

V Comme...

Voisinage

Mathieu Philibert & Julie Vallée

Le terme de voisinage fait référence au quartier par analogie au terme anglophone de *'neighbourhood'*. Les voisinages sont des espaces aux limites floues pour lesquels il n'existe pas de définition unique et consensuelle : ils peuvent être définis par leur histoire commune (ex. période de construction, rôle économique), par des caractéristiques socio-démographiques de la population résidente (ex. appartenance ethnique, classe sociale), par une fonction actuelle (ex. quartier des affaires), par une assignation symbolique (ex. proximité d'un bâtiment public ou d'un monument), par des éléments physiques naturels ou anthropiques (ex. topographie, voie ferrée, avenues) ou par la combinaison de plusieurs de ces éléments. Défini en des termes très larges, le voisinage est un « ensemble d'attributs ancrés spatialement [et] associés à un groupe de résidences, parfois conjointement avec d'autres types d'utilisation du sol » (Galster, 2001, p. 2111). Les différentes définitions du voisinage peuvent avoir une dimension sociale, spatiale ou fonctionnelle (Jenks et Dempsey, 2007). La dimension sociale fait référence aux relations entre les individus, aux normes qui prévalent, au sentiment d'appartenance ou à la signification de l'espace, par exemple. La dimension spatiale renvoie à la délimitation géographique du voisinage, mais aussi à des attributs physiques qui participent à cette délimitation. Enfin, le voisinage peut aussi être décrit sous l'angle des fonctions qu'il occupe dans différents systèmes ; dans ce cas, on met l'accent sur le voisinage comme entité qui offre des services commerciaux ou publics (ex. soins de santé, éducation ou espaces de loisirs) participant au fonctionnement et au développement des communautés locales et des individus. Les dimensions physique et fonctionnelle gagnent à être abordées en lien avec la dimension sociale à travers laquelle la définition du voisinage trouve son sens.

En géographie de la santé, il est courant de vouloir identifier les dimensions des voisinages impliquées dans l'émergence ou la reproduction des disparités de santé entre les territoires. Au-delà du fait que certains territoires concentrent des populations dont les caractéristiques individuelles sont associées à des risques accrus de morbidité ou de mortalité (effet de composition), des

variations dans l'accès à des ressources sociales ou matérielles attribuables au fait de vivre dans un voisinage plutôt qu'un autre (effets contextuels) peuvent effectivement contribuer aux disparités de santé entre les territoires. En guise d'exemple, on peut ainsi vouloir étudier dans quelle mesure les niveaux élevés d'incidence de cancer dans certains quartiers s'expliquent par la forte concentration de fumeurs dans ces quartiers (effet de composition) mais également par les niveaux de pollution (effets contextuels). Cette distinction entre les facteurs contextuels et de composition est au cœur de l'analyse statistique multiniveaux et de l'analyse de la variance associée qui visent à dissocier ces deux types d'effets sur les variations géographiques de santé.

Encadré : Les régressions multiniveaux

Il s'agit d'un type de régression qui permet de prendre en compte la dépendance entre des unités d'observation appartenant à un même groupe, par exemple des individus regroupés au sein de différents quartiers.

Dans un modèle de régression « classique » (qu'elle soit linéaire ou logistique), les variables « à expliquer » et « explicatives » sont toutes observées (mesurées) à la même échelle (ex. les individus). Pour l'étude de facteurs géographiques comme les caractéristiques des quartiers, le recours à ces régressions « classiques » implique d'*individualiser* les facteurs géographiques, c'est-à-dire d'assigner aux individus les caractéristiques de leur quartier. Or, cette façon de faire néglige le fait que des individus d'un même quartier ont en commun les caractéristiques de ce quartier, violant ainsi le postulat d'indépendance des observations requis par ces régressions.

Une régression « multiniveaux » permet au contraire de prendre en compte la structure à plusieurs niveaux de l'échantillon : des individus (niveau 1) regroupés dans des quartiers (niveau 2). Avec la régression multiniveaux, il est alors possible d'estimer de façon non biaisée les associations entre une variable à expliquer (observée au niveau de l'individu) et des variables explicatives (qui peuvent être aussi bien observées au niveau de l'individu ou de son quartier). De plus, la régression multiniveau est une source d'information précieuse pour le géographe qui souhaite étudier comment le phénomène observé au niveau des individus varie entre les territoires. Pour étudier ces variations géographiques, on peut alors analyser la variance inter-quartiers d'abord dans un modèle dit « vide » (i.e. sans aucune variable « explicatives ») et ensuite dans des modèles où des variables « explicatives » de niveau 1 et/ou 2 sont introduites. Avec ce processus séquentiel, l'idée est de voir dans quelle mesure la variance inter-quartiers mesurée initialement dans un modèle vide diminue lorsque sont incluses des variables explicatives de niveau 1 (« l'effet de composition ») et de niveau 2 (« l'effet du contexte »).

Prenons l'exemple de la santé mentale (Y) dont la variation, parmi les individus i d'une population donnée, est résumée ici à l'influence du genre (X_1), du revenu individuel (X_2) et de la cohésion sociale dans le quartier de résidence (X_3). Avec une régression « classique », on obtient :

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + e_i \dots$$

où β_0 indique le niveau de santé mentale moyen autour duquel des variations individuelles sont observées suivant l'effet du genre, du revenu individuel et de la cohésion sociale du quartier (l'effet de ces facteurs sur la santé mentale est notée par β_1 , β_2 et β_3 , respectivement). Dans ce modèle de régression, les individus résidant dans le même quartier auront en commun un niveau de cohésion sociale (X_3). Parce que les variations de la cohésion sociale ne sont pas observées à l'échelle des individus (i), mais plutôt à l'échelle des quartiers (j), le modèle de régression multiniveaux suivant décrit mieux la structure des influences sur la santé mentale des individus i en tenant compte du quartier de résidence j .

$$Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} X_{1ij} + \beta_{2j} X_{2ij} + e_{ij}$$

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01} X_{3j} + u_{0j}$$

$$\beta_{1j} = \gamma_{10} + u_{1j}$$

$$\beta_{2j} = \gamma_{20} + u_{2j}$$

Autrement dit, ce modèle présume que le niveau de santé moyen β_{0j} peut varier à l'échelle des quartiers j et que cette variation subit l'effet γ_{01} du niveau de cohésion sociale (X_3) des quartiers. Il permet aussi d'estimer la variance inter-quartiers : variance de u_{0j} .

Différentes propositions conceptuelles ont été faites afin de décrire les attributs des voisinages influençant les comportements de santé des individus et leur santé (par ex. Macintyre et al., 2002 ; Bernard et al., 2007 ; Daniel et al., 2008 ; Chaix, 2009). Ces propositions ont en commun l'identification de différents types de ressources et d'opportunités pouvant influencer la santé des individus et par là-même les disparités de santé observées entre les territoires : les caractéristiques physiques (éléments naturels et l'environnement bâti), les services publics ou commerciaux, les perceptions attachés à ces espaces et l'environnement social [voir aussi « L comme Lieu(x) »]. La distribution géographique de ces facteurs contextuels est elle-même tributaire de processus sociaux, culturels et politiques qui ont cours à des échelles supérieures (méso ou macro) [voir aussi « I comme Inégalités de santé »]. On peut par exemple penser aux politiques et programmes publics en matière de soins de santé [voir aussi « S comme système de santé »], d'éducation, d'assistance sociale, mais aussi de développement économique, d'urbanisme et d'aménagement du territoire. Ces processus municipaux, régionaux et nationaux participent à la distribution inégale des ressources et d'opportunités disponibles localement [voir aussi « K comme Kilomètre»].

DEFI 1. LES INTERACTIONS ENTRE INDIVIDUS ET VOISINAGE

L'étude des relations entre voisinage et santé pose cependant un certain nombre de défis conceptuels et opérationnels. Sur le plan conceptuel, un premier défi majeur consiste à concevoir comment les voisinages agissent sur la santé des populations, soit directement à travers les conditions favorables ou défavorables qu'ils offrent à leur population (ex. : conditions d'habitation, qualité de l'air, accès aux services), soit plus indirectement par le biais de facteurs psychosociaux et de comportements individuels (ex. : stress, estime de soi, intégration sociale, sentiment d'appartenance, choix alimentaires, activité physique [voir aussi « N comme Nutrition »], consommation d'alcool ou de drogues, utilisation des services de santé). Cette influence n'est toutefois pas à sens unique et les caractéristiques des voisinages peuvent aussi être influencées par les populations locales, par exemple par le biais de choix de consommation qui déterminent l'offre commerciale ou encore la cohésion sociale qui peut favoriser la mobilisation citoyenne pour obtenir des services publics. Cette relation réciproque est notamment décrite par la théorie de la structuration de Giddens (1984) selon laquelle la structure sociale crée des contraintes et des opportunités pour les individus, mais ces derniers influencent à leur tour les structures par leurs pratiques. Cette relation entre la structure et agentivité (*'agency'*, soit la capacité des individus d'agir indépendamment et de faire des choix librement) est aussi présente à l'échelle des voisinages, ce que peinent à rendre compte les études quantitatives s'appuyant sur des modèles de régressions multiniveaux (Encadré). En distinguant trop nettement ce qui a trait aux individus d'une part et aux voisinages d'autre part, ces modèles peuvent produire des résultats qui n'alimentent que très peu la réflexion conceptuelle sur les mécanismes d'influence des caractéristiques du voisinage sur la santé. Toutefois, l'analyse des interactions entre individus et voisinage, particulièrement développée dans les analyses qualitatives, est également possible dans les analyses quantitatives. Une étude américaine a par exemple observé que l'influence du niveau socioéconomique du quartier sur la sédentarité et l'obésité varie selon que les individus parlent l'anglais ou non à la maison, suggérant ainsi que le processus d'acculturation des individus participe à l'influence contextuelle sur la santé ; les personnes qui ne parlent pas l'anglais à la maison ne bénéficieraient pas autant de l'effet positif du statut socioéconomique élevé des quartiers (Shi et al., 2015). Notons que cette étude n'a pas observé d'influence directe du niveau socioéconomique du quartier, ce qui souligne l'importance de prendre en compte les interactions entre facteurs individuels et contextuels. L'absence de prise en

compte des relations entre les facteurs contextuels et individuels de la santé (qu'ils soient modérateurs ou médiateurs) risquent de produire des conclusions biaisées, qui peuvent tantôt sous-estimer ou surestimer l'importance des voisinages (Macintyre et al., 2002) et conduire à des diagnostics erronés sur les actions politiques à mener pour réduire les inégalités de santé.

DEFI 2. LA DEFINITION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

Un autre enjeu important est la conceptualisation de l'environnement social des voisinages. La dimension sociale est souvent explorée en mobilisant des concepts inter-reliés, utilisés parfois de façon interchangeable et souvent avec des formes opératoires différentes. Ces variations rendent difficile la synthèse des connaissances et limitent ainsi la capacité de la recherche à soutenir le développement d'interventions qui cibleraient l'environnement social des voisinages pour améliorer le bien-être, l'inclusion sociale et réduire des comportements à risque. Par exemple, le capital social est un facteur contextuel souvent étudié de par son rôle sur la santé des populations, mais les définitions diffèrent grandement. Pour certaines études « le capital social fait référence aux liens entre les individus – les réseaux sociaux ainsi que les normes de réciprocité et la confiance qui émergent de ces réseaux » (Putnam, 2000, p.19) qui permettent aux membres d'une collectivité d'interagir et d'atteindre des objectifs communs. Cette définition amalgame deux dimensions dans un même concept, soit le réseau de relations et des conditions nécessaires à son développement (ex. réciprocité et confiance). Pour d'autres, « le capital social est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance ou d'inter-reconnaissance » (Bourdieu, 1980). Ici, le réseau de relations n'est pas le capital en lui-même, mais plutôt une condition nécessaire à son accès. Pour bien comprendre comment l'environnement social des quartiers influence la santé des individus et des populations, les composantes d'un cadre conceptuel doivent préciser le sens attribué à chacune de ces notions et les mécanismes en jeu.

Une autre difficulté concerne le sens que l'on attribue à l'environnement social des quartiers. Contrairement à la disponibilité de services commerciaux ou à la caractérisation des aménagements urbains, la caractérisation de l'environnement social repose en bonne partie sur des mesures individuelles (ex. perception ou appréciation de l'environnement social) qui sont agrégées à l'échelle des voisinages (ex. proportion de personnes qui considèrent qu'il y a un bon niveau d'entraide dans le voisinage). Pour ce faire, il faut un devis d'étude qui fournisse aux chercheurs un grand nombre de répondants par voisinage. Or, les enquêtes socio-sanitaires menées par les agences gouvernementales (ex. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Baromètres Santé en France) ne sont pas conçues pour offrir une telle concentration de répondants car elles visent la plupart du temps une représentation régionale, voire nationale (Philibert et Riva, 2011). Face à l'absence d'information sur l'environnement social des voisinages, une pratique courante (mais dont la justification théorique est souvent implicite) consiste à intégrer des variables qui ne sont pas des mesures directes de l'environnement social, mais des 'proxys' d'un élément de l'environnement social (par exemple la part de personnes vivant seules pour estimer la densité des liens sociaux ou bien des mesures composites de 'deprivation' pour estimer les normes sociales en présence). Cette distance entre la mesure et le concept contribue à ce que le statut de ces variables soit équivoque. De plus, les objets que ces variables agrégées cherchent à caractériser demeurent souvent peu explicites : certains les envisagent comme des 'proxys' d'éléments du *contexte* social tandis que d'autres les utilisent comme des 'proxys' du profil social des *individus* qui composent la population,

notamment lorsque l'information individuelle n'est pas disponible. Toute étude quantitative gagnerait donc à préciser le statut des variables intégrées dans les modèles et à discuter de leur efficacité à représenter (à approximer pourrait-on dire) l'environnement social.

DEFI 3. LA MESURE DE L'EXPOSITION

La mesure de l'exposition des individus aux caractéristiques des voisinages est un autre défi tant d'un point de vue conceptuel qu'opérationnel. Les études qui explorent l'association entre des caractéristiques des voisinages et la santé utilisent en grande majorité des unités territoriales administratives (ex. IRIS en France, secteurs de recensement au Canada). Cette définition des voisinages s'accompagne d'une présomption implicite que l'ensemble des résidents sont uniformément exposés aux mêmes facteurs contextuels et que cette exposition change abruptement aux frontières de ces unités territoriales. D'autres études utilisent plutôt des zones tampon (ou 'buffers'), c'est-à-dire des zones de rayon fixe autour de la résidence des individus. Ces deux façons de caractériser l'espace qui sont susceptibles d'influencer la santé des individus ne prennent cependant pas en compte l'appropriation réelle de l'espace par les individus. Des analyses portant sur les quartiers perçus ont ainsi souligné les erreurs de quantification et d'interprétation des effets de voisinage auxquels s'exposent les études lorsqu'elles considèrent les voisinages comme des unités spatiales de taille constante et négligent ainsi les capacités différenciées des populations à s'approprier leur quartier de résidence. Selon les sous-groupes de populations ou les zones étudiées, il pourrait être avantageux de faire varier la taille et la forme des voisinages afin de les faire correspondre au mieux à la manière dont les individus s'approprient leur quartier de résidence (Vallée et al., 2016).

Par ailleurs, il importe de ne pas s'en tenir à la seule échelle résidentielle lorsqu'on analyse les relations entre voisinages et santé. La mobilité quotidienne des populations s'avère également importante à considérer pour mieux appréhender le rôle des voisinages dans l'émergence et la reproduction des inégalités de santé entre territoires mais également entre groupes sociaux (Shareck et al., 2014) [voir aussi « I comme Inégalités de santé »]. Restreindre l'analyse au seul quartier de résidence revient à ignorer la mobilité quotidienne des individus qui conditionne pourtant leur façon d'interagir avec leur environnement et d'accéder aux ressources réparties dans l'ensemble de la ville [voir aussi « P comme Parcours »]. En fonction de leur position sociale, certains individus peuvent être amenés - par choix ou par contrainte - à faire coïncider leur espace de vie et leur quartier de résidence, tandis que d'autres construisent des espaces de vie réticulaires dont leur quartier de résidence ne constitue qu'un des pôles. Lorsqu'on cherche à mener des actions dans des *quartiers* où les *populations* souffrent par exemple d'un mauvais accès aux équipements commerciaux ou de loisirs, il s'avère alors utile de considérer non seulement la distribution géographique des équipements mais également la capacité des populations à se déplacer au quotidien. Cette approche croisée permet de relier les populations à leurs territoires de vie et de sortir ainsi d'une vision rigide et résidentielle des effets de lieux (Vallée et al., 2014). Cette variabilité des pratiques et représentations de l'espace n'est pas un simple obstacle méthodologique qu'il faudrait contourner : abordée frontalement, elle révèle au contraire la spatialisation complexe des sociétés et la richesse de l'approche géographique de la santé.

Sans aucune prétention d'exhaustivité, ce texte s'est attaché à souligner trois défis auxquels les géographes de la santé peuvent être confrontés lorsqu'ils analysent le voisinage comme un maillon de la chaîne de production des inégalités de santé.

Références bibliographiques

- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K.L., Daniel, M. Kestens, Y., et Potvin, L. (2007). Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science & Medicine*, 65: 1839–1852.
- Bourdieu, P. (1980) Le capital social : notes provisoires. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 31: p. 2-3.
- Chaix, B. (2009). Geographic life environments and coronary heart disease: a literature review, theoretical contributions, methodological updates, and a research agenda. *Annual Review of Public Health*, 30: 81-105.
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. V., et Macintyre, S. (2007). Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine*, 65: 1825-1838.
- Daniel M, Moore S, et Kestens Y. 2008. Framing the biosocial pathways underlying associations between place and cardiometabolic disease. *Health & Place*, 14:117–32.
- Galster, G. (2001). On the nature of neighbourhood. *Urban Studies*, 38, 2111–2124.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Jenks, M et Dempsey, M. (2007). Defining the neighbourhood: Challenges for empirical research. *The Town Planning Review*, 78(2):153-177.
- Macintyre, S., Ellaway, A., et Cummins, S. (2002). Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55, 125–139.
- Philibert, M., Riva, M. (2011). Contribution de la géographie quantitative à l'étude des inégalités sociales de santé : Analyse des effets de milieu. *Cahiers de géographie du Québec*, 55, 343–361.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Shareck, M; Frohlich, KL; Kestens, Y. (2014) Considering daily mobility for a more comprehensive understanding of contextual effects on social inequalities in health: a conceptual proposal. *Health & Place*, 29, 154-60
- Shi, L., Zhang, D., van Meijgaard, J., MacLeod, K. E., & Fielding, J. E. (2015). The Interaction Between an Individual's Acculturation and Community Factors on Physical Inactivity and Obesity: A Multilevel Analysis. *American Journal of Public Health*, 105(7), 1460–1467.
- Vallée J, Frohlich K, Kestens Y, Shareck M. 2014. Accès aux ressources et santé mentale à Montréal : l'importance de la mobilité quotidienne. *Métropolitiques, Dossier "Ville et Santé"*, 2 juin 2014.
- Vallée, J., Le Roux, G., Chauvin, P. (2016). Quartiers et effets de quartier. Analyse de la variabilité de la taille des quartiers perçus dans l'agglomération parisienne. *Annales de Géographie*, 708, 119-142.