

# De la santé publique à la santé environnementale Le rôle des quartiers dans la production des inégalités en santé

## From public health to environmental health The role of neighbourhoods in producing social inequalities in health

Dr. Katherine L. FROHLICH\*

Une analyse fine des inégalités de santé fait apparaître la pertinence, derrière la multiplicité des éléments individuels et contextuels à prendre en compte, d'une réflexion sur ce qui est en question à travers la notion même d'égalité, ce que A. Sen a formulé en : égalité de quoi ? La santé, en particulier au plan local, n'est pas tant affaire de conditions uniformes déterminées une fois pour toutes, que d'une approche dans le détail des capacités des individus, et de ce qui est susceptible de les promouvoir et les favoriser.

### Résumé

De nombreuses études ont été menées sur les variations géographiques de mortalité et de morbidité. Elles suggèrent que ces variations peuvent provenir de différences dans les caractéristiques des individus (explication compositionnelle) ou encore de différences dans les attributs des quartiers (explication contextuelle). Nous avançons l'hypothèse que la composition et le contexte ne sont pas totalement distincts et qu'ils constituent tous deux la médiation dans la relation existant entre les individus, leur quartier et leur santé.

Nous discutons de ce postulat en présentant un cadre théorique qui explique comment l'effet des quartiers « rentre dans le corps » et crée des distributions inégales de santé. Nous proposons un cadre conceptuel quant à la façon dont les individus utilisent les contraintes et les opportunités de leurs contextes de proximité pour transformer les ressources en santé. Ce cadre comporte deux composantes. La première se situe au niveau individuel : nous proposons que la santé est le résultat de la relation entre les individus et leurs environnements. Les individus utilisent, accumulent et perdent du capital. Nous suggérons que quatre types de capitaux façonnent la santé au niveau individuel : les capitaux biologique, social, culturel et économique. La deuxième composante se situe au niveau du quartier, où nous voyons cinq types d'environnements qui fournissent les ressources façonnant la santé : les environnements social, physique et institutionnel, la sociabilité et l'organisation communautaire.

### Mots-clés

Inégalités en santé. Quartiers. Environnement social.

\* Département de médecine sociale et préventive – Université de Montréal – Montréal, QC – H2V 4P3 – Canada – [Katherine.frohlich@umontreal.ca](mailto:Katherine.frohlich@umontreal.ca)

## Abstract

An important empirically-based body of research has emerged over the past 10-15 years demonstrating that local areas, or neighbourhoods, shape social inequalities in health. While this research has been successful in showing that social inequalities in health are produced locally, much of it has treated neighbourhoods as a unit of analysis, thereby neglecting its role as a space where social inequalities play out due to policy trickle-downs from regional and national levels. A new theoretical framework will be presented that conceives neighbourhoods as unique systems of health-relevant resources and social relations embedded within geographical borders. The expression “distribution of resources” will be expanded beyond an outcome in terms of variation in the statistical sense, to include the set of processes through which resources are spread differentially among individuals. Neighbourhoods are defined as being spatial distribution networks through which resources are made accessible for producing health. It is this crucial dimension of access, and the channels through which resources can be transformed into health, that this conceptualisation of neighbourhood highlights as a contributor to social inequalities in health. The components of this framework, including four capitals at the individual level, five domains at the neighbourhood level and four sets of rules, will be presented. A discussion of our particular definition of equity, based on the work of Amartya Sen, will serve to help articulate how social inequalities in health can be addressed using the framework. Specific focus will be given to the importance of this model for our further understanding of how social inequalities in health are produced locally.

## Keywords

Social inequalities. Neighbourhoods. Social environment.

## Introduction

Dans cet article nous présentons une conceptualisation du lieu comme espace relationnel. Ce cadre nous aide à mieux comprendre comment se constituent, au niveau local, les inégalités sociales de santé. Avant de plonger dans les détails de notre cadre conceptuel, nous ferons un bref retour dans le temps, car le constat que les inégalités sociales de santé existent et sont produites localement est loin d'être nouveau.

## Un peu d'histoire

En 1826, Louis-René Villermé, un des professionnels de santé publique les plus importants en France à l'époque, démontrait empiriquement pour la première fois, en utilisant des données économiques et de mortalité par arrondissements, que les conditions sociales – et pas seulement l'environnement naturel – jouaient un rôle décisif dans l'explication que l'on pouvait avancer de la mortalité dans les arrondissements de Paris [1]. Spécifiquement, il a établi que les taux de mortalité étaient plus élevés là où les résidents payaient le moins de « loyers non-imposables », un type d'impôt payé seulement par les plus aisés. Ces travaux étaient ainsi parmi les premiers à mettre en évidence une relation directe entre les conditions sociales, locales et la santé.

De l'autre côté de la Manche, Edwin Chadwick publiait, en 1842, le rapport intitulé *Sanitary Conditions of the Labouring Poor in Great Britain* [2]. Ce rapport en trois volumes offrait de nombreux détails concernant la relation empirique entre la longévité et les catégories sociales par districts. En fait, il constatait non seulement que les taux de mortalité étaient

corrélés avec la composition sociale des résidents par district, mais qu'il y avait aussi un gradient par classe sociale, les plus riches vivant plus longtemps que les plus pauvres du même district.

Ainsi Villermé et Chadwick mettaient en évidence qu'au-delà des conditions physiques, par exemple l'assainissement, les classes sociales influençaient les taux de mortalité par district ou par arrondissement. La santé apparaissait ainsi produite collectivement. Comme nous sommes soumis à des expositions sociales semblables, tels le taux de chômage, le manque d'argent, etc., la santé des groupes est produite collectivement. Divers facteurs de maladie et d'autres éléments d'impact en matière de santé dépendent de notre appartenance à des groupes sociaux.

## La situation aujourd'hui

En fait, les choses ont peu changé depuis l'époque de Chadwick et Villermé. Des données de ces dix dernières années provenant de l'île de Montréal, au Canada, qui recouvre une surface métropolitaine incluant un peu plus d'un million d'habitants, nous amènent au constat d'une énorme variation dans l'espérance de vie moyenne à la naissance des personnes par secteur de CLSC (un découpage basé sur la population servie par les cliniques publiques à Montréal).

Deux choses au moins sont à relever dans la Figure 1. D'une part, l'espérance de vie moyenne la plus élevée est de 82,3 ans et la plus faible est de 71,6 ans, soit un écart de quasiment 11 ans ! Ensuite, si l'on prête attention aux dégradés de gris, on perçoit des « ghettos » spatiaux d'inégalités. Les secteurs en noir sont ceux dans lesquels l'espérance de vie se

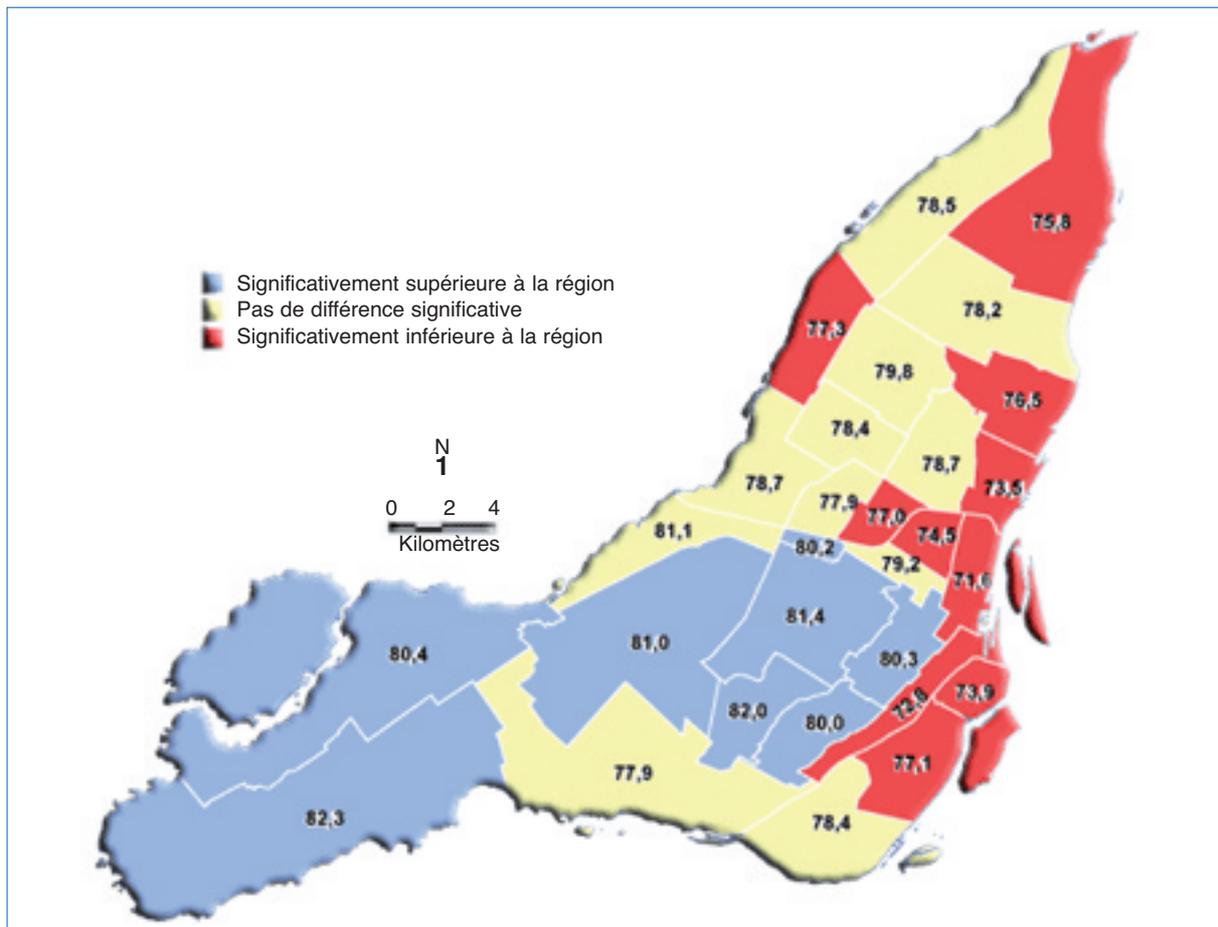


Figure 1.  
Espérance de vie à la naissance, sexes réunis, selon le CLSC, Montréal-Centre 1997-1999.

situé au-dessous de la moyenne, les secteurs en gris pâle enregistrent une espérance de vie moyenne et ceux en gris foncé ont une espérance de vie au-dessus de la moyenne. En fait, la dispersion géographique de l'espérance de vie n'est aucunement aléatoire.

Si nous cherchons des explications à ces différences d'espérance de vie, nous trouvons assez facilement des réponses dans les conditions sociales des habitants. Les distributions de l'espérance de vie sont assez fortement corrélées à celles du seuil de faible revenu (une mesure statistique indiquant que la plus grande partie du revenu est consacrée aux besoins essentiels que sont la nourriture, le logement et l'habillement). Remarquons que dans les deux cas, on n'a pas affaire à une pure question de pauvreté. On observe un gradient à travers les secteurs de Montréal. Bien que la relation entre les deux cartes ne soit que corrélationnelle, elle nous permet de réfléchir au potentiel d'une relation géographique entre la pauvreté agrégée et l'espérance de vie à la naissance, nous indiquant que les inégalités de santé sont en forte relation avec les inégalités sociales et la pauvreté.

Il y a maintenant un important *corpus* de recherches démontrant non seulement que les conditions locales,

à la fois physiques et sociales, influencent la santé des individus, mais aussi que ces mêmes conditions locales sont distribuées de façon inégale, relevant, souvent, d'inégalités sociales de santé [3].

De nombreuses hypothèses existent concernant l'explication de ces inégalités [4-5]. La première s'appelle l'explication compositionnelle. Elle attribue la distribution géographique des inégalités de santé aux caractéristiques individuelles des habitants. Des individus semblables par leurs caractéristiques individuelles, c'est-à-dire par leur statut socio-économique, ont tendance à se rassembler géographiquement [6]. De nombreuses études ont en effet montré une association entre ces caractéristiques dites compositionnelles et les inégalités sociales de santé [7-10].

La deuxième hypothèse porte le nom d'explication contextuelle. Avec cette hypothèse, on attribue les variations spatiales de santé à des caractéristiques de l'environnement propre [11-12]. Cette explication repose sur l'idée qu'il y a des attributs écologiques de lieux spatialement définis qui affectent des groupes entiers. Souvent, on suggère que ces effets influencent la santé au-delà de la contribution des caractéristiques compositionnelles.

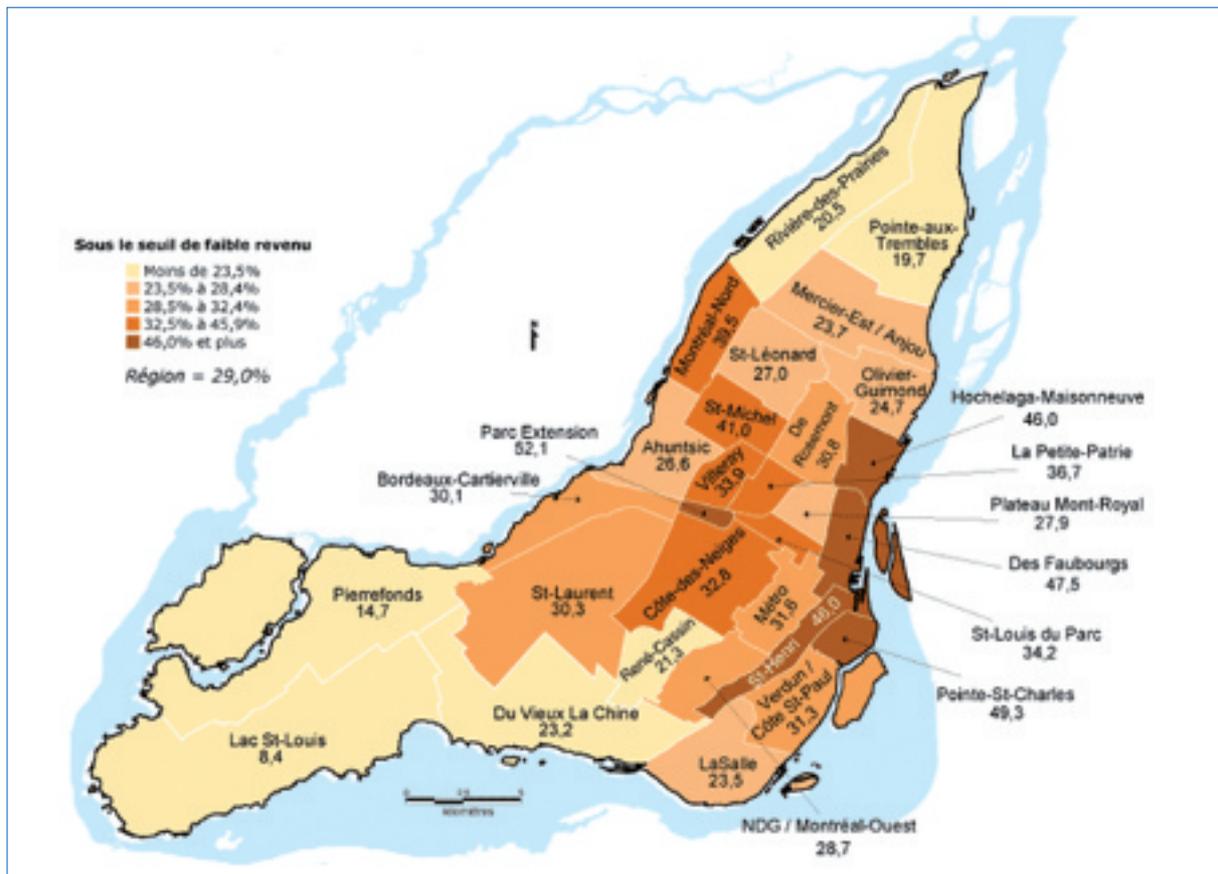


Figure 2. Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu, CLSC de Montréal, 2001.

Malgré les progrès des recherches pour identifier les facteurs compositionnels ou contextuels permettant d'expliquer l'émergence des inégalités sociales de santé, nous ne comprenons encore pas très bien comment les milieux locaux créent les inégalités sociales de santé [13-15]. En d'autres termes, nous disposons, la plupart du temps, de modèles statistiques qui prédisent des résultats de santé mais ne les expliquent pas. Ceci nous amène à un problème important en matière d'intervention. Si nous avons une idée des éléments qui prédisent les inégalités sociales de santé, mais que nous ne comprenons pas comment ces éléments fonctionnent pour produire ces inégalités, il est difficile de concevoir des interventions qui répondent aux besoins, ce qui serait, en effet, l'objectif de notre cadre conceptuel. Non seulement nous voulons décrire les éléments qui influencent les inégalités sociales de santé, mais nous souhaitons commencer à expliquer comment ces inégalités surgissent.

### Notre cadre théorique

Nous proposons donc deux hypothèses de base à notre modèle théorique. En premier, au plan individuel, la santé est le résultat cumulatif d'un ensemble de processus de transformation impliquant l'individu en relation avec son environnement : la santé est une

production sociale. Il faudrait donc mieux comprendre non seulement avec quoi l'individu est en relation, mais comment il est en relation et pourquoi.

Deuxièmement, nous proposons que le rôle de l'environnement (ou ce qu'on a appelé les variables contextuelles) ne se limite pas à la variance résiduelle qui reste inexpliquée après avoir contrôlé tous les facteurs compositionnels. Les facteurs compositionnels sont en constante interaction avec les éléments de l'environnement.

Dans notre conceptualisation, le quartier constitue un système unique de ressources et de relations sociales reliées à la santé, imbriquées dans des frontières géographiques. Nous définissons également le sens donné à l'expression « distribution de ressources ». Par distribution de ressources, nous ne nous référons pas simplement à une variation en termes statistiques, mais aussi à une série de processus à travers lesquels des ressources sont mises à la disposition des individus. Les quartiers sont des réseaux, spatialement définis, à travers lesquels des ressources deviennent accessibles pour produire la santé. C'est, entre autres, cette dimension cruciale d'accès, et les mécanismes à travers lesquels les ressources sont transformées en santé, qui fait le cœur de notre contribution quant à la production locale des inégalités sociales de santé.

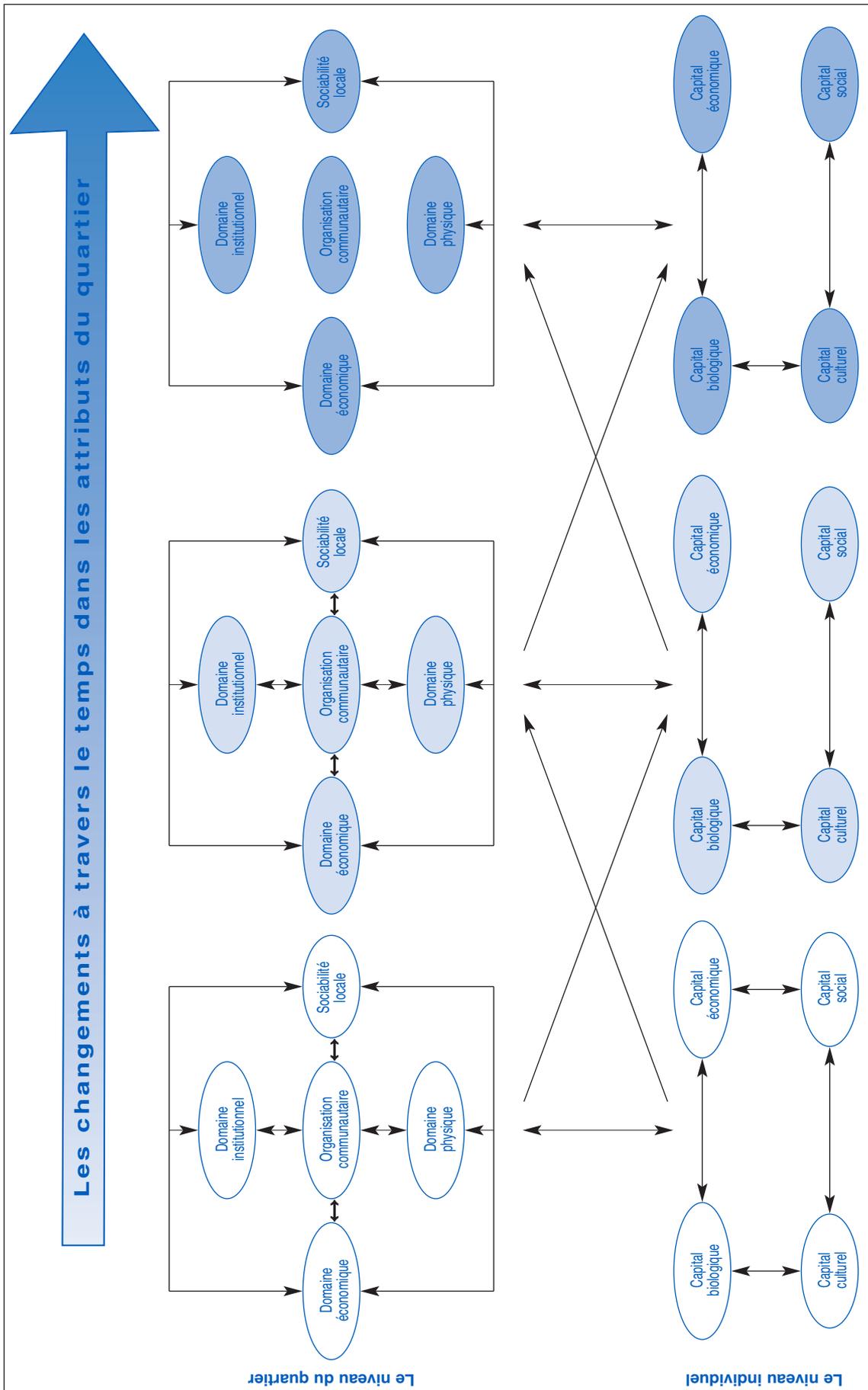


Figure 3. Une conceptualisation de l'influence des attributs du quartier sur les inégalités sociales de la santé.

Nous considérons que les inégalités de santé sont le résultat de deux niveaux de facteurs interreliés. Au niveau individuel, comme le montre le bas de la Figure 3, les individus utilisent, accumulent et perdent quatre types de capitaux différents à travers leur parcours de vie. Ces capitaux sont les suivants : économique, social, culturel [16] et biologique [17-18]. Nous nous inspirons directement de Pierre Bourdieu qui a beaucoup travaillé sur le rôle de ces trois premiers capitaux dans la création et la perpétuation des inégalités sociales. Selon Bourdieu, c'est la distribution des capitaux à n'importe quel moment qui représente la structure de la société. Chaque individu aura un montant différentiel de ces quatre capitaux, et la distribution des capitaux forme la base des inégalités sociales d'une société.

Pour donner une expression plus concrète à ces capitaux, on peut dire que le capital économique correspond à tout ce qui est immédiatement et directement convertible en argent et tout ce qu'on peut institutionnaliser dans la forme de droits à la propriété, etc. On peut également y inclure le revenu, l'emploi et la richesse individuelle.

Le capital culturel est une forme de compétence culturelle. Ce capital se transmet à travers des institutions éducatives et artistiques, mais aussi à travers un certain savoir. Il existe sous trois formes : l'état incarné ou incorporé, l'état objectivé, et l'état institutionnalisé. Nous entendons par l'état incarné tout ce qui est lié au corps ou qui présuppose une incarnation. Les exemples de la démarche et de la posture physique sont connus pour leur variabilité en fonction de nombreux paramètres sociaux [19]. L'état objectivé comprend les objets matériels et les médias, par exemple les écrits, les peintures, les monuments, les instruments ; tout cela est matériel et peut être transmis. Enfin, le capital culturel institutionnalisé implique l'objectivation de certains types de capitaux culturels, comme les qualifications académiques.

Nous incluons ici la promotion de la santé, cette capacité à accéder et à utiliser l'information concernant sa santé pour l'améliorer. Cette dernière forme de capital culturel n'a de légitimité que si elle est institutionnalisée, faute de quoi elle n'a aucun sens [20].

Le capital social est l'agrégat de ressources actuelles ou potentielles liées à la possession d'un réseau durable de relations d'amitiés et de connaissances plus ou moins institutionnalisées. Bourdieu met l'accent sur les bénéfices que reçoit l'individu par sa participation dans et avec ces groupes et la construction délibérée de la sociabilité qui constitue la création de ce capital.

Finalement, le capital biologique ne provient pas des travaux de Bourdieu, mais pour expliquer les inégalités de santé, il nous fallait inclure une composante qui prenne en considération la biologie des individus, car ceci joue aussi sur la capacité individuelle des habitants à profiter de ressources. Ce capital inclut l'accumulation des ressources biologiques, héritées et acquises à travers le parcours de vie et qui façonnent la santé actuelle et son potentiel futur. Nous incluons ici le genre, les incapacités, les maladies chroniques, etc.

Nous suggérons que la production locale des inégalités sociales de santé provient du fait que les niveaux variés de capitaux chez les individus expliquent leurs capacités différentielles à transformer les ressources dans leurs quartiers en santé.

Nous devrions aussi conceptualiser et comprendre ce qui se passe au niveau du quartier, niveau auquel les ressources sont mises à la disposition des individus. Selon notre cadre, le niveau du quartier est fait d'une configuration de cinq domaines à travers lesquels les résidents obtiennent (ou non) les ressources nécessaires pour produire leur santé (Figure 4). Ces deux domaines appartiennent à deux environnements, social et physique.

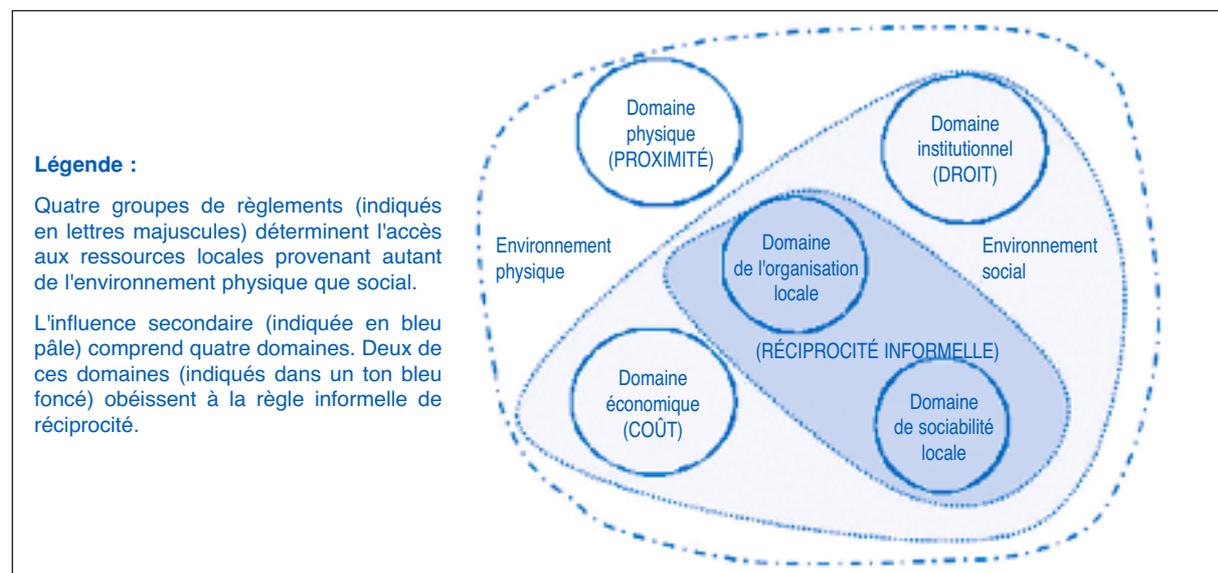


Figure 4. Neighbourhood environments and rules of access [Bernard *et al.*, 2007].

On ne peut parler de ressources sans référence explicite à l'accès aux ressources. Nous suggérons que l'accès aux ressources dans les quartiers est déterminé par un certain nombre de règles interagissantes. Le domaine physique, par exemple, est défini par la règle de la proximité. Des individus vivant dans un même territoire partagent le même environnement physique et sont donc exposés aux mêmes ressources positives (un beau parc) et négatives (une usine polluante). L'environnement physique influence la santé à travers l'exposition aux polluants environnementaux provenant du sol, de l'air et de l'eau, ainsi qu'à travers tous les risques et ressources de l'environnement bâti.

Les règles économiques appartiennent au domaine économique et sont déterminées par le mécanisme des prix qui, à travers des considérations de profitabilité, définit si les ressources seront présentes ou pas et pour qui. On peut donner comme exemple l'alimentation et l'accessibilité à des denrées de bonne qualité à des prix abordables.

Les règles institutionnelles appartiennent à – et façonnent – le domaine institutionnel. L'accès aux ressources est ici déterminé par les droits formels, les cas les plus typiques étant les services provenant des organisations du secteur public. Ces organisations sont soit formellement des services publics (conduits par l'État) ou placées sous l'autorité de l'État (par exemple des écoles, des cliniques, etc.).

La dernière règle, celle de la réciprocité informelle, appartient à deux domaines, la sociabilité et les organisations communautaires. Cette règle se distingue des autres par sa nature informelle et non contractuelle, résultant du fait que le lien social entre le don et la réception de la transaction ont autant de valeur que les ressources échangées [21]. La sociabilité, l'analogie du capital social au niveau individuel, existe au niveau des quartiers. Elle est utilisée pour procurer des bénéfices individuels, en particulier de l'information et du soutien social : ainsi, le fait de pouvoir ou non aller demander une tasse de sucre à son voisin, ou la quantité et la qualité de l'information concernant les ressources locales partagées par les voisins, par exemple la qualité des écoles. L'organisation communautaire se réfère davantage à la mobilisation des habitants d'un quartier pour atteindre des buts collectifs. Nous savons que la capacité d'un quartier à se mobiliser se traduit souvent par la mise à disposition de meilleures ressources et l'absence de survenue des nuisances.

## L'égalité de quoi ?

Même avec une conceptualisation du quartier en tant que système de relations et de ressources, nous manquons d'un élément clé final pour bien comprendre comment les inégalités de santé surgissent au niveau local. Ce qui manque, c'est une conceptualisation de ce qu'on veut dire par « juste ». Nous comparons donc trois des écoles de pensée majeures concernant la justice distributive, l'utilitarisme, Rawls et Sen, pour mieux choisir notre approche.

Les utilitaristes proposent que ce qui importe pour avoir une société juste, c'est que le plus grand bénéfice soit à la disposition du plus grand nombre de personnes. La théorie de la justice du philosophe américain John Rawls [22] propose que l'égalité soit obtenue quand les biens primaires (tel le revenu) sont distribués de façon à ce que les plus pauvres soient dans la meilleure situation financière et sociale possible étant donné les ressources de la société. La notion d'égalité d'Amartya Sen [23], économiste et philosophe indien, va plus loin qu'une appréhension de l'égalité uniquement fondée sur les biens eux-mêmes ou sur l'utilité qu'on tire de ces biens. Le point central de son évaluation de l'égalité porte sur la capacité qu'ont les habitants à tirer bénéfice des ressources selon leurs besoins et leurs aptitudes.

L'exemple concret de l'alimentation peut aider à faire la distinction entre ces trois façons d'évaluer la justice distributive. Les utilitaristes prendraient en considération l'utilité rendue par la consommation de nourriture. Les Rawlsiens diraient que l'accès à un approvisionnement en nourriture adéquat est requis pour atteindre l'égalité. Sen dirait que l'égalité devrait être évaluée par le niveau nutritionnel que les individus sont capables d'extraire de la nourriture.

La théorie de Sen repose sur deux notions, *functionings* et *capabilities*. Les *functionings* ou « fonctionnements » représentent l'état de la personne. Quelques fonctionnements sont basiques, tels que « être nourri », d'autres sont plus complexes, tels que « être respecté ». La *capability* ou capacité d'un individu, reflète la combinaison de fonctionnements que la personne est capable d'atteindre ou qu'elle pense être capable d'atteindre. Sen propose que les autres évaluations sont trop souvent fondées sur la redistribution de biens primaires, tel le revenu, sans prendre en considération ce que les gens sont capables de faire avec cet argent. Ceci nous amène à la question du choix. Sen argumente qu'on devrait essayer de comprendre comment les ressources sont utilisées avant d'élaborer des jugements normatifs par rapport à la façon dont on les distribue.

## Conclusion

Le point final est qu'on ne peut pas nécessairement mettre systématiquement en relation augmentation de ressources et meilleure santé. Il est aussi nécessaire de savoir comment ces ressources sont utilisées. Pour augmenter l'accessibilité aux ressources, selon Sen, il ne suffit pas seulement de mettre davantage de ressources en place. Un accès équitable aux ressources requiert un système qui réponde aux différents niveaux des capacités et de fonctionnements des gens en société. Une des grosses erreurs en santé publique est l'affirmation selon laquelle on pourrait simplement redistribuer des ressources en fonction des résultats d'un modèle de régression linéaire. On devrait aussi se rendre compte qu'il y a des ressources qui ne correspondent aucunement

aux besoins des gens, ce qui impose de comprendre et d'examiner comment les gens utilisent les ressources et ce qu'ils se sentent capable d'en faire.

Les idées développées ont pour but de proposer un cadre théorique permettant d'expliquer comment, à travers capitaux, domaines, capacités et fonctionnements, surgissent au niveau local des inégalités de santé. Nous croyons qu'une des clés réside dans la participation des citoyens, autant dans l'identification des ressources et des règles, qu'au niveau des chan-

gements nécessaires localement pour améliorer l'accès à ces ressources. Ceci voudrait dire qu'on ne peut plus se contenter de méthodes purement quantitatives. Pour pouvoir comprendre comment la santé est produite localement, il faudrait pouvoir parler avec les habitants, avoir leurs avis sur les ressources, et savoir comment ils les utilisent. Tout ceci signifie, enfin, que des interventions faites de manière uniforme, pour tous les milieux locaux, "one size fits all", ne peuvent pas fonctionner.

## Références

- [1] Villermé LR, Rapport fait par M. Villermé, et lu à l'Académie royale de Médecine, au nom de la Commission de statistique, sur une série de tableaux relatifs au mouvement de la population dans les douze arrondissements municipaux de la ville de Paris, pendant les cinq années 1817, 1818, 1819, 1820 et 1821, *Archives Générales de Médecine*, 1826 ; 10 : 216-47.
- [2] Chadwick E. *Report from the Poor Law Commissioners of an enquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*, London, Printed by W. Clowes and sons for H.M. Stationery off, 1842.
- [3] Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review, *J Epidemiol Community Health*, 2001 ; 55 (2) : 111-22.
- [4] Macintyre S, Maclver S, Sooman A. Area, class and health: Should we be focusing on places or people?, *J Soc Pol*, 1993 ; 22 : 213-34.
- [5] Shouls S, Congdon P, Curtis S. Modelling inequality in reported long term illness in the UK: combining individual and area characteristics, *J Epidemiol Community Health*, 1996 ; 50 : 366-76.
- [6] De Koninck M, Pampalon R. Living environments and health at the local scale: the case of three territories in the Québec city region, *Can J Public Health*, 2007 ; 98 (S1) : S45-S53.
- [7] Stafford M, Bartley M, Mitchell R, Marmot M. Characteristics of individuals and characteristics of areas: investigating their influence on health in the Whitehall II study, *Health Place*, 2001 ; 7 (2) : 117-29.
- [8] Diez Roux AV, Merkin SS, Hannan P *et al.* Area characteristics, individual-level socioeconomic indicators, and smoking in young adults: the coronary artery disease risk development in young adults study, *Am J Epidemiol*, 2003 ; 157 (4) : 315-26.
- [9] Propper C, Jones K, Bolster A *et al.* "Local neighbourhood and mental health: evidence from the UK", *Soc Sci Med*, 2005 ; 61 (10) : 2065-83.
- [10] Van Lenthe FJ, Mackenbach JP. Neighbourhood and individual socioeconomic inequalities in smoking: the role of physical neighbourhood stressors, *J Epidemiol Community Health*, 2006 ; 60 (8) : 699-705.
- [11] Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment, In LF Berkman, Kawachi I. (Eds.), *Social epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000 : 332-48.
- [12] Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?, *Soc Sci Med*, 2002 ; 55 (1) : 125-39.
- [13] Cummins S, Curtis S, Diez-Roux AV, Macintyre S. Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach, *Soc Sci Med*, 2007 ; 65 : 1825-36.
- [14] Bernard P, Charafeddine R, Frohlich *et al.* Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood, *Soc Sci Med*, 2007 ; 65 : 1839-52.
- [15] Frohlich KL, Bernard P, Charafeddine R, *et al.* L'émergence d'inégalités de santé dans les quartiers : un cadre théorique », in Frohlich KL, De Koninck M, Demers A, Bernard P (Eds.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Presses Universitaires de Montréal, Montréal 2008.
- [16] Bourdieu P. The forms of capital, in Richardson JG (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*, Greenwood Press Inc, 1986 : 241-58.
- [17] Blaxter M. Biology, social class and inequalities in health. Their synthesis in health capital, in SJ Williams, Birke L, Bendelow GA (Eds.), *Debating biology*, Routledge, London 2003 : 69-83.
- [18] Kuh D, Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology, Oxford University Press, Oxford 1997.
- [19] Mauss M. *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010 [1950, 1st Edition].
- [20] Abel T. Cultural capital and social inequality in health, *J Epidemiol Community Health*, 2008 ; 62 (7) : e13.
- [21] Godbout J, Caillé A. *L'esprit du don*, Boréal, Montréal 1992.
- [22] Rawls J. A Theory of Justice, Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge 1971.
- [23] Sen A. Inequality Reexamined, Harvard University Press, Cambridge 1992.