

## Recherches sociographiques



Serge CHEVALIER et Micheline TREMBLAY (dirs), *Portrait de santé des Montréalais. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 pour la région de Montréal-Centre*

Éric Gagnon

Volume 38, numéro 3, 1997

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/057169ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/057169ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Gagnon, É. (1997). Compte rendu de [Serge CHEVALIER et Micheline TREMBLAY (dirs), *Portrait de santé des Montréalais. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 pour la région de Montréal-Centre*]. *Recherches sociographiques*, 38(3), 572-574. <https://doi.org/10.7202/057169ar>

public francophone. Pourtant, pour l'auteur du présent compte rendu, spécialiste du XIX<sup>e</sup> siècle, une « Histoire du Canada » doit forcément aborder en détail les institutions, la société, et les conflits de la période préindustrielle et préconfédérative. Ce livre traite en fait de la période postérieure à la Confédération ; de l'avoir signalé n'eût pas été vain.

Brian YOUNG

Département d'histoire,  
Université McGill.

---

Serge CHEVALIER et Micheline TREMBLAY (dirs), *Portrait de santé des Montréalais. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 pour la région de Montréal-Centre*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique, 1995, 312 p.

Une collectivité se représente souvent la santé de la même manière qu'elle se représente elle-même, qu'elle pense les rapports entre les individus et le groupe : une façon de donner une figure aux enjeux qui se représentent à elle. C'est d'autant plus vrai aujourd'hui que l'état de santé de la population est sensé être le signe de la « santé » de la vie collective. Peut-être peut-on ainsi comprendre la vaste enquête *Santé-Québec* — significativement rebaptisée *Enquête sociale et de santé* — réalisée à tous les cinq ans par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en vue de détecter les problèmes, de cibler des groupes et de se donner des objectifs réalistes pour améliorer la santé de la population. La dernière a été réalisée en 1992-1993, et on nous offre ici les données et leur analyse pour une région particulière, l'île de Montréal. Il s'agit du sous-produit d'une vaste enquête mobilisant beaucoup de ressources, d'argent, de personnel et de « répondants » (plus de 16 000 ménages à travers la province y ont participé ; 2 280 à Montréal). Le rapport suit le même plan que celui qui présente les données à l'échelle provinciale.

Parce qu'on ne peut interroger les individus sur tout, et qu'un questionnaire de 50 pages est malgré tout limité, il a fallu choisir parmi les indicateurs de santé et les facteurs explicatifs sur lesquels de l'information serait recueillie. On a ainsi sondé les personnes sur certaines habitudes de vie et leur santé mentale. Le portrait nous apprend que depuis 1987, les Montréalais consomment moins d'alcool, fument moins, mais qu'une proportion plus grande d'entre eux présente un excès de poids et, surtout, exprime une détresse psychologique (variable) et des idées suicidaires. La santé physique est mesurée par l'« autonomie fonctionnelle », indicateur du « désavantage dans l'accomplissement des rôles sociaux » qu'occasionne le handicap, et par la perception que les individus ont eux-mêmes de leur état de santé, indicateur commode, synthétique et que l'on dit fiable, en plus d'être adapté à l'orientation « sociologique » de l'enquête. Car plutôt que de chercher à mesurer la prévalence de certaines maladies, on se centre surtout sur les *médiateurs* de nature

psychosociale, pouvant favoriser, plus ou moins directement, la maladie ou la santé : conduites préventives, cigarette, statut socioéconomique (stress et isolement), activité physique, et autonomie au travail (sentiment d'emprise sur sa vie).

Il n'est pas indifférent qu'après une description d'ensemble de la population étudiée, le rapport débute par le chapitre sur la consommation d'alcool. N'est-elle pas cause tout à la fois de mauvaise santé et de problèmes sociaux lorsqu'on en abuse, indicateur de détresse, signe de sociabilité, aide, mais aussi entrave à la communication ? Les multiples significations sociales auxquelles l'alcool renvoie lui valent peut-être ainsi de figurer en tête.

Mais le médiateur par excellence reliant la santé à ses multiples déterminants, une variable centrale pour les enquêteurs me semble-t-il, est le « soutien social », dont le caractère préventif consiste à réduire la vulnérabilité des individus aux difficultés et stress auxquels ils font face. Le soutien social est conçu et mesuré comme l'envers de l'isolement : fréquence des rencontres et des relations, satisfaction à l'égard de sa vie sociale, taille du réseau de soutien. C'est le médiateur entre les déterminants sociaux « lourds » et la santé individuelle ; un médiateur qui, en plus de répondre aux besoins de l'enquête (il est mesurable et offre une prise pour l'intervention), a lui aussi un caractère synthétique : autour du soutien convergent les phénomènes d'ordre social, individuel et biologique (isolement, détresse, condition familiale, support émotif, cognitif et matériel, stress, autonomie...). Par exemple, la variable dont l'effet sur la santé est le plus marqué semble la pauvreté. Cette dernière est associée à la détresse, à l'isolement, souvent à une détérioration de la vie familiale, de la santé mentale et, en bout de ligne, de la santé physique. Le soutien social peut apparaître comme un médiateur dans cette chaîne causale, en plus d'être éventuellement un moyen pour intervenir et atténuer les effets du chômage. Vu son importance, il vaut la peine de s'y arrêter, d'autant que le soutien est la variable la plus susceptible d'intéresser les lecteurs de *Recherches sociographiques*.

La portée de cette variable ou indicateur est cependant moins évidente qu'il n'y paraît, tout à la fois sur les plans théorique, méthodologique et opérationnel (identifier des groupes à risque ou des solutions). Peut-être même fait-elle ressortir les véritables limites d'une enquête comme celle-ci. Pour nous en tenir à un seul exemple, nous relevons d'une part que les jeunes (15-24 ans) bénéficient d'un plus grand soutien social que leurs aînés et qu'ils en sont beaucoup plus souvent satisfaits ; d'autre part, que ce même groupe d'âge exprime une détresse psychologique et des idées suicidaires beaucoup plus grandes que les autres groupes. Certes, une bonne partie des personnes exprimant une détresse élevée bénéficient d'un faible soutien social (45 %), mais pas toutes, et la forte sociabilité des jeunes hommes n'empêche pas un taux de suicide que l'on sait « anormal » (au sens de Durkheim comme pour le sens commun). En fait, la variable soutien social désigne essentiellement le « support social » et ne prend pas en compte l'imprécise et problématique « intégration sociale », l'identification aux valeurs et normes de la société, difficilement mesurable (BOZZINI et TESSIER, « Support social et santé », *Traité d'anthropologie médicale*, 1985). Ce faisant, on perd de vue l'ordre symbolique, le « social », tout ce qui est de l'ordre des *significations* et qu'il nous est permis de croire

important (c'est un euphémisme) dans l'identité des jeunes hommes. L'explication de la détresse psychologique et du suicide surtout, pour une part tout au moins, se situe à un niveau plus général que le support social. Pour aborder ainsi le problème, il faudrait dépasser l'épidémiologie, même revue et corrigée par les sciences sociales, mais l'*Enquête sociale et de santé*, nous rétorquera-t-on, n'a pas cette ambition.

Sans doute pour éviter d'être trop général (variable macrosociologique telle la pauvreté) ou trop particulier (l'individu malade) et ainsi ne rien pouvoir expliquer et ne pas pouvoir orienter les interventions, les concepteurs de l'étude ont cherché des variables intermédiaires et opérationnelles. Ils se retrouvent cependant avec les variables « soutien social » et « condition économique », l'une trop particulière et l'autre toujours trop générale pour raffiner les explications et préciser les interventions. Les conclusions et les recommandations du rapport se limitent d'ailleurs à des généralités.

Malgré tout le talent des auteurs et le soin apporté à leur travail — c'est bien rédigé, les limites dues à l'échantillonnage sont signalées et chaque chapitre a été soumis à deux lecteurs pour vérification et commentaires —, cette enquête se heurte au difficile problème d'opérationnaliser les sciences humaines, du moins à grande échelle et sur un mode de relations causales. On peut se demander si l'augmentation ou le raffinement des questions et des variables ne fait pas toujours qu'atténuer cette difficulté sans la surmonter. Peut-être faut-il cesser d'accorder trop de confiance aux enquêtes standardisées avec des modèles « éprouvés » et des variables dont la valeur est « établie » ? Sans doute le support social et la pauvreté ont des incidences sur la santé. Mais une fois que nous avons de nouveau vérifié une corrélation, pouvons-nous avancer un peu plus dans l'explication des phénomènes ?

Nous disions plus haut que les représentations de la santé sont toujours une manière pour une communauté de se représenter les rapports individu-société. En ces temps de déclin de l'État-providence, c'est bien du côté de la famille et des aidants naturels que l'on cherche des médiateurs entre l'individu et la communauté. Mais que ce soit comme variable explicative ou comme source d'aide concrète, ces familles et ces réseaux atteignent déjà leur niveau de saturation..

Éric GAGNON

*Centre de recherche sur les services communautaires,  
Université Laval.*

---

Éric GAGNON, *Les comités d'éthique. La recherche médicale à l'épreuve*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1996, 255 p.

Certains se rappellent peut-être le scandale qu'ont soulevé les expériences sur le comportement humain menées entre 1948 et 1954 au Allen Memorial Institute de