

## **Les rapports dans l'ombre : la recherche pour l'action sur les inégalités sociales**

Christopher McAll<sup>1</sup>

L'impact des inégalités sociales et économiques est repérable dans “presque toutes les causes de décès et à peu près tous les types de maladie” (Québec 2001 :17). Cet impact suit de près l'échelle des statuts et des conditions de vie (Marmot et al., 1997; Wilkinson, 1999). Les différences dans les conditions matérielles de vie sont généralement mises de l'avant pour expliquer ces inégalités sociales de santé, mais on peut aussi tenir responsables les comportements individuels jugés néfastes – tels le tabagisme, le manque d'exercice, ou les mauvaises habitudes alimentaires. Derrière les comportements individuels et les conditions matérielles de vie cependant il y a une ombre au tableau : les *rapports sociaux inégalitaires* qui jouent un rôle dans la production des inégalités de conditions et dans le cadre desquels les comportements individuels peut avoir un tout autre sens. Ces rapports échappent largement à l'analyse – étant difficilement identifiables et observables – et pourtant ils laissent des traces dans la vie des gens, comme dans les cas de la violence envers les femmes (Belle et al., 2003), de la discrimination sur la base de l'ethnicité ou du racisme (Williams et al., 2003) et des rapports au travail (Kristenson et al., 2004). En quoi consistent ces rapports et comment les comprendre ? Comment mieux tenir compte de ces rapports dans la recherche et dans l'action sur les inégalités ?

### *Les rapports dans l'ombre*

---

<sup>1</sup> Département de sociologie, Université de Montréal et Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), Centre affilié universitaire CSSS Jeanne-Mance

À un premier niveau d'explication, ce qu'on entend par «inégalités sociales» relève des inégalités dans les conditions matérielles de vie. Réussir à faire le lien entre inégalités de santé et conditions matérielles de vie constitue déjà un acquis dans une société où on peut refuser d'admettre et de voir ces inégalités de conditions. Une telle reconnaissance peut aussi permettre de mieux cibler les interventions en santé – on peut penser, par exemple, à l'intervention sur les conditions de logement ou de travail – mais elle ne permet pas d'*expliquer* cette inégalité de conditions.

Un deuxième niveau explicatif concerne les inégalités de revenu qui sous-tendent l'inégalité de conditions matérielles de vie. Chambers (1995) constate que les «experts» internationaux ont tendance à définir et expliquer la pauvreté dans les pays en voie de développement par le manque de revenu. La réponse serait de créer des emplois sur place, de préférence dans des entreprises bien intégrées dans les marchés internationaux. Le même argument s'applique dans les pays anciennement industrialisés. Sortir de la pauvreté passe par l'augmentation du revenu au-dessus d'un seuil jugé minimalement adéquat pour assurer ce que Rowntree (1901) appelait l'«efficacité physique» de la personne, soit par un salaire qui garantit cette «efficacité» pour ceux qui sont au travail, soit par des programmes d'assistance sociale pour les personnes hors-travail. Mais comment expliquer que certaines catégories de la population n'ont pas un revenu de travail adéquat ou n'arrivent pas à se procurer du travail?

L'explication qui semble prédominer – dans ce que Foucault (1969) appellerait la «pratique discursive» dominante actuelle – est qu'il doit y avoir des problèmes chez les personnes concernées, des lacunes individuelles qui les empêchent d'avoir des revenus suffisants pour se donner des conditions de vie les mettant à l'abri des problèmes de santé. Ils pourraient avoir, par exemple, un manque d'employabilité, un manque de qualifications, un manque d'éthique du

travail, un manque de socialisation première aux «bonnes» valeurs de réussite qui, lui, serait attribuable aux manquements de leurs parents. Ajouter à ces manques des comportements individuels jugés néfastes pour la santé et l'explication arrive à terme : les inégalités sociales conçues sous la forme d'inégalités de conditions matérielles de vie en lien avec un revenu inadéquat s'expliquent par les incompétences individuelles. Cette explication a l'avantage de situer la responsabilité pour les inégalités chez les personnes au bas de l'échelle (ce qui enlève la responsabilité aux autres) tout en ouvrant la porte à des recherches sans fin pour mesurer les lacunes identifiées, ainsi qu'à une variété d'interventions pour les combler. Ce système explicatif permet à Mead (1986) de conclure que les femmes noires monoparentales dans les quartiers pauvres aux États-Unis sont individuellement responsables – à travers leur incompétence – des problèmes de non-intégration sociale des jeunes Noirs américains.

Tout en étant suffisant en lui-même et ouvrant sur des stratégies manifestes d'intervention «correctrices», ce système explicatif n'arrive pas à traverser le seuil de l'édifice labyrinthique des inégalités sociales en tant que *rappports sociaux*. Il est à remarquer dans ce type d'explication qu'il n'y a pas mention d'autres acteurs qui joueraient un rôle dans les trajectoires de vie des personnes jugées «à risque» ou «à problèmes». Cette lacune est d'autant plus évidente là où les compétences apparentes de la personne (le cas échéant) ne lui permettent pas pour autant d'accéder à un travail rémunérateur. Sans trop sortir du système explicatif on peut répondre à ce cas de figure en se questionnant sur un manque possible d'insertion dans des réseaux qui auraient pu donner accès à un emploi. Les difficultés de la personne se résumeraient ainsi toujours à un «manque» individuel mesurable sous la forme de «capital social».

Toutefois, si on regarde de près les trajectoires de vie de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, on voit autre chose que des lacunes individuelles et des réseaux déficients. Il y a différentes catégories d'acteurs qui interviennent dans la vie de la personne et qui ont un effet déterminant sur l'orientation de la trajectoire : employeurs, propriétaires de logement, intervenants, conjoints violents, prêteurs sur gages, vendeurs de meubles, membres de la famille, voisins, agents d'aide sociale, entre autres. Loin d'être seules face à leur destin, ces personnes se retrouvent dans un dense filet de rapports sociaux. Ces rapports sont peu visibles quand il s'agit de comprendre les inégalités sociales de santé – à part quelques exceptions comme la brèche ouverte par la pensée féministe sur l'impact de la violence conjugale sur la santé des femmes.

En quoi consistent ces rapports sociaux inégalitaires ? Quels liens peut-on établir entre elles et les inégalités sociales de santé ? D'abord il ne s'agit pas d'individus agissant sur une base individuelle mais de personnes agissant en tant que membres de catégories particulières et en fonction de rapports sociaux qui les relient les unes aux autres – ces catégories étant définies selon l'ethnicité, le genre, le lien d'emploi, l'administration de l'aide sociale, l'âge, le lien propriétaire/locataire ou d'autres critères identitaires ou de fonction. Dans certains cas, ces rapports semblent fonctionner à l'*exclusion* dans le sens littéral du terme : une collectivité (définie selon le genre, l'ethnicité, ou la classe sociale, par exemple), réservant à elle-même l'accès au travail ou l'utilisation de certaines ressources sur un territoire en «excluant» les autres. Il s'agit, selon Weber (1921) d'un processus universellement repérable à travers l'histoire. On pourrait conclure que la vision (néo)libérale d'une société d'individus, chacun responsable de ses réussites et de ses échecs – qui sous-tend la thèse de la responsabilité individuelle pour les problèmes sociaux – n'est qu'une utopie. La «privation multiple» (comme dirait Townsend (1987)) que vivent certaines collectivités, serait directement liée à l'appropriation monopoliste

des ressources par d'autres. Le lien entre privation (ou abondance) matérielle et conditions de santé aurait ses racines ainsi dans ces comportements collectifs universels qui prennent une forme spécifique dans chaque société. Ces rapports disparaissent derrière la lecture «individuelle» des inégalités et échappent ainsi à la critique et à l'action, même s'ils sont explicitement nommés dans les chartes de droits.

À côté de ce premier type de rapports sociaux inégalitaires – fondé sur l'exclusion dans le sens littéral du terme – il y a un autre qui fait ressortir une autre dimension des inégalités sociales comme rapports. Dans ce cas, il ne s'agit pas de l'appropriation exclusive par une collectivité de ressources matérielles au dépens d'autrui, mais de l'appropriation de cet autrui lui-même, soit pour se servir de sa capacité de produire ou de reproduire, soit en s'appropriant sa capacité décisionnelle (son autonomie). Ce deuxième type de rapport – fondé sur l'«inclusion» – a marqué toute l'histoire des inégalités sociales et peut avoir une incidence directe sur la santé (McAll, à paraître). Faire travailler les autres pour soi-même dans des conditions néfastes pour la santé peut donner lieu à un déséquilibre dans les conditions de santé, avec ce qu'on pourrait appeler un transfert net d'espérance de vie en santé d'une population, dont la capacité de travail est appropriée, vers celle qui se l'approprie. S'approprier la capacité décisionnelle d'autrui peut aussi donner lieu à la dévalorisation et à l'infantilisation, avec des conséquences négatives pour l'estime de soi et la santé mentale, d'autant plus si on enlève toute autonomie décisionnelle à la personne tout en la considérant comme «responsable» de sa situation.

Pendant que les rapports sur le marché de travail à travers le monde foisonnent d'exemples d'appropriation abusive de la capacité de travailler de différentes populations (définies selon le genre, l'ethnicité, l'origine nationale, ou l'âge, entre autres), que l'appropriation des femmes

«corps et âme» a été largement documentée par la recherche, et que certains États, soucieux du «bien-être» des citoyens démunis, s'approprient la capacité décisionnelle de ces derniers en présumant de leur incompétence, l'appropriation du territoire et, par la même occasion, du logement, constitue, en quelque sorte, l'archétype de ces rapports dans leur première dimension.

### *Le logement comme rapport*

À un premier niveau, les rapports sociaux inégalitaires se traduisent par l'occupation différentielle de l'espace qui nous est familière depuis les débuts de la ville industrielle. Les inégalités sont ainsi «lisibles» dans le «texte» de la ville, avec surabondance et démesure d'un côté, et pénurie de l'autre. L'espace disponible, la qualité de l'air, le niveau de bruit, la densité de peuplement, la qualité de construction deviennent autant de facteurs permettant de mesurer les écarts et le degré de «privation» que vivent certaines populations. Plus on est identifié à une population stigmatisée, plus on peut avoir de la difficulté à avoir accès à un logement décent et à un prix accessible. La tendance à limiter l'accès de certaines catégories de la population à un territoire contrôlé par d'autres – identifiables sur la base de la classe sociale ou l'ethnicité (ou les deux à la fois) – est omniprésente quand il s'agit de l'accès au logement ou à un quartier résidentiel donné. Être sur l'aide sociale, ou femme monoparentale avec de jeunes enfants à charge, ou Musulman, ou Noir peut rendre un logement soudainement non disponible qui pourtant est annoncé «à vendre».

Trouver un logement dans de telles conditions peut vouloir dire être orienté vers des quartiers plus défavorisés et être obligé de payer plus cher pour un logement en moins bonne condition – ce qu'on pourrait appeler la «prime» de la discrimination. Comme nous avons pu le constater

dans un projet portant sur un échantillon aléatoire de cent personnes à l'aide sociale avec enfants à charge vivant à Montréal dans les années 1990, les conditions de logement d'une bonne partie des 97 sur 100 logements visités laissaient à désirer (McAll et al., 1996). Tout en payant plus que 50% en moyenne de leur revenu sur le logement (en excluant les 18% de l'échantillon qui vivaient en logement social), les logements étaient souvent mal isolés avec des problèmes de plomberie défectueuse et de moisissures. De telles conditions contribuent à des frais de chauffage élevés et à des problèmes d'endettement envers Hydro-Québec tout en ayant des conséquences négatives pour la santé. Gardes et al (2000) constatent que la part du revenu consacrée au logement a augmenté pour tous les groupes sociaux pendant les 30 dernières années au Canada, ce qui a réduit la proportion du revenu accordée à d'autres dépenses, telles l'alimentation. Avec un taux actuel de 570\$ par mois pour un adulte à l'aide sociale, les prestataires doivent souvent faire un choix entre se loger et se nourrir. Pour ceux qui réussissent à se maintenir en logement, la peur de le perdre peut devenir une source constante d'angoisse.

Historiquement, le problème du logement «ouvrier» dans les villes à caractère industriel a été lié à l'insuffisance des revenus de travail au bas de l'échelle pour défrayer les coûts de construction d'un logement adéquat, combinée à la rareté des terrains disponibles, elle-même tributaire de la surconcentration de la population et de l'appropriation spéculative ou monopoliste des terrains. Dès les années 1920, des programmes de logement social sont devenus incontournables dans certains pays pour palier cette insuffisance de revenu (Kemeny 1981, Merrett 1979). Cette insuffisance est plus que jamais présente, avec notamment la tendance à la baisse des salaires payés aux travailleurs au bas de l'échelle (dans le contexte de la globalisation) et la tendance à la hausse des coûts de logement. Il y aurait ainsi un lien direct entre l'appropriation abusive de la capacité de travail des personnes et l'incapacité de bien se loger, lien qui est d'autant plus

complexe qu'augmenter ou maintenir la rentabilité des entreprises pour leurs actionnaires (en maintenant au plus bas les salaires) augmente les capitaux privés en circulation et contribue à l'inflation des prix dans le domaine de l'immobilier. Il y a cependant une dimension supplémentaire à ce rapport entre l'appropriation monopoliste des terrains et l'appropriation de la capacité de travail des personnes. Dire que la population à l'aide sociale dépense plus de 50% de ses revenus sur le logement, veut dire que plus de la moitié des argents versés aux prestataires par l'État est transférée directement aux propriétaires.

Dans les trajectoires de vie reconstituées de populations inscrites à l'aide sociale ou travaillant au bas de l'échelle, les problèmes de logement occupent une place prépondérante et le soulagement attribuable au fait de se retrouver en logement social (coopérative, HLM ou SBL) avec plafonnement du loyer ressort nettement. La diminution du poids du loyer dans le budget permet de «respirer un peu», de mieux s'alimenter et s'habiller (qu'il s'agit de la personne elle-même ou de ses enfants) et d'avoir la possibilité de développer ses projets de formation ou d'insertion sociale. On pourrait dire que le logement social devient de plus en plus un objet de première nécessité, surtout quand celui-ci fait partie d'un environnement (tel un projet de coopérative) fondé sur la valorisation collective des membres plutôt que sur leur stigmatisation. D'où l'ironie du sort réservé aux populations vivant dans les grands ensembles de HLM. Le soulagement de se retrouver enfin dans un logement abordable et de qualité acceptable (comparativement aux conditions de logement vécues sur le marché privé) va de pair avec la stigmatisation des populations vivant en logement social. Dans certains cas, on a créé des zones de relégation où l'ensemble de la population est sujet au même étiquetage. Dans le cas d'un projet que nous avons effectué sur un ensemble d'HLM dans un centre-ville, des individus provenant d'une soixantaine



de pays, de tous les âges et avec des compétences professionnelles et qualifications diversifiées, peuvent être perçus – de l'extérieur – comme étant «tous pareils» (McAll et al., 2001).

Le regard projeté sur les populations en HLM devient un facteur supplémentaire de dévalorisation et peut servir comme un mécanisme d'exclusion, mais, cette fois-ci, avec l'ensemble de la société «hors-HLM» partageant – apparemment – un regard semblable. Tout comme un séjour en milieu carcéral, une adresse en HLM peut fermer des portes quand il s'agit de postuler pour un emploi – en présumant que les annonces parviennent jusqu'à ces populations. Wilson fait le constat que les grands employeurs à Chicago ont tendance à ne pas annoncer les postes disponibles dans les journaux locaux des quartiers pauvres (Wilson 1996). La bouée de sauvetage que représente le logement social peut devenir ainsi un piège, d'autant plus si les logements sont concentrés dans des zones périphériques qui peuvent devenir des zones de «contention» de populations qui ont peu de portes de sortie face à la fermeture exercée par la population majoritaire (Chantraine 2003). On peut arriver à la conclusion qu'occuper un logement social fait lui-même partie des «tares» qui affligent les populations qui en ont besoin et qui comprennent les autres manques et incompétences qui leur sont attribués. Castel fait la remarque que les différents programmes sociaux qui ont dû être créés pour palier l'incapacité des populations au bas de l'échelle de subvenir à leurs besoins constituent une sorte de «propriété sociale» pour ceux qui n'ont pas de propriété individuelle (Castel et al., 2001). Or, le regard stigmatisant projeté sur les populations qui doivent recourir à cette «propriété sociale» qui est le logement social, suggère qu'ils sont loin d'être considérées comme des «copropriétaires» légitimes. Le «droit» à des bonnes conditions de logement n'a pas beaucoup de poids face au «stigmaté» de la charité.

### *La recherche pour l'action*

La vision dominante des inégalités sociales, axée sur la disparité de conditions matérielles de vie et les lacunes individuelles, privilégie la mesure de ces conditions et lacunes afin de mieux évaluer l'impact de différents types d'intervention. Faire sortir de l'ombre les *rappports* sociaux inégalitaires peut donner lieu à d'autres priorités en matière de recherche. Par exemple, Williams et al. (2003) – à la lumière d'une revue de littérature portant sur la discrimination et les inégalités de santé aux États-Unis – soulignent la nécessité de comprendre davantage la nature et l'impact de la discrimination dans les trajectoires de vie des populations concernées en se servant de méthodes rétrospectives et qualitatives. Selon eux, il faut faire des «explorations qualitatives détaillées» («*detailed qualitative probes*») afin de produire les «données fondatrices» («*foundational data*») nécessaires pour mieux orienter les enquêtes à grande échelle.

Une expérience de recherche sur plusieurs années auprès de personnes assistées sociales, anciens requérants du statut de réfugié, jeunes chômeurs, jeunes parents et personnes itinérantes, fait ressortir l'impact sur ces personnes des conditions matérielles de vie inadéquates, mais aussi les rapports sociaux derrière ces conditions. L'enjeu pour la recherche et pour l'action est de sortir ces rapports de l'ombre, d'identifier les acteurs, de comprendre l'impact de ces rapports sur les personnes et leurs trajectoires. Au coeur de ces rapports se retrouvent la stigmatisation et la dévalorisation qui se traduisent par des traitements différentiels ou discriminatoires. Mais il y a aussi, parfois, les rapports qui vont dans le sens contraire, fondés sur la solidarité et la reconnaissance, surtout quand des personnes vivant la même «mise à l'écart» peuvent se trouver ensemble sans être jugés par les autres, ou quand les intervenants insistent pour reconnaître la «citoyenneté» de ceux qui n'arrivent pas à faire respecter leurs droits.

La recherche elle-même peut-elle devenir une pratique «alternative» de citoyenneté au même titre que l'intervention ? Les chercheurs, à l'instar des autres acteurs sociaux, s'inscrivent dans cet univers de rapports inégalitaires et la production de connaissances sur ces rapports est elle-même un enjeu de pouvoir. Dans la critique que fait Buroway (2004, 2005) de la sociologie actuelle, il dénonce deux tendances lourdes chez les universitaires qui consistent soit à demeurer entre les murs de l'université et à ne produire les connaissances que pour les pairs, soit à se laisser orienter par les décideurs politiques et à ne répondre qu'aux questions que posent ces derniers («*policy-oriented sociology*»). Dans ces deux cas, la recherche peut renforcer les structures de pouvoir existantes. Une troisième voie pour la recherche est de pratiquer ce que Buroway appelle une sociologie «publique» («*public sociology*») orientée davantage vers la présence du chercheur dans les débats sur la place publique ou vers des recherches en partenariat avec des acteurs «sur le terrain».

Le réseau de la santé et des services sociaux au Québec offre des possibilités inédites de repenser les liens entre recherche et action sur les inégalités avec la création des centres affiliés universitaires. Ces centres visent à renforcer la place de la recherche sociale à caractère universitaire dans les établissements. Chacun des six CSSS affiliés universitaires a le mandat de développer les connaissances et d'innover dans les pratiques par rapport à sa thématique pour l'ensemble du réseau. Dans le cas du CAU-CSSS Jeanne Mance à Montréal, la thématique est justement les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, avec l'accent mis sur les rapports sociaux d'appropriation. Le défi pour ce centre n'est pas juste de mieux comprendre les différents types de rapports à l'oeuvre dans les trajectoires de vie, mais d'expérimenter des pratiques nouvelles. Les défis pour les chercheurs habitués à la tranquillité

(relative) de l'environnement universitaire sont considérables : accepter comme finalité de la recherche l'amélioration du bien-être des populations; reconnaître la complémentarité des savoirs (savoirs disciplinaires/universitaires, savoirs pratiques, savoirs d'expérience); participer à la traduction des résultats de recherche sous la forme d'actions expérimentales.

Au coeur de ces pratiques de recherche alternatives «pour» l'action est la reconnaissance : reconnaissances des savoirs, mais aussi reconnaissance du témoignage comme élément central dans l'établissement de la «preuve» quant à la nature des rapports à l'oeuvre dans les trajectoires de vie. Il peut s'agir des témoignages de ceux qui vivent ces rapports – d'un côté comme de l'autre – ou de ceux qui les observent ou qui, en tant qu'intervenants, voient les traces laissées par ces rapports dans le corps des personnes. Dans une optique «citoyenne», la recherche ne s'arrête pas avec l'analyse des témoignages, mais s'en sert pour alimenter les processus réflexifs et délibératifs qui doivent aboutir à des pratiques nouvelles. C'est ici que les savoirs complémentaires de chercheurs, praticiens et citoyens/usagers peuvent devenir autant de «voix» qui contribuent à l'émergence de ces pratiques – la recherche pouvant contribuer à la constitution de ces voix «collectives». L'enjeu pour les gestionnaires des CAU-CSSS est de permettre l'émergence de ces espaces de créativité et d'autonomie.

## Références

- Belle, Deborah & Joanne Doucet (2003), "Poverty, inequality and discrimination as sources of depression among US women", *Psychology of Women Quarterly*, 27, 101-113.
- Burawoy, Michael, (2004), "Public sociologies : Contradictions, Dilemmas, and Possibilities", *Social Forces*, 82(4), 1-16.
- Burawoy, Michael, (2005), "For public sociology", *American Sociological Review*, 70, 4-28.
- Castel, Robert, et Claudine Haroche (2001), *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris: Fayard.
- Chambers, Robert, (1995) "Poverty and Livelihoods: whose reality counts?", *Environment and Urbanization*, 7(1), p. 173-203.
- Chantraine, Gilles, (2003) "Prison, désaffiliation, stigmates: l'engrenage carcéral de l'«inutile au monde» contemporain", *Déviance et société*, 27(4), p. 363-387.
- Foucault, Michel, (1969) *L'archéologie du savoir*, Paris Gallimard.
- Gardes, François, Patrice Gaubert, Simon Langlois, (2000) "Pauvreté et convergences des consommations au Canada", *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, 37, pp. 1-27.
- Kemeny, Jim, (1981) *The Myth of Home Ownership, Private versus public choices in housing tenure*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Kristenson, M., H.R. Eriksen, J.K.Sluter, D.Starke, H.Ursin, (2004) "Psychological mechanisms of socioeconomic differences in health", *Social Science and Medicine*, 58, pp. 1511-1522.
- Marmot, M., C. D.Ryff, L. L. Bumpass, M. Shipley and N. F. Marks (1997), "Social inequalities in health : next questions and converging evidence", *Social Science and Medicine*, 44(6) : 901-910.
- McAll, Christopher, (à paraître) «Au cœur des inégalités sociales de santé: l'exclusion et l'inclusion comme rapports», in *Responsabilité, justice et exclusion sociale : Quel système de santé pour quelles finalités?* (Gagnon, E., Pelchat, Y., Édouard, R., dir.) Québec : Presses de l'Université Laval.
- McAll, Christopher, Deena White, Jean-Yves Desgagnés, Madelyn Fournier, Lucie Villeneuve, Christel-Anne Noraz, (1996) *Structures, systèmes et acteurs: Welfare et Workfare comme champs d'action sociale*, Rapport de recherche soumis aux Subventions nationales du Bien-être, Ressources humaines Canada.

McAll, Christopher, Jean Fortier, Pierre-Joseph Ulysse, Raymonde Bourque, (2001) *Se libérer du regard, agir sur la pauvreté*, Montréal : Éditions Saint-Martin.

Mead, Lawrence, (1986) *Beyond Entitlement: The Social Obligations of Citizenship*, New York: The Free Press.

Merrett, Stephen, (1979) *State Housing in Britain* , London: Routledge & Kegan Paul.

Québec (2001), *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être: Orienter et soutenir l'action*, Québec, MSSS, Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté.

Robichaud, Jean-Bernard, Lorraine Guay, Christine Colin, Micheline Pothier, (1994) *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: De l'exclusion à l'équité*, Boucherville: Gaétan Morin et Comité de la santé mentale du Québec.

Rowntree, B. S., (1901) *Poverty: A Study of Town Life* , London: Macmillan.

Townsend, Peter, (1987) "Deprivation", *Journal of Social Policy*, 16(2), pp. 125-146.

Weber, Max, (1971) *Economie et société* , Paris: Plon.

Wilkinson, R.G. (1999), "Health, hierarchy and social anxiety", *Annals of New York Academy of Sciences*, 896 : 48-63.

Williams, David R., Harold W. Neighbors, S. Jackson, (2003) "Racial / Ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies", *American Journal of Public Health*, vol 93(2), pp. 200-208.

Wilson, W.J., (1996) *When Work Disappears: The World of the New Urban Poor*, New York: Alfred A. Knopf.