

le point sur... l'effet de quartier



Mieux comprendre le lien entre le quartier et la santé

NUMÉRO

1

À STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ÉGAL, EST-CE QUE LE LIEU DE RÉSIDENCE PEUT FAIRE UNE DIFFÉRENCE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ?

CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DU QUARTIER PEUVENT-ELLES GÉNÉRER DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

SI OUI, DANS QUELLE MESURE ET PAR QUELS MÉCANISMES ?

Premier d'une série de publications traitant de l'effet de quartier sur la santé, ce document présente le cadre qui sous-tend la démarche. Dans l'intention de produire des outils susceptibles d'orienter l'action visant la réduction des inégalités sociales de santé à Montréal, les travaux ont été réalisés en collaboration avec des décideurs, des gestionnaires et des intervenants. Un groupe de travail composé d'acteurs en provenance de certains secteurs clés de la vie montréalaise s'est en effet penché sur les données mettant en lumière l'effet de quartier sur des dimensions importantes de santé publique. Incluant leurs points de vue, le produit final de cette expérience sera des synthèses de recherche. Elles porteront sur la contribution de l'environnement local à l'état de santé. Traitant de thèmes spécifiques, mais axées sur les inégalités sociales de santé, elles permettront de repérer des lacunes dans le développement des connaissances et d'établir des priorités futures à l'usage des politiques et des interventions dans les milieux.

Crédit photo : Danielle Massé, CLR



Les parcs sont des lieux propices à la sociabilité locale et à l'activité physique, sans compter leur importance durant les épisodes de chaleur accablante. Autant d'effets positifs sur la santé d'une communauté.

À Montréal, l'écart d'espérance de vie entre les résidents du territoire sociosanitaire le plus riche et ceux du territoire le plus pauvre de la métropole est de 10 années (1). De semblables écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires influent sur de nombreux aspects de la santé des populations. C'est ce qu'on appelle les inégalités sociales de santé. Ces inégalités sont de plus en plus documentées, mais ce qu'on sait moins,

c'est la manière dont elles sont générées par les contextes de vie des individus et des familles, autrement dit : l'effet de quartier.

L'EFFET DE QUARTIER

L'effet de quartier ou de voisinage (*neighbourhood effect* en anglais) n'est pas le fruit de la seule concentration de la pauvreté ou de la richesse, mais bien le résultat d'un ensemble de processus par

Le quartier n'est donc pas le seul environnement à influencer sur la santé, mais pour certains segments de la population, généralement les plus vulnérables, il est un espace déterminant.

lesquels l'environnement immédiat agit entre autres sur la santé, sur la situation économique, sur les comportements comme la délinquance, la violence ou la dépression, sur le développement individuel et sur la réussite scolaire.

Une synthèse récente de 86 travaux de recherche ayant étudié les effets de l'environnement local sur la santé tels que la perception de l'état de santé, les maladies cardiovasculaires et leurs facteurs de risques, le taux de mortalité, conclut qu'une part significative de la variation de l'état de santé est associée au contexte, et ce, indépendamment des caractéristiques individuelles. L'effet varie toutefois, entre autres, selon l'objet d'étude, les variables contextuelles (ou les attributs des environnements dont on mesure l'effet), et les frontières géographiques définies pour représenter le quartier (2).

D'autres milieux procurent des ressources de diverses natures nécessaires au maintien d'une bonne santé et sont importants : la famille, l'école, le travail ou le loisir. En outre, certaines personnes passent vraiment peu de temps dans leur quartier. Cependant, chez certains sous-groupes, par exemple les enfants, les personnes âgées, les populations démunies sur le plan matériel, dépourvues de réseaux sociaux ou affectées par des incapacités liées à un problème de santé, le quartier peut représenter une importante voie d'accès aux ressources ou, au contraire, un obstacle. Le quartier n'est donc pas le seul environnement à influencer sur la santé, mais pour certains segments de la population, généralement les plus vulnérables, il est un espace déterminant.

UN CADRE POUR SAISIR UNE RELATION COMPLEXE ENTRE LES INDIVIDUS ET LEUR MILIEU DE VIE

L'interaction entre les individus et leurs milieux de vie est complexe et le cadre de référence retenu pour interpréter la situation doit refléter l'influence réciproque entre l'humain et son environnement.

La plupart des études s'attardent au rôle relatif des influences du contexte et de

celles reliées aux individus qui en font partie pour comprendre les disparités sociales et géographiques de santé. Les influences contextuelles réfèrent aux attributs sociaux et physiques de l'environnement local tandis que les secondes renvoient aux caractéristiques sociales, économiques et démographiques des individus qui résident dans le quartier. Ce ne sont toutefois pas des catégories distinctes, comme l'ont souligné plusieurs, dont Macintyre et coll. (3), Frohlich et coll. (4) et Cummins et coll. (5) qui ont réfléchi à la conceptualisation, à l'opérationnalisation et à la mesure des effets des milieux sur la santé.

L'équipe de recherche a développé un cadre conceptuel qui définit l'effet de quartier comme une relation dynamique entre les individus et leur environnement local (6). Cette relation n'est pas à sens unique : les attributs des quartiers agissent sur les conditions de vie individuelle, ce que les études tendent à démontrer, mais les actions individuelles peuvent aussi influencer les attributs des environnements. Ainsi, la présence accrue d'établissements de restauration rapide dans les quartiers défavorisés peut répondre en partie à la demande locale. Des individus plus instruits et plus riches auront par ailleurs peut-être plus de facilité à se mobiliser et à inciter les décideurs à embellir leur quartier ou à favoriser le sentiment de sécurité.

Sur l'île de Montréal, les premières mesures d'apaisement de la circulation ont été instaurées à Mont-Royal, à Kirkland et à Outremont, sous la pression des citoyens ; on en trouve aussi à Pierrefonds, Beaconsfield, mais très peu dans les arrondissements centraux, où la population est moins favorisée. Les premiers projets d'embellissement des ruelles émanent d'une requête faite par des résidents du Plateau-Mont-Royal, un quartier fortement embourgeoisé.

L'influence mutuelle entre les caractéristiques des résidents et celles du quartier est donc un élément-clé nécessaire à la compréhension des mécanismes par lesquels le contexte local produit des inégalités de santé (6).

Cette influence se maintient tout au long de la vie. Les individus sont mobiles et transportent dans chacun de leurs milieux résidentiels leur bagage individuel, constitué de divers potentiels ou capitaux : le biologique (7), l'économique, le culturel, et le social (8).

- Le capital économique désigne les atouts matériels dont dispose un individu (revenus, richesses, propriétés et patrimoine, soit l'ensemble des biens matériels possédés) pour s'assurer une place dans la société.
- Le capital culturel désigne l'ensemble des connaissances, dispositions, goûts. Il prend trois formes principales : 1) incorporé, c'est-à-dire intégré à la personne même, car l'incorporation de cet ensemble de connaissances, dispositions, goûts, commence tôt dans la prime enfance; 2) institutionnalisé, soit par les diplômes qui sanctionnent certains types de capital culturel dans les sociétés institutionnalisées et 3) objectivé, soit les objets et médias qui permettent la transmission du capital culturel dans sa matérialité, comme des écrits, des œuvres d'art, des instruments et des monuments.
- Le capital social est quant à lui l'ensemble de ressources actuelles ou potentielles liées au réseau durable de relations sociales que l'individu peut mobiliser quand il en a besoin. La famille, les amis et les collègues d'une personne constituent un actif important auquel celle-ci peut faire appel en situation de crise (par exemple, soutien lors d'une épreuve ou d'une maladie, aide à la recherche d'emploi), dont elle peut profiter, et auquel elle peut se fier afin d'obtenir un gain.
- Le capital biologique réfère enfin à l'ensemble des potentiels biologiques hérités et acquis au cours des premiers stades de vie qui façonnent la santé à un moment donné, de même que les conditions de santé futures.

Ces capitaux sont en interaction constante : le manque de revenu peut découler d'un manque d'éducation, mais il peut aussi être la cause d'une faible scolarisation ; nos réseaux de relations sociales peuvent nous aider à trouver du travail et donc jouer un rôle sur l'accumulation de capital



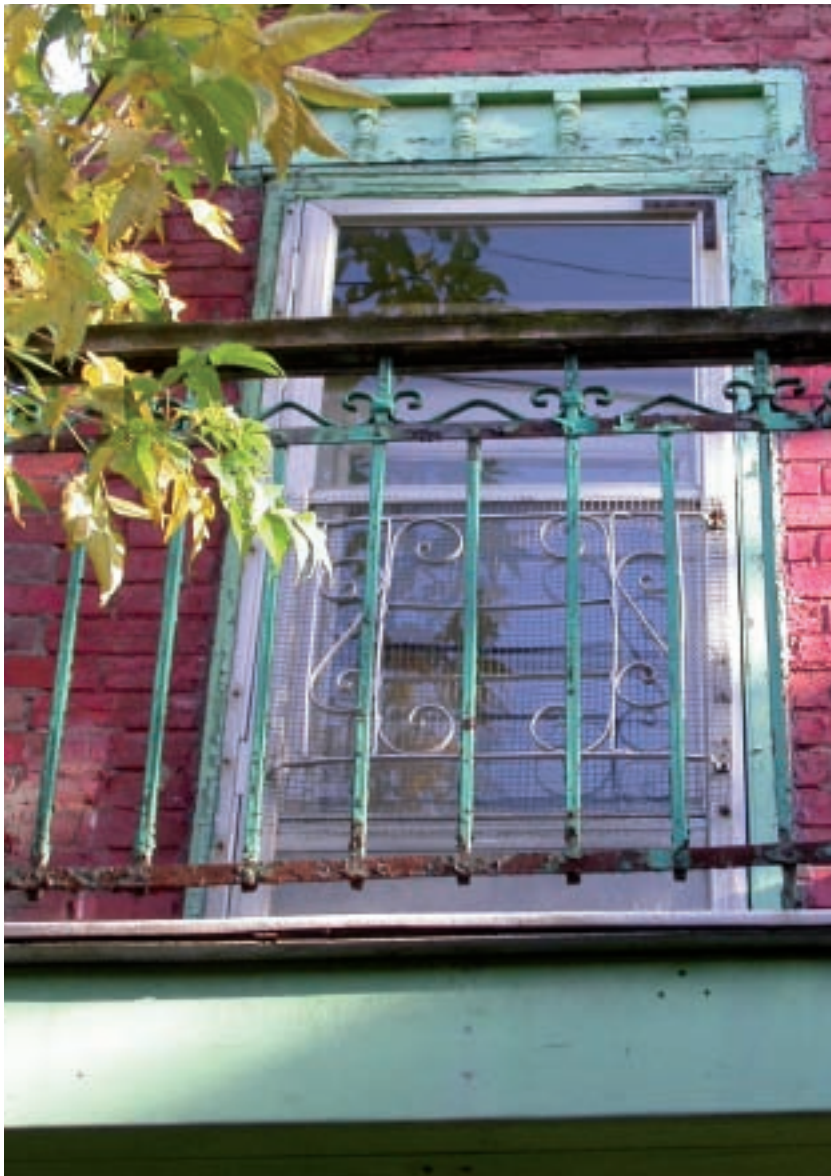
Crédit photo : Danielle Massé, CLR

économique; une mauvaise santé peut être favorisée par le faible revenu ou entraîner une perte de gains si on est incapable de travailler. Ce bagage se transforme avec le temps, il se bonifie ou se détériore, et influence la santé. La recherche s'est considérablement penchée sur le rôle des déterminants ou facteurs individuels associés à l'état de santé. Par contre, le lien entre son environnement et son état de santé est très peu documenté.

Une ruelle verte dans l'arrondissement du Plateau-Mont-Royal. Dans les arrondissements plus cossus, les résidents ont souvent les moyens d'agir sur leur milieu de vie.

LES COMPOSANTES DE L'ENVIRONNEMENT DE QUARTIER EN LIEN AVEC LA SANTÉ

Pour comprendre comment un environnement de quartier peut influencer la santé, le cadre de référence décompose l'environnement en différentes composantes, ou domaines, qui offrent des ressources favorables ou non à la santé : les domaines physique, économique, institutionnel, ceux de la sociabilité locale et de l'organisation communautaire (9).



Crédit photo : Danielle Massé, CLR

Le domaine physique

Le domaine physique d'un quartier réfère aux composantes naturelles et bâties du quartier. Les composantes naturelles comme l'air, le climat et l'eau ne sont pas directement produites par l'activité humaine, même si elles sont de plus en plus influencées par celle-ci, et que l'action publique puisse en partie agir sur ces composantes par le biais de réglementations, de suivis ou d'aménagements. Les composantes bâties de l'environnement physique sont des objets directement produits par l'homme pour l'homme. Elles incluent les caractéristiques d'un quartier comme les immeubles, le système de transport, la trame des rues, l'occupation du sol, les parcs, la qualité de l'habitation ou de l'environnement visuel et l'altération des conditions structurelles que sont les graffiti, les fenêtres cassées, etc.

Le domaine physique peut avoir un effet négatif sur la santé des résidents si ces derniers sont exposés entre autres à des polluants dans l'air, l'eau et le sol ou à des dangers reliés à l'environnement urbain ou bâti. Il peut avoir un effet positif si, au contraire, ils ont accès à des espaces pour faire de l'activité physique. C'est la proximité avec les ressources d'un environnement physique, sain ou malsain, qui produit les effets néfastes ou positifs sur la santé. Il faut quand même tenir compte du fait que cette proximité est tributaire de plusieurs facteurs dont les considérations sociales et économiques qui dictent la mobilité résidentielle et le choix d'un quartier, la planification urbaine et le zonage, la dynamique du marché immobilier et locatif de même que la mobilisation de l'organisation communautaire pour se doter de certaines infrastructures.

Le domaine physique peut avoir une influence sur la santé. Un environnement qui se dégrade crée un sentiment d'insécurité, source de stress.

À Hamilton, des chercheurs ont établi une association forte et statistiquement significative entre l'exposition à la pollution de l'air dans les quartiers en fonction des secteurs de recensement et la mortalité prématurée générale due aux cancers et aux maladies cardio-respiratoires (10). De plus, les chercheurs ont trouvé une association significative entre une plus forte exposition à la pollution de l'air et le faible statut socioéconomique du quartier, mesuré par la valeur immobilière moyenne, le pourcentage de sans-emplois, et le pourcentage de résidents à faible revenu (11). Des relations similaires ont été observées en ce qui concerne les émissions polluantes sur l'île de Montréal : les aires caractérisées par un faible statut socioéconomique et une proportion élevée d'immigrants étaient exposées à des niveaux plus élevés d'émissions de polluants (12).

Le domaine économique

Le domaine économique se rapporte aux ressources qui exigent un déboursé. La présence d'entreprises et de commerces locaux dans le quartier, qui découle en bonne partie des lois du marché, procure ces biens et services, et est aussi une source potentielle d'emplois. Plusieurs études ont montré qu'un accès inégal à certaines ressources essentielles du domaine économique comme des logements abordables, des marchés d'alimentation de qualité peut avoir un effet négatif sur la santé. Peu importe que ce soit parce qu'elles ne sont pas accessibles dans le quartier ou que les individus n'aient pas les moyens de se les payer.

Il y a aussi des ressources du domaine économique qui peuvent être néfastes pour la santé, physique ou mentale, comme les établissements de restauration rapide et les établissements d'appareils de loterie.

Aux États-Unis, les supermarchés sont surreprésentés dans les quartiers riches à prédominance blanche; les petites épiceries, offrant moins de fruits et légumes et souvent plus d'aliments vides (junk-food), sont plus présentes dans les quartiers défavorisés à prédominance afro-américaine (13).

À Montréal, certains quartiers défavorisés ont facilement accès aux supermarchés, mais pas tous (14). Le statut socioéconomique des résidents des quartiers n'apparaît pas comme un facteur influençant la qualité de l'offre alimentaire bien qu'il y ait de grandes variations dans la disponibilité d'aliments santé sur l'île de Montréal (15). Le statut socioéconomique ne semble pas non plus prédictif du coût d'un panier de provisions nutritif (16). La prévalence des appareils de loterie vidéo est plus élevée près des écoles secondaires situées dans les quartiers défavorisés (17).

Le domaine institutionnel

L'accessibilité aux ressources du domaine institutionnel, comme les services des organismes du secteur public ou parapublic incluant les services des établissements de santé, le transport public, les écoles publiques, les Centres de la petite enfance, et dans une certaine mesure leur proximité, est formellement déterminée. Bien que plusieurs de ces ressources soient en principe d'accès universel, on observe une variation locale dans l'offre et la qualité de ces services publics. Cette variabilité d'accès à certains services essentiels de qualité peut avoir un effet sur la santé.

À New York, Wallace et Wallace (18) ont montré que le désinvestissement dans les services municipaux, comme les services de police, de protection contre les incendies et d'entretien sanitaire, a eu un effet négatif sur la santé des résidents des quartiers pauvres. Les restrictions budgétaires dans les services municipaux ont occasionné entre autres des taux plus élevés d'homicides et de suicides, une augmentation de la toxicomanie et des comportements à risque menant à la propagation du virus du SIDA.

Au Québec, l'Institut national de la santé publique du Québec a évalué des services de proximité offerts à l'échelle locale par les CLSC à partir de l'indice de défavorisation de Robert Pampalon. Il semble que tous les CLSC ne rejoignent pas pareillement la clientèle défavorisée. (19)

Plusieurs études ont montré qu'un accès inégal à certaines ressources essentielles du domaine économique comme des logements abordables, des marchés d'alimentation de qualité peut avoir un effet négatif sur la santé.

Le domaine de la sociabilité locale et de l'organisation communautaire

Les ressources du domaine de la sociabilité locale et celles du domaine de l'organisation communautaire sont accessibles sur une base de réciprocité informelle. Le don et la confiance mutuelle sont des notions centrales à cette réciprocité informelle. Lorsqu'un voisin en dépanne un autre, quel que soit le service rendu, il le fait gratuitement, tout en s'attendant, en contrepartie, à recevoir de l'aide à un moment ou à l'autre. C'est du moins le cas lorsque la sociabilité locale est développée. Dans certains milieux locaux, il est possible que les résidants puissent très peu compter sur l'aide des uns et des autres, et même parfois ils se méfient de leur entourage. La sociabilité locale se compose de réseaux de liens à l'échelle du quartier qui procurent de l'information ou du soutien. L'organisation communautaire procure, en plus de ces mêmes ressources, un levier de mobilisation politique qui travaille à des buts collectifs. L'organisation communautaire peut parfois s'apparenter à une entité collective formelle, obéissant même à certaines règles institutionnelles en vertu de son financement qui provient la plupart du temps du domaine institutionnel local ou d'autres paliers décisionnels. Il n'en demeure pas moins que, même politisée ou formalisée, elle fait partie des réseaux de relations sociales qui, à l'échelle du quartier, offrent des ressources suivant une logique de générosité et d'entraide par opposition à une logique de droit ou de marché.

Des études soulignent que les individus se portent mieux, ou se remettent mieux de certains problèmes de santé, dans les quartiers où les réseaux sociaux locaux et le soutien communautaire sont importants. La confiance mutuelle, la solidarité et la volonté d'agir des individus sont les ingrédients de l'efficacité collective d'un quartier. Cette efficacité est associée à une meilleure perception de la santé (20) et fait même office de protection contre l'asthme et les problèmes respiratoires (21).

À l'inverse, la vie dans un quartier tourmenté par la violence et le crime, où les résidants sont isolés et restent cloîtrés, peut avoir des effets néfastes sur leur santé.

À Los Angeles, dans les quartiers où l'efficacité collective est faible, l'indice de masse corporelle des adolescents est plus élevé. Plusieurs facteurs peuvent expliquer un tel état de fait. Les milieux caractérisés par un manque d'efficacité collective engendreraient plus de stress qui secrète le cortisol associé au développement de l'obésité abdominale. Les déplacements actifs dans ces quartiers peuvent être restreints en raison de conditions sociales difficiles et d'un environnement physique dégradé, deux situations propices au sentiment d'insécurité. Enfin, là où l'efficacité collective prévaut, les parents veilleraient davantage sur les comportements des jeunes et seraient plus enclins à les guider vers de saines habitudes de vie (22).

L'action combinée des ressources collectives et du bagage individuel

Par l'intermédiaire de ces différents domaines, les quartiers procurent donc diverses ressources favorables à la santé de la population ou à la production des inégalités sociales de santé. Ils offrent un niveau variable d'opportunités tel l'accès au transport en commun, aux emplois, aux commerces, à des écoles de qualité ou à des garderies. Ils offrent aussi un degré variable de soutien social. Ces ressources ont un effet sur les trajectoires de vie des résidants, particulièrement ceux dont les déplacements sont plus limités (enfants, personnes âgées, personnes souffrant d'incapacités physiques et personnes à faible revenu). La disponibilité des ressources n'est toutefois pas une condition suffisante d'accès, car c'est aussi en fonction de leur bagage ou de leurs capitaux que les individus et les ménages y accèdent ou non et qu'elles contribuent ainsi à leur santé.

C'est à la lumière de l'interaction entre l'individu, son statut socioéconomique et les domaines de son environnement local que l'effet de quartier sur les inégalités de santé peut être mieux compris et que se dégageront des pistes utiles à la connaissance et à l'action.

Des études soulignent que les individus se portent mieux, ou se remettent mieux de certains problèmes de santé, dans les quartiers où les réseaux sociaux locaux et le soutien communautaire sont importants.



Crédit photo : Javier Valtéris, Direction de santé publique de Montréal

Facteur déterminant pour la santé d'une population, l'accès aux ressources institutionnelles varierait selon les quartiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Choinière, R., Massie, J., Paradis, C. (2003). *Le portrait statistique de la santé des Montréalais*. Direction de santé publique de Montréal.
- 2 Riva, M., Gauvin, L. & Barnett, T.A. (2007). Toward the next generation of research into small area effects on health : a synthesis of multilevel investigations published since July 1998. *Journal of Epidemiology & Community Health*, in press.
- 3 Macintyre, S., Ellaway A & Cummins S. (2002). Place effects on health : how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science and Medicine* 55, 125-139.
- 4 Frohlich, K. L., Corin, L. & Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23, 776-797
- 5 Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. V. & Macintyre, S. Understanding and representing "place" in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine*, In Press, Corrected Proof.
- 6 Frohlich, K. L., Bernard, P., Charafeddine, R., Potvin, L., Daniel, M., Kestens, Y., Seguin, A-M. A theoretical framework for understanding how inequities in health are created in neighbourhoods. Manuscrit en préparation.
- 7 Blaxter, M. (2003). Biology, social class and inequalities in health. Their synthesis in « health capital ». In: S. J. Williams, L. Birke, & G.A. Bendelow (Eds.). *Debating Biology*, London : Routledge.
- 8 Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In : *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Edited by John G. Richardson. Connecticut : Greenwood Press Inc.
- 9 Bernard, P., Charafeddine R., Frohlich K. L., Daniel, M., Kestens, Y., Potvin L. (2007) Health Inequalities and Place : A Theoretical Conception of Neighbourhood. *Social Science and Medicine*, in press, Corrected Proof.
- 10 Jerrett, M., Buzzelli, M., Burnett, R. T., & DeLuca, P. F. (2005). Particulate air pollution, social confounders, and mortality in small areas of an industrial city. *Social Science & Medicine*, 60, 2845-2863.
- 11 Jerrett, M., Burnett, R. T., Kanaroglou, P., Eyles, J., Finkelstein, N., Giovis, C., & Brook, J. R. (2001). A GIS - environmental justice analysis of particulate air pollution in Hamilton, Canada. *Environment and Planning*, 33, 955-973.
- 12 Premji, S., Bertrand, F., Smargiassi, A., & Daniel, M. (2007). Socioeconomic correlates of municipal level pollution exposures on Montreal Island. *Canadian Journal of Public Health*, in press.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES (suite)

- 13 Morland, K., Wing, S., Roux, A. D., & Poole, C. (2002). Neighbourhood characteristics associated with the location of food stores and food service places. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 23-29.
- 14 Aparicio, P., Micic, Z., & Shearmur, R. (2004). *Évaluation de l'accessibilité aux supermarchés d'alimentation à Montréal*. Montréal, Institut national de la recherche scientifique, Urbanisation, culture et société.
- 15 Bertrand, L. (2006). *Les disparités dans l'accès à des éléments santé à Montréal. Une étude géomatique*. Montréal. Direction de santé publique de Montréal.
- 16 Duquette, M.-P., Demmers, T., & Demers, J. (2006). *Accessibilité à une alimentation de base, nutritionnellement adéquate*, Rapport de projet. Dispensaire diététique de Montréal.
- 17 Wilson D. H., Gilliland J., Ross N. A., Derevensky J., Gupta R. (2006). Video lottery terminal access and gambling among high school students in Montreal, *Canadian Journal of Public Health*, 97, 202-206.
- Gilliland J.A., Ross N.A. (2005) Opportunities for video lottery terminal gambling in Montreal - an environmental analysis, *Canadian Journal of Public Health*, 96, 55-59.
- 18 Wallace, R., & Wallace, D. (1990). Origins of public-health collapse in New-York City - the dynamics of planned shrinkage, contagious urban-decay and social disintegration. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 66, 391-434.
- Wallace, R. (1990). Urban desertification, public health and public order : « Planned shrinkage », violent death, substance abuse and AIDS in the Bronx. *Social Science & Medicine*, 31, 801-813.
- 19 Pampalon R., Philibert M., Hamel D. *Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC* (2004). Québec : Institut national de santé publique, Direction planification, recherche et innovation, Unité connaissance-surveillance. Voir : www.inspq.qc.ca/defavorisationCLSC.
- 20 Browning C. R., Cagney K. A., (2002). Neighborhood structural disadvantage, collective efficacy, and self-rated physical health in an urban setting, *Journal of Health and Social Behavior* 43, 383-399.
- 21 Cagney, K. A., & Browning, C. R. (2004). Exploring neighborhood-level variation in asthma and other respiratory diseases - The contribution of neighborhood social context. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 229-236.
- 22 Cohen D. A., Finch B. K., Bower A., et coll. (2006). Collective efficacy and obesity: The potential influence of social factors on health, *Social Science and Medicine* 62, 769-778.

Cette série de synthèses de recherche sur l'effet de quartier et les inégalités sociales en santé est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Elle comprendra quatre publications portant sur :

- Les notions de base
- L'excès de poids
- Le tabagisme
- Le transport

L'équipe de recherche

· CHERCHEUR RESPONSABLE

Paul Bernard, professeur titulaire, Sociologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal

· CHERCHEURS PARTICIPANTS

Rana Charafeddine, chercheure postdoctorale, Centre de recherche Léa-Roback · **Katherine L. Frohlich**, professeure adjointe, Médecine sociale et préventive, Université de Montréal · **Yan Kestens**, agent de planification, de programmation et de recherche, secteur environnement urbain et santé, Direction de santé publique de Montréal · **Louise Potvin**, titulaire de la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé FCRSS-IRSC, Médecine sociale et préventive, Université de Montréal

· AGENTE DE RECHERCHE

Christiane Montpetit, Centre Léa-Roback

Le groupe de travail

Patrice Allard, Chef de division, Division du développement social, Ville de Montréal · **André Bergeron**, agent de planification, de programmation et de recherche, secteur environnement urbain et santé, Direction de santé publique de Montréal · **Hélène Desrosiers**, chargée de projet, Institut de la statistique du Québec · **Carl Drouin**, coordonnateur, équipe surveillance, secteur planification, orientations, évaluations, Direction de santé publique de Montréal · **Dr Louis Drouin**, responsable, secteur environnement urbain et santé, Direction de santé publique de Montréal · **Guy Fréchet**, chargé de projets majeurs, Direction générale des politiques, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale · **François Lamy**, responsable, secteur écoles et milieux en santé, Direction de santé publique de Montréal · **Danielle Lussier**, chef d'équipe, Direction de l'environnement, Ville de Montréal · **Alice Herskovitch**, directrice du développement social, Conférence régionale des élus de Montréal · **Louise Rousseau**, directrice, Équipe de recherche appliquée en santé (ÉRAS), secteur enseignement et recherche, Direction de santé publique de Montréal · **Odette Viens**, directrice, Impact dans la communauté, Centraide du Grand Montréal

RÉDACTION ET RECHERCHE

Christiane Montpetit

COORDINATION DE PRODUCTION

Danielle Massé

GRAPHISME

Prétexte communications

Une publication du Centre Léa-Roback, centre de recherche sur les inégalités sociales de santé
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400 (3570)
www.centrelearoback.ca

Dépôt légal :

ISSN 1916-0550

Le point sur... l'effet de quartier (Imprimé)

ISSN 1916-0569

Le point sur... l'effet de quartier (En ligne)

Les reproductions de ce texte, en tout ou en partie, sont autorisées à condition d'en mentionner la source.

Le Centre Léa-Roback est financé par l'Institut de la santé publique et des populations dans le cadre d'une initiative stratégique des Instituts de recherche en santé du Canada pour la création de centres de développement de la recherche.