. Il est toutefois possible de poser l'hypothèse que, avec l'arrivée du phénomène de gentrification, la reproduction des rapports sociaux de domination ne se fera plus exclusivement avec les deux types d'acteur nommés précédemment, mais, aussi entre les nouveaux arrivants et les résidents de longue date.

### **5.2.2. Pauvreté**

Alors que la section précédente traite des préjugés en lien avec le quartier, celle-ci mettra en lumière ceux liés à la pauvreté et aux prestataires de l'aide de derniers recours offerte par le gouvernement. On connaît un intérêt grandissant à étudier la pauvreté telle que les gens la vivent et, dans ce contexte, les trajectoires de vie sont importantes puisqu'elles permettent de comprendre la pauvreté comme condition vécue (McAll, 2008). En se basant sur les entretiens et sur la littérature, cette section brossera un tableau de la pauvreté que vivent nos répondantes ainsi que des dynamiques d'exclusion qui y sont rattachées.

Il existe différents types de pauvreté. D'abord, on fait la distinction entre la pauvreté persistante et celle transitoire (Centraide et Centre Léa-Roback, 2007). Les femmes interviewées sont, pour la plupart, dans une situation de pauvreté persistante, due à leurs faibles ressources économiques, en raison de leur précarité d'emploi ou du fait que leur unique soutien financier réside dans l'aide de dernier recours. Selon le Blanc (2007), les gens pauvres se retrouvent souvent disqualifiés dans le discours des autres vu les représentations qu'on s'en fait. Celles-ci, se superposant fréquemment, font référence au fait que la pauvreté menace les propriétés sociales, que la marginalité invisibilise la capacité d'agir et que le mépris social

implique le déni de reconnaissance (le Blanc, 2007). Paugam (1996) met en évidence trois types de pauvretés, soit celles intégrée, marginale et disqualifiante. On parle de pauvreté intégrée quand une population, dans une région ou une localité donnée, regroupe beaucoup de pauvres qui ne se distinguent pas des autres couches de population et qui sont intégrés dans les divers groupes sociaux. La pauvreté marginale, quant à elle, implique une forte dévalorisation de la pauvreté et une mise à l'écart des pauvres qui sont regroupés en une petite frange de la population. Finalement, la pauvreté disqualifiante est liée à la question d'exclusion plutôt qu'à celle de la pauvreté elle-même. En prenant le quartier Hochelaga-Maisonneuve comme cadre de référence, puisque la pauvreté fait partie de la norme et que les répondantes sont intégrées dans les divers groupes sociaux, ces dernières vivent une pauvreté intégrée dans le quartier. Dans le contexte où la ville de Montréal devient le cadre de référence, vu les différents préjugés à l'égard du quartier et de la pauvreté, les répondantes feraient partie du groupe de la pauvreté marginale. Avec la gentrification, nos répondantes pourraient devenir en situation de pauvreté marginale même dans leur quartier. Ayant accès aux moyens de production et dans la possibilité de devenir le groupe dominant, les nouveaux arrivant pourraient modifier les normes du quartier. Ceci rejoint les propos de Paugam (2005) qui stipule que les pauvres risquent d'être stigmatisés si la population autour d'eux est riche.

Lorsqu'il est question de pauvreté, et, puisque plusieurs de nos répondantes en sont prestataires, ce paragraphe traitera de l'aide financière gouvernementale. Cette dernière, aussi appelée aide de dernier recours, en 2013, fournit un montant de base mensuel, pour un adulte, de 604\$, en offrant la possibilité de gagner jusqu'à 200\$ de plus en revenus d'emploi. Pour une famille composée de deux adultes, le montant est de 913\$. Des suppléments sont donnés en fonction du nombre d'enfants à charge et l'allocation d'une famille avec un seul adulte était évaluée à 896\$ en 2014<sup>14</sup>. La situation des prestataires de l'aide de dernier recours aptes au travail s'est détériorée suite aux diverses politiques gouvernementales mises en places ces dernières années (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2007 dans Dupéré, De Koninck et O'Neil, 2011). Parmi nos répondantes, la totalité de celles recevant ce type d'aide est responsable d'enfants à charge. Donc, en plus de ne pas être

---

<sup>14</sup> <http://www.aidesociale.ca/montant-des-prestations-daide-sociale.php>, site consulté le 15 janvier 2014.

intégrées socialement par le travail, il est difficile, pour ces femmes, avec ce montant d'argent, de subvenir aux besoins de leur famille, comme le corrobore Marie, femme de quarante-trois ans, vivant avec ses trois enfants de dix, douze et quatorze ans :

*Avant, c'était... on trouvait ça difficile... avant c'était très difficile, pour moi avec l'aide du gouvernement. Pourquoi je dis c'était très difficile ? C'est comme... malgré j'ai trouvé la maison qui paye pas beaucoup parce que c'est selon le revenu là... J'ai donné des chèques, ça passe sans provision. Rire. Ça m'arrive deux-trois fois là. J'ai dit : « Mon Dieu, même avec la maison qui sont pas chère. » »*

Gisèle, femme de quarante-deux ans, mère de quatre enfants entre cinq et vingt ans, mentionne aussi qu'il est difficile de subvenir aux besoins de sa famille avec l'aide financière gouvernementale : « Ben t'as l'droit d'faire un minimum, t'as l'droit d'faire deux cents dollars par mois. Pour eee... comme tsé, ça te donne un peu plus pis aussi c'est ça, ça te permet peut-être que ce soit un peu plus facile pour toi. » Aussi, puisque l'aide de dernier recours n'est pas suffisante pour payer les besoins de base, il est difficile d'entretenir des loisirs ce qui contribue aussi à maintenir les femmes dans une certaine forme d'exclusion. Rose, étudiante de trente et un ans, vivant seule dans le quartier depuis huit ans, en témoigne: « Non, y'a pas de place pour les loisirs. Non c'est ça. » Donc, en plus d'avoir un impact sur la création de liens sociaux via le travail, recevoir de l'aide financière gouvernementale a aussi un impact sur les loisirs ce qui maintient les prestataires de ce type d'aide dans une forme d'exclusion multiple.

Aussi, le fait d'être prestataire de l'aide de dernier recours peut constituer un obstacle structurel à l'emploi et deux des femmes interrogées en ont parlé. D'abord, Rose, étudiante de trente et un ans qui a été sans emploi pendant trois ans, suite à une dépression, mentionne que, lorsqu'elle recevait de l'aide financière gouvernementale et qu'elle était en recherche d'emploi, il lui était difficile d'acheter des vêtements et de payer le transport pour se rendre à une entrevue qui lui aurait permis de ne plus avoir recours à l'aide financière:

*Mais se sortir de ça là (en référence à l'aide de dernier recours) c'est vraiment pas évident, parce qu'ils te donnent pas assez d'argent pour que tu puisses vraiment faire quelque chose. Tsé si eee... on en parlait l'autre fois là, mais si t'as une entrevue et qu'il te reste pas assez d'argent pour t'acheter le transport ou des vêtements ou si*

*jamais il demande quelque chose de particulier à l'entrevue là, tu peux juste pas y aller. Mais cette entrevue-là, ça pourrait te donner accès au travail. C'est ça, parce que travailler ça te coûte de l'argent. Ça te coûte ben plus cher avoir une vie active que rester à la maison pis de rien faire. Donc, pour pouvoir faire ce... ce... step là, il faut que t'aies un minimum de ressources pis l'aide sociale ça permet pas ça. En fait, t'es de plus en plus pauvre, plus que t'avance.*

Marie, femme de quarante-trois ans, mère de trois enfants de dix, douze et quatorze ans, dont une fille autiste, quant à elle, soulève la difficulté de travailler en ayant un enfant vivant avec un handicap.

*Mais il faut qu'il (le gouvernement) nous aide aussi là. Parce que j'ai trouvé un emploi, je peux pas prendre un travail de douze dollars l'heure. Pourquoi je peux pas prendre un travail de douze dollars l'heure ? Parce que ma fille je paye dix dollars l'heure pour la faire garder. Dix dollars l'heure pour faire garder ma fille. C'est ça. Vas trouver une agence, ils vont te donner dix dollars, douze dollars. Qu'est-ce que ça va me rapporter ? Il va me rapporter rien là. C'est comme je dis. Je veux avoir ma vie en main là, mais je dis, à quel prix ?*

Au-delà des obstacles individuels, ces deux extraits démontrent qu'il existe aussi des obstacles structurels en lien avec la recherche d'emploi et que l'aide financière gouvernementale contribue donc, dans une certaine mesure, à maintenir les femmes dans une situation de précarité financière, et d'exclusion, ne facilitant pas la réinsertion au marché du travail.

La pauvreté est liée à une identité souvent négative. Celle-ci amène l'exclusion puisqu'elle affecte plusieurs sphères de la vie, soit le logement, la nourriture, les loisirs, ainsi que les liens à autrui et à soi-même (Blais, 2008). Nos répondantes nous parlent de leur pauvreté économique, mais elles n'entretiennent pas un discours de victime à cet égard. Par exemple, Rose, étudiante de trente-et-un an, vivant seule dans le quartier depuis huit ans, parle de son vécu de pauvreté et nous confie s'y habituer:

*Mais j'trouve ça plate, parce que j'suis comme rendue habituée d'être pauvre là. Pis j'me dis que j'ai pas envie que ça reste. Tsé j'veux dire quand j'vas travailler, y'a pas*

*de raisons que ça reste là, parce que tsé je r'garde bien mes finances et j'suis pas dépensière, mais on dirait que... on s'habitue à ça.*

Gisèle, femme de quarante-deux ans, sans emploi, parle de la hausse des loyers et de la difficulté à se loger pour les travailleurs à petits salaires, ainsi que pour les prestataires de l'aide financière gouvernementale :

*Ben à mettons v'la huit ans, à mettons v'la neuf ans, j'avais habité dans le coin juste un peu, mon loyer était à peu près cinq cents dollars. Après, j'ai été restée à Longueuil et tout, et, après quand j'suis revenue avec ma mère pis toute là, ça m'a pris du temps avant de me reloger parce que c'était quasiment huit cent cinquante dollars le dernier loyer que j'ai eu. Pis eeee... Ben j'vas te dire, c'est quasiment une bénédiction que mon chum... qui m'a mis dans le pétrin parce que j'aurais jamais eu un HLM tsé. Dans la condition où ce que j'étais. Faque c'était comme très, c'tait plus difficile encore de... comment j'pourrais dire, parce que là j'travaillais, mais tellement à petit salaire que là t'arrives même pas du tout faque...*

Un peu plus loin dans l'entretien, Gisèle parle du cercle vicieux de la pauvreté : « T'as pas d'argent, mais tsé j'veux dire tu veux bien faire des choses, mais tsé ça prend d'l'argent pour faire des choses. » Les femmes interviewées sont conscientes des préjugés liés à leur quartier et à leur situation économique, mais leur identité ne se réduit pas à celle de la pauvreté puisqu'elles maintiennent une vie active malgré leur non-travail et leur situation économique précaire.

Cette section sur la stigmatisation a d'abord exposé les préjugés véhiculés, à la fois par les non-résidents du quartier, par les médias, et, depuis plus récemment par les nouveaux arrivants à la fois sur le quartier et sur la pauvreté. L'incorporation de ces préjugés, ainsi que la représentation négative que se font les gens du quartier pourraient avoir un effet néfaste sur la santé des résidents d'Hochelaga-Maisonneuve. Celui-ci n'est par contre pas soulevé par nos répondantes, démontrant plutôt une identité positive. Malgré le fait qu'elles soient conscientes de ces préjugés, elles semblent plutôt y résister. Même si leur hétéro-identité est négative, leur auto-identité s'avère positive.

### 5.3. Conclusions

Ce chapitre est allé au-delà des environnements physiques et sociaux pour comprendre les inégalités de santé. Celles-ci peuvent être comprises à la lumière des phénomènes d'exclusion et d'inclusion et c'est pourquoi ces derniers ont été étudiés en profondeur ici. Pour parler d'eux, les normes ainsi que l'impact du discours normatif sur les répondantes ont été mis en lumière. En tenant compte des normes présentes dans notre société, il est possible de soulever trois lieux dans lesquels nos répondantes peuvent être exclues. D'abord, la ville peut être un lieu d'exclusion tout comme elle peut en être un d'inclusion. Nos répondantes se sentent incluses dans Hochelaga-Maisonneuve, mais exclues du reste de la ville, même si elles ne le mentionnent pas en ces termes. L'impact de la gentrification sur l'inclusion dans la ville se fait aussi ressentir dans le quartier, surtout en ce qui a trait aux prix des logements et des biens de consommation, ainsi qu'à l'acceptation des diverses couches sociales. Comme très peu des femmes interviewées occupent un emploi rémunéré, elles sont exclues du monde du travail formel, ce dernier étant un important élément de l'inclusion sociale. Par contre, cette exclusion est contrecarrée par leur implication communautaire puisque cette dernière peut agir en remplacement du travail rémunéré, à la fois en leur permettant de créer des liens, de se réinsérer progressivement dans le monde du travail, de leur offrir un cadre et de rester actives. Finalement, en ce qui concerne le système de santé, celui-ci peut lui-même être créateur d'inégalités de santé en véhiculant des préjugés à l'égard des personnes en situation de pauvreté économique. La deuxième partie de ce chapitre s'attarde à la stigmatisation, importante lorsqu'il est question des dynamiques d'exclusion. Celle-ci se manifeste par divers préjugés, sur le quartier et sur la pauvreté, véhiculés par les non-résidents du quartier, par les médias, et, depuis récemment, par les nouveaux arrivants dans le quartier. Ceux-ci peuvent influencer l'identité et ainsi avoir un impact sur la santé. Notre étude ne met pas ce lien en évidence, les femmes ne semblant pas incorporer les préjugés en maintenant une auto-identité positive, malgré une identité hétéro-négative projetée par le groupe dominant.

## **Conclusion : Et les inégalités de santé ?**

Les femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche se considèrent en santé. Les statistiques démontrent néanmoins un écart d'espérance de vie entre les résidents d'Hochelaga-Maisonneuve et ceux d'autres quartiers de Montréal. Quand il est question des inégalités de santé, les études épidémiologiques mettent l'accent sur les habitudes de vie. Ce mémoire a permis d'aller au-delà des explications individuelles en regardant comment les environnements influençaient les inégalités de santé et la portée qu'avaient les dynamiques d'exclusions sur celles-ci. J'ai choisi cette perspective puisque les entretiens m'ont montré que les femmes connaissent le discours de la santé publique, ainsi que les habitudes de vie qu'elles doivent adopter pour rester en santé. Par conséquent, les disparités en santé entre les quartiers ne sont pas dues à une méconnaissance ni à un manque d'éducation ou d'informations. Ce faisant dans ce mémoire, les inégalités de santé ont été analysées en tenant compte du contexte social dans lequel évoluent nos répondantes, via les milieux de vie et les dynamiques d'exclusions.

L'objectif principal de ce mémoire était d'établir des liens entre le sentiment d'appartenance au quartier et les inégalités de santé chez les résidentes du quartier montréalais d'Hochelaga-Maisonneuve. Nos données, recueillies auprès de onze résidentes de ce quartier, en interrelation avec la littérature, ont permis d'élaborer quelques pistes de réflexion à ce sujet. D'abord, le premier chapitre a présenté la problématique générale et explicité des notions centrales à l'objet d'étude, telles que la santé, les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé. En lien avec le sentiment d'appartenance, le quartier, la gentrification, les liens sociaux et les dynamiques d'inclusion et d'exclusion ont été abordés. Le deuxième chapitre présente le cadre méthodologique en faisant état, en premier lieu, des méthodes de collecte et d'analyses de données. Ensuite, le contexte de l'étude contient la description du quartier, ainsi que des onze répondantes. Cette section se termine par les biais méthodologiques et les aspects éthiques.

Le troisième chapitre aborde l'un des éléments centraux de notre objectif de recherche, la santé. À la fois par les écrits et par les entretiens, la polysémie de ce concept a été mise en évidence. Le point de vue interprétatif et subjectif de la santé prime puisque, lors des entrevues, les femmes ont été questionnées sur leur perception de la santé en général et de la leur en particulier. Les femmes abordent leur santé d'un angle plutôt individuel ce qui rejoint les propos de l'OMS (1984) et ce qui s'éloigne de la définition que donnent les chercheurs du domaine de sciences sociales à cette notion. Les répondantes distinguent la santé physique de la santé mentale et les termes qu'elles emploient pour parler de cette dernière sont beaucoup plus flous et imprécis que ceux pour discuter de la santé physique. Les femmes abordent différents facteurs, qui selon elles, sont liés à la santé, tels que les liens sociaux ce qui rejoint la littérature qui comprennent ces derniers comme un déterminant social de la santé. Comme facteur lié à la santé, le stress est abordé d'un point de vue théorique puisque les répondantes en discutent, mais ne le lie pas à la santé. Ce chapitre permet aussi de comprendre comment certaines femmes incorporent le discours de la santé publique et comment d'autres adoptent un discours de résistance à ce sujet. Les répondantes ont une opinion généralement négative par rapport au système de santé alors qu'elle est plutôt favorable à l'égard des organismes communautaires de santé et de services sociaux. Elles accordent de l'importance à la relation de confiance qu'elles établissent envers les différents professionnels de la santé et elles dénotent un manque de continuité dans le système de soins. Les femmes connaissent les ressources disponibles dans leur quartier et reconnaissent l'importance de se mobiliser pour y avoir accès. Pour analyser les données, la définition que donne Fassin (2000) permet de faire les liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance et ainsi répondre aux questionnements ayant guidé cet écrit.

Pour comprendre l'influence des milieux de vie sur les inégalités de santé, dans le quatrième chapitre, il est question des environnements physiques et sociaux. Il explore comment le quartier et le réseau social peuvent influencer la santé et, par ricochet, les inégalités de santé. D'abord, la perception du quartier pouvant influencer la santé, celle-ci a été discutée. Généralement, les femmes interviewées investissent et apprécient leur quartier, mais celles-ci, pour la majorité des femmes, se sont construites au fil du temps. Certaines critiques se sont

aussi formulées. La plupart des femmes aiment leur quartier pour des raisons collectives, tels que la mobilisation citoyenne, l'implication communautaire, le réseau social et les services offerts. La plupart des répondantes ont remarqué le processus de gentrification à l'œuvre dans le quartier, même si elles ne le décrivent pas en ces termes. Différents impacts, soit matériels, relationnels et sociaux, de ce phénomène sont mis en évidence. Les impacts matériels, plus concrets et plus visibles, sont les plus discutés. La rubrique portant sur l'environnement physique se conclut sur l'appartenance au quartier, aspect primordial pour nos répondantes, généré, selon elles, grâce aux liens créés par leur implication communautaire. Toutefois, elles ne le lient pas directement à la santé. La rubrique sur l'environnement social, quant à elle, traite du capital social et des liens sociaux. La notion de capital social est comprise selon les différents courants théoriques. Pour les répondantes, les liens sociaux, majoritairement créés et vécus dans le quartier, sont importants pour les répondantes. Pour la majorité, leurs liens extrafamiliaux ont pris naissance dans les organismes communautaires et sont des liens faibles puisque ce sont des personnes qu'elles voient uniquement dans les activités auxquelles elles prennent part. Par conséquent, elles ne semblent pas avoir la possibilité d'avoir recours à leur aide pour diverses situations, leurs relations se limitant aux organismes communautaires. Le chapitre se termine sur la reconnaissance de l'aspect bénéfique qu'apporte le soutien social aux femmes interviewées.

Le cinquième et dernier chapitre est allé au-delà des environnements physiques et sociaux pour comprendre les inégalités de santé en s'attardant aux dynamiques d'inclusion et d'exclusion. Pour en discuter, les normes ainsi que l'impact du discours normatif sur les répondantes ont été mis en lumière. En tenant compte des normes présentes dans notre société, il est possible de mettre en évidence trois espaces dans lesquels nos répondantes peuvent être exclues, soit la ville, le monde du travail et le système de santé. La ville peut être un lieu d'exclusion tout comme elle peut en être un d'inclusion. Nos répondantes se sentent incluses dans Hochelaga-Maisonneuve, mais exclues du reste de la ville, même si elles ne le mentionnent pas en ces termes. L'impact de la gentrification sur l'inclusion dans la ville se fait aussi ressentir dans le quartier, surtout en ce qui a trait aux prix des logements et des biens de consommation, ainsi qu'à l'acceptation des diverses couches sociales. Dans cette étude, une

minorité de femmes occupent un emploi rémunéré, facteur important de l'inclusion sociale, et elles sont donc exclues du monde du travail formel. Par contre, cette exclusion est contrecarrée par leur implication communautaire puisque cette dernière peut occuper différents rôles d'un travail rémunéré, entre autres, en permettant de créer des liens, de se réinsérer progressivement dans le monde du travail, d'offrir un cadre et la possibilité de rester actives. Finalement, le système de santé peut lui-même contribuer à la création d'inégalités de santé en véhiculant des préjugés à l'égard des personnes en situation de pauvreté économique. La deuxième partie de ce chapitre s'attarde à la stigmatisation, concept important dans les phénomènes d'exclusion. Celui-ci se manifeste par divers préjugés, sur le quartier et sur la pauvreté, véhiculés par les non-résidents du quartier, par les médias, et, depuis récemment, par les nouveaux arrivants dans le quartier. Ces derniers peuvent influencer l'identité et avoir un impact sur la santé. Notre étude ne permet pas de conclure cela puisque les femmes maintiennent une auto-identité positive et ce, malgré une hétéro-identité négative attribuée par le groupe dominant. Elles ne semblent pas non plus incorporer les préjugés.

Ce projet de mémoire a permis de mettre en évidence certains liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance au quartier des résidentes d'Hochelaga-Maisonneuve. Comprise au-delà de son aspect individuel, ce projet met de l'avant l'importance des liens sociaux et de l'inclusion, tous deux favorisés par l'implication communautaire, sur la création des inégalités de santé. Cette étude soulève le fait que la méconnaissance des habitudes de vie « saines » ainsi que des services sociaux et de santé disponibles n'est pas l'unique facteur à la source des inégalités de santé entre les différents quartiers montréalais. Malgré les pistes de réflexion qui s'en dégagent, ce projet de maîtrise n'a pas la prétention d'avoir exhaustivement répondu à notre question de recherche. La gentrification est aussi un sujet important de cette étude et elle entraîne une certaine mixité sociale. Même si cette dernière met en évidence les faibles ressources, entre autres, économiques, des répondantes, leurs propos ne sont pas consensuels en ce qui a trait à l'aspect négatif de ce phénomène. Alors que certaines critiquent le phénomène de gentrification, d'autres considèrent qu'il est intéressant pour leur quartier. Ce processus pourrait éventuellement contribuer à ce que les non-résidents voient Hochelaga-

Maisonneuve de plus en plus positivement. Il est possible que cette perception positive ait une portée sur l'identité des résidents et favorise leur inclusion et, par ricochet, leur santé.

Pour un projet futur, il serait intéressant de comparer la vision des femmes avec celle des hommes pour genrer les différences de perception en ce qui concerne la santé et l'appartenance. Aussi, afin de comparer les perceptions d'états de santé et les lier au sentiment d'appartenance, il aurait été pertinent d'interviewer des femmes qui ne gravitent pas autour du réseau communautaire et qui sont aussi sans emploi. Cela nous aurait permis d'aborder la portée du sentiment d'appartenance dans une perspective comparative, ce qui n'a pas été fait ici. Établir les liens entre les inégalités de santé et le sentiment d'appartenance était une entreprise ambitieuse. Ceux-ci étant complexes et multifactoriels, beaucoup est encore à étudier, à élucider.

## **Bibliographie**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM). 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011 : Les inégalités sociales de santé à Montréal : Le chemin parcouru*. Gouvernement du Québec.

Aïach, Pierre, 2010. *Les inégalités sociales de santé : écrits*. Paris : Économica.

Aide sociale. <http://www.aidesociale.ca/montant-des-prestations-daide-sociale.php>. Consultée le 13 janvier 2014.

Alleyne, Brian. 2002. « An idea of community and its discontents: towards a more reflexive sense of belonging in multicultural Britain. » *Ethnic and Racial Studies* 25 (4) : 607-627. (<http://www.tandfonline.com/loi/rers20>)

Andrew, Melissa K.. 2005. « Le capital social et la santé des personnes âgées. » *Retraite et société* 46 (3) : 131-145.

Association des facultés de médecine du Canada. « Partie 1 : La théorie : réfléchir à la santé. Chapitre 1 : Les concepts de la santé et de la maladie. » (<http://phprimer.afmc.ca/Latheoriereflechiralasante/Chapitre1LesConceptsDeLaSantEtDeLaMaladie/Lesdefinitionsdelasant>, consulté le 30 mars 2014)

Autès, Michel. 1995. « Genèse d'une nouvelle question sociale : l'exclusion. » *Lien social et Politiques* 34 : 43-53.

Bibeau, Gilles. 1999. « Une troisième voie en santé publique ». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 6 (2) : 209-236.

Bibeau, Gilles. 2005. « Le « capital social » : vicissitudes d'un concept ». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 10 (2) : 134-168.

Bibeau, Gilles et Fortin, Sylvie. 2008. « Chapitre 5 : Inégalités et souffrance sociale : une approche anthropologique », pp. 111-139 dans Frohlich, Katherine, De Koninck, Maria, Demers, Andrée et Bernard, Paul (dirs). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Billette, Véronique et Lavoie, Jean-Pierre. 2010. « Introduction. Vieillissements, exclusions sociales et solidarités », pp. 1-22 dans Charpentier, Michèle et al. (dirs). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Blais, Louise. 1993. «L'étrangère à nos portes : femmes, pauvreté et santé mentale.» Thèse présentée dans le programme de doctorat en sciences humaines appliquées. Université de Montréal. (Revoir citations de thèse)

Blais, Louise, Corin, Ellen et Lamoureux, Jocelyne. « Présentation », pp. 1-11 dans Blais, Louise (dir). 2008. *Vivre à la marge : Réflexions autour de la souffrance sociale*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Blais, Louise (dir). 2008. *Vivre à la marge : Réflexions autour de la souffrance sociale*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Blanc, Alain. 2010. «Handicap et liminalité : un modèle analytique.» *ALTER, European Journal of Disability Research* (4) : 38-47.

Bottero, Wendy. 2010. "Intersubjectivity and Bourdieusian Approaches to 'Identity'". *Cultural Sociology* 4 (1): 3-22. (<http://cus.sagepub.com/content/4/1/3>)

Bouchard, Louise. 2008. « Chapitre 8 : Capital social, solidarité réticulaire et santé », pp.187-208 dans Frohlich, Katherine, De Koninck, Maria, Demers, Andrée et Bernard, Paul (dirs).. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Bourdieu, Pierre et Wacquant, Loic J.D.. 1992. *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*. Paris : Le Seuil.

Bourdieu, Pierre. 1980. « Le capital social ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 31 :2-3.

Brown, Phil. 1995. "Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness". *Journal of Health and Social Behavior, suppl. Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology* : 34-52.

Castel, Robert. 1994. « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation ». *Cahiers de recherche sociologique* 22 : 11-27. (<http://id.erudit.org/iderudit/1002206ar>)

Castel, Robert. 1996. « Chapitre 2 : « Les marginaux dans l'histoire », pp.32-41 dans Paugam, Serge (dir). 1996. *L'exclusion : l'État des savoirs*. Paris, Éditions La Découverte.

Centres de collaboration nationale en santé publique. 2012. *Que sont les déterminants sociaux de la santé : Résumé Mai 2012*. ([http://www.ccnsp.ca/docs/NCCPHSDOHFactsheet\\_FR%20\\_May2012.pdf](http://www.ccnsp.ca/docs/NCCPHSDOHFactsheet_FR%20_May2012.pdf), consulté le 27 janvier 2014)

Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale. 2012. *Rapport annuel 2011-2012*.

Châtel, Vivianne et Roy, Shirley (dirs). 2008. *Penser la vulnérabilité : Visages de la fragilisation du social*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Choinière, Robert, Massie, James, Paradis, Chantal. 2003. « Le portrait statistique de la santé des Montréalais. » Direction de santé publique de Montréal.

Christensen, Ann-Dorte. 2009. "Belonging and Unbelonging from an Intersectional Perspective". *Gender Technology and Development* 13(1): 21-41.  
(<http://gtd.sagepub.com/content/13/1/21>)

Clarke, Juane Nancarrow. 2004. *Health, Illness, and Medicine in Canada: Fourth Edition*. Ontario: Oxford University Press.

Cockerham, William C.. 1997. "The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation". *Journal of Health and Social Behavior* 38 (juin): 117-130.

Collovald, Annie et al.. 2011. « Identité ». *Encyclopaedia Universalis*.

Corin, Ellen. 1996. « Chapitre 4 : La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie », pp. 104-141 dans Evans, Robert G., Barer, Morris L. et Marmor, Theodore R.(Dirs). *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal, Paris : Les Presses de l'Université de Montréal et John Libbey Eurotext.

Couturier, Eve-Lyne et Schepper, Bertrand. 2010. *Qui s'enrichit, qui s'appauvrit 1976-2006*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques et Centre canadien des politiques alternatives. (<http://www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2011/09/Qui-senrichit-qui-sappauvrit.pdf>)

Cuche, Denis. 2001. Culture et identité, pp.83-96, *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris : Éditions La Découverte.

De Gaulejac, Vincent et Taboada-Léonetti, Isabel. 1994."Introduction"; pp.19-26 dans De Gaulejac, Vincent et Taboada-Léonetti, Isabel (dirs). *La lutte des places: Insertion et désinsertion*. Paris: Desclée de Brouwer.

De Gaulejac, Vincent et Taboada-Léonetti, Isabel. 1994. "Conclusion"; pp.275-281 dans De Gaulejac, Vincent et Taboada-Léonetti, Isabel (dirs). *La lutte des places: Insertion et désinsertion*. Paris: Desclée de Brouwer.

De Gaulejac, Vincent. 1994."Chapitre 1: Le manager et le RMIste"; pp.29-38 dans De Gaulejac, Vincent et Taboada-Léonetti, Isabel (dirs). *La lutte des places: Insertion et désinsertion*. Paris: Desclée de Brouwer.

De Koninck, Maria, Disant, Marie-Jeanne, Pampalon, Robert et Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé 10. 2006. « Inégalités sociales de santé : influence des milieux de vie ». *Lien social et politique* 55 : 135-136.

Demazière, Didier. 1996. « Chapitre 28 : Chômage et dynamiques identitaires », pp.335-343 dans Paugam, 1996 dans Paugam, Serge (dir). 1996. *L'exclusion : l'État des savoirs*. Paris, Éditions La Découverte.

De Queiroz, Jean-Manuel. 1996. « Chapitre 25 : Exclusion, identité, désaffection », pp.295-310 dans Paugam, Serge (dir). 1996. *L'exclusion : l'État des savoirs*. Paris, Éditions La Découverte.

DHSS (Black Report). 1980. « Inequalities in Health: Report of a Research Working Group », London Department of Health and Social Security.

Doniach, L, Swettenham, K.V. and Hathorn, M.K.S. (1975), 'Prevalence of asbestos  
Dubar, Claude. 1996. « Chapitre 9 :Socialisation et processus », pp.111-119 dans Paugam, Serge (dir). 1996. *L'exclusion : l'État des savoirs*. Paris, Éditions La Découverte.

Dupéré, Sophie, De Koninck, Maria et O'Neill, Michel. 2011. « Rouge, jaune, vert...noir : l'expérience de la pauvreté d'hommes du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal. » *Recherches sociographiques* 52 (2) : 255-283.

Fassin, Didier. 2000. « Entre politique du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé. » *Anthropologie et Sociétés* 24 (1) : 95-116.

Fortin, Sylvie. 2001. « Citoyennetés et appartenances en situation de migration. » *Les Cahiers du Gres* 2 (1) : 73-84. (<http://www.erudit.org/revue/lcg/2001/v2/n1/009424ar.pdf?lettre=V>)

Fortin, Sylvie. 2002. « Social Ties and Settlement Processes: French and North African Migrants in Montreal. » *Canadian Ethnic Studies* 34 (3).

Frohlich, Katherine, Corin, Ellen et Potvin, Louise. 2008. «Chapitre 6 : La relation entre contexte et maladie : une proposition théorique. » pp. 141-164 dans Frohlich, Katherine, De Koninck, Maria, Demers, Andrée et Bernard, Paul (dirs).. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Gallissot, René. 1987.« Sous l'identité, le procès d'identification ». *L'Homme et la société* 83 : 12-27. ([http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/homso\\_0018-4306\\_1987\\_num\\_83\\_1\\_2260](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/homso_0018-4306_1987_num_83_1_2260))

Germain, Annick et Rose, Damaris. 2010. « La mixité sociale programmée en milieu résidentiel à l'épreuve des discours critiques internationaux : le cas de Hochelaga à Montréal. » *Lien social et Politiques* 63. : 15-26.

Goffman, Erving. 1975. *Sigmates : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Éditions de Minuit.

Granovetter, Mark. 1983. « The Strength of Weak Ties : A Network Theory Revisited ». *Sociological Theory* 1 : 201-233. (<http://www.jstor.org/stable/202051>)

Henning, Cecilia et Lieberg, Mats. 1996. “Strong ties or weak ties? Neighbourhood networks in a new perspective.” *Scandinavian Housing and Planning Research* 13 (1): 3-26. (<http://dx.doi.org/10.1080/02815739608730394>)

Héritage Montréal. *Quartier Hochelaga-Maisonneuve*. <http://www.memorablemontreal.com/accessibleQA/histoire.php?quartier=7>, site consulté le 27 mai 2013.

Institut de la statistique du Québec. 2013. « Santé : Enquête québécoise sur l’expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l’endroit habituel de soins : regard sur l’expérience vécue par les Québécois. » Volume 2.

Jewsiewicki, Bogumil. 2004. « Postface », pp. 325-333 dans Saillant, Francine, Clément, Michèle et Gaucher, Charles. *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec : Nota Bene.

Lavoie, Jean-Pierre, Rose, Damaris, Burns, Victoria et Covanti, Véronique. 2011. « La gentrification de La Petite-Patrie. Quelle place et quel pouvoir pour les aînés ? ». *Diversité urbaine* 11 (1) : 59-80.

Léa-Roback : Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé à Montréal. 2007. « Mieux comprendre le lien entre le quartier et la santé ». *Le point sur... l’effet de quartier* (1).

le Blanc, Guillaume. 2007. *Vies ordinaires, vies précaires*. Paris : Éditions du Seuil.

Macherey, Pierre. 2009. *De Canguilhem à Foucault la force des normes*. Paris : La Fabrique Éditions.

Macintyre, Sally, Ellaway, Anne et Cummins, Steven. 2002. « Place effects on health : how can we conceptualise, operationalise and measure them ? ». *Social Science and Medicine* 55 : 125-139.

Massé, Raymond. 1995. *Culture et santé publique*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

McAll, Christopher. 2008. « Chapitre 5 : Trajectoires de vie, rapports sociaux et production de la pauvreté », pp.93-123 dans Châtel, Vivianne et Roy, Shirley (dirs). *Penser la vulnérabilité : Visages de la fragilisation du social*. Montréal : Presses de l’Université du Québec.

Morin, Richard et Rochefort, Michel. 1998. « Quartier et lien social: des pratiques individuelles à l'action collective. » *Lien social et Politiques* 39: 103-114. (<http://id.erudit.org/iderudit/005194ar>)

Ollivier, Bruno. 2009. « Présentation générale : Les identités collectives : comment comprendre une question politique brûlante ? », pp.7-27, dans Bruno Ollivier (dir). *Les identités collectives à l'heure de la mondialisation*. Paris : CNRS Éditions.

Organisation mondiale de la santé (OMS), [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/), site consulté le 16 mai 2012.

Paillé, Pierre. 1994. « L'analyse par théorisation ancrée ». *Cahiers de recherche sociologique* 23 : 147-181. (<http://id.erudit.org/iderudit/1002253ar>)

Paillé, Pierre et Muchielli, Alex. 2010. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2<sup>e</sup> édition*. Paris : Armand Colin.

Pampalon, Robert, Hamel, Denis et Gamache, Philippe. 2008. « Chapitre 1 : Évolution de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale. », pp.13-35 dans Frohlich, Katherine, De Koninck, Maria, Demers, Andrée et Bernard, Paul (dirs).. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Pascal, Jean, Abbey-Huguenin, Hélène et Lombrail, Pierre. 2006. « Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? ». *Lien social et Politiques* 55 : 115-124. (<http://id.erudit.org/iderudit/013229ar>)

Paugam, Serge (dir). 1996. *L'exclusion : l'État des savoirs*. Paris, Éditions La Découverte.

Paugam, Serge. 2005. « Les formes élémentaires de la pauvreté ». Paris : Les Presses Universitaires de France.

Renault, Emmanuel. 2008. *Souffrances sociales : Philosophie, psychologie et politique*. Paris : La découverte.

Ricoeur, Paul. 1991. « Narrative Identity », pp.188-199 dans David Wood, *On Paul Ricoeur: Narrative and Interpretation*. Londres et New York: Routledge.

Ricoeur, Paul. 2004. *Parcours de la reconnaissance : trois études*. Paris : Les essais Stock.

Roy, Bernard. 2002. « Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Inuus de Pessamit ». Québec : Presses de l'Université Laval.

Roy, Shirley. 2008. « Chapitre 1 : De l'exclusion à la vulnérabilité : Continuité et rupture », pp. 13-34 dans Châtel, Vivianne et Roy, Shirley (dirs). *Penser la vulnérabilité : Visages de la fragilisation du social*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Saillant, Francine, Clément, Michèle et Gaucher, Charles. 2004. *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec : Nota Bene.

Saillant, Francine. 2004. « Constructivisme, identités flexibles et communautés vulnérables » pp.19-42 dans Saillant, Francine, Clément, Michèle et Gaucher, Charles. *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec : Nota Bene.

Saillant, Francine et Clément, Michèle. 2004. « Liminaire », pp.9-16 dans Saillant, Francine, Clément, Michèle et Gaucher, Charles. 2004. *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec : Nota Bene.

Scambler, Graham. 2009. « Health-related stigma ». *Sociology of Health and Illness* 31 (3) : 441-455.

Schnapper, Dominique. 1996. « Chapitre 1 : Intégration et exclusion dans les sociétés modernes », pp.23-31 dans Paugam, Serge (dir). 1996. *L'exclusion : l'État des savoirs*. Paris, Éditions La Découverte.

Sen, Amartya. 1992. *Inequality reexamined*. Cambridge : Harvard University Press.

Taboada Léonetti, Isabel. 1994. « Intégration et exclusion » pp.51-78 dans De Gaulejac, Vincent et Taboada Léonetti, Isabel, *La lutte des places: Insertion et désinsertion*. Marseille: Hommes et Perspectives.

Taylor, Charles. 2003. « Chapitre 2 : « Le moi dans l'espace moral », pp.43-77 dans *Les Sources du moi : La formation de l'identité moderne*. Montreal : Boréal.

Thoits, Peggy A.. 1995. "Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?" *Journal of Health and Social Behavior, suppl. Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology*: 53-79.

Turner, R. Jay, Wheaton, Blair et Lloyd, Donald A.. 1995. "The Epidemiology of Social Stress." *American Sociological Review* 60 (1): 104-125.

Venkatapuram, Sridhar. 2011. « Health Justice ». Cambridge, Malden : Polity Press.

Ville de Montréal. 2013. « Profil sociodémographique : Arrondissement de Mercier-Hochelaga-Maisonneuve. » Montréal.  
([http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/MTL\\_STATS\\_FR/MEDIA/DOCUMENTS/PROFIL\\_SOCIOD%20MO\\_MHM.PDF](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/MTL_STATS_FR/MEDIA/DOCUMENTS/PROFIL_SOCIOD%20MO_MHM.PDF); consulté le 27 mai 2013)

Ville de Montréal.2013. «Arrondissements »  
([http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?\\_pageid=5798,85813661&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=5798,85813661&_dad=portal&_schema=PORTAL); consulté le 15 novembre 2013)

Wilkinson, Richard G.. 1996. *Unhealthy Societies : The Afflictions of Inequality*. Londres et New York : Routledge.

Wilkinson, Richard et Pickett, Kate. 2013. *L'égalité c'est mieux : Pourquoi les écarts de richesse ruinent nos sociétés*. Montréal : Les Éditions Écosociété

Young, Anne F., Russell, Anne et Powers, Jennifer R.. 2004. "The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well being in older women?". *Social Science and Medicine* 59: 2627-2637.

Yuval-Davis, Nira. 2006. "Belonging and the politics of belonging". *Patterns of Prejudice* 40 (3): 197-214. (<http://dx.doi.org/10.1080/00313220600769331>)

Yuval-Davis, Nira. 2010. "Theorizing identity: beyond the 'us' and 'them' dichotomy". *Patterns of Prejudice* 44 (3): 261-280. (<http://dx.doi.org/10.1080/0031322X.2010.489736>)



