

Contrôle, ambiocontrôle et santé

La relation entre la santé, le milieu et le mode de vie, qui est l'idée au centre de la géographie de la santé, est connue depuis fort longtemps : au VI^e siècle avant notre ère, Alcméon de Crotonne disait que la maladie « peut apparaître dans certaines parties, comme le sang, la moelle ou le cerveau ; mais ces parties sont aussi parfois affectées par des causes externes, comme certaines eaux, ou un lieu particulier, de la fatigue, une contrainte ou une autre raison semblable. La santé, c'est le mélange harmonieux des qualités »¹. Plus spécifiquement, la relation entre la santé et le niveau socio-économique est reconnue depuis le XII^e siècle² ; elle a été confirmée par de nombreuses études depuis, dans des milieux très divers et pour des maladies variées, pour la morbidité comme pour la mortalité.

Relation entre santé et niveau socio-économique

On observe le phénomène, mais on ne l'explique pas très bien, et il n'offre pas non plus une plateforme d'action bien claire (comment, où agir dans le champ socio-économique, pour obtenir un effet sur la santé publique ?). Développant la réflexion, on a fait l'hypothèse que dans la relation entre la santé et le niveau socio-économique, le facteur clef, sous-jacent, serait le rapport entre les ressources des personnes et les exigences

auxquelles elles sont soumises². Les personnes se trouvant au bas de l'échelle socio-économique feraient face en général à de plus grandes exigences environnementales (physiques et sociales) tout en disposant de moins de ressources (matérielles, sociales, psychologiques). Citons quelques études dont les résultats pourraient trouver leur explication dans cette perspective.

À Porto-Rico, une étude regroupant les 100 *municipios* en trois grandes zones socio-économiques montre que la zone rurale traditionnelle, située dans le centre montagneux et agricole de l'île, qui est la plus pauvre, la moins scolarisée, la moins équipée en infrastructures publiques, où la natalité est la plus élevée, connaît une mortalité générale plus élevée que la partie très aisée de la capitale San-Juan, mais nettement plus faible que la zone de la périphérie de l'île, pourtant mieux équipée (égouts, aqueduc, économie diversifiée, population plus scolarisée, meilleurs revenus, zone qui peut être qualifiée, en un mot, de « en voie de modernisation »³.

Au Québec, dans une analyse des données de l'enquête générale de santé de 1987 menée par l'organisme « Santé Québec », on a mis en rapport une série d'indicateurs de santé avec deux grands indices (obtenus par analyse factorielle) mesurés dans les 32 départements de santé communautaire (DSC) du Québec. Un premier indice repré-

sente la « complexité socioculturelle » du milieu ; il correspond à des milieux où on trouve une population d'origine et de langue diverses, une proportion relativement élevée de familles monoparentales, une population instruite, une faible pratique religieuse... Ce type de milieu se retrouve dans les grandes villes, et particulièrement (suivant le modèle urbain nord-américain) au centre de celles-ci. L'autre indice, plus classique, est lié au revenu, à l'emploi, à la scolarisation ; il représente le « statut socio-économique ». Le niveau de santé et de bien-être, tel qu'exprimé par une série d'indicateurs (santé physique et santé mentale) est apparu comme bien plus lié à la « complexité socioculturelle » (qui affecte négativement la santé et s'accompagne d'un faible support social, d'un taux élevé de consommation de drogues) qu'au statut socio-économique⁴.

Une analyse des données de l'enquête Santé-Québec suivante⁵ a conduit à des résultats comparables ; en particulier, on a pu établir que les classes défavorisées des grandes villes (Montréal et Québec) avaient un niveau de santé nettement inférieur à celui des classes urbaines plus aisées, mais aussi inférieur à celui de groupes de niveau socio-économique également faible habitant les zones rurales. Ces derniers se trouvaient dans une bien meilleure situation, tout en ayant moins recours au système de santé⁶.

La « complexité du milieu » : facteur interférant

Qu'ont en commun les études citées ? Elles ne contredisent pas la relation établie entre le statut socio-économique et le niveau de santé, mais elles font apparaître un autre facteur, qui peut se conjuguer avec le statut socio-économique, mais n'y est pas corrélé, déterminant le niveau de santé observé dans les zones à l'étude. Nous avançons le concept de « complexité » du milieu, qui s'opposerait à l'intégration sociale et au sentiment de support social des individus, ainsi qu'à la santé. Notons, par ailleurs, que le modèle duel de Kaplan et col., mettant en rapport exigences et ressources, apparaît aussi confirmé : ainsi, dans le dernier exemple donné, si on limite l'observation au milieu métropolitain, une corrélation simple apparaît entre les niveaux socio-économique et de santé. Si on étend l'observation à d'autres milieux, cependant (rural, moins « complexe », donc où change le rapport « exigence environnementale / ressources »), la corrélation simple disparaît... On voit le relatif de la relation entre la santé et le milieu.

Plusieurs théories ou modèles récents convergent vers une explication du rapport d'opposition « complexité / santé. » Dans des travaux ayant porté entre autres sur des survivantes de camps de concentration nazis, sur des groupes de femmes de différentes origines ethniques en Israël, Aaron Antovowsky a étudié l'effet de différents stressseurs sur la santé des sujets. Il a observé que cet effet variait d'abord suivant la représentation du monde que se faisait le sujet, suivant sa manière de percevoir stimuli et exigences lui parvenant du milieu. Ces observations sont à la base de ce qu'il a appelé le « sentiment de cohérence » (*Sense of Coherence*, SOC), qui se définit essentiellement par la conviction du sujet que ses « environnements interne et externe » ont un sens et une évolution prévisible. Si le SOC est rompu, le monde apparaît inorganisé, les actions à entreprendre ne sont plus claires, finalement, on arrive au conflit et à la confusion, ce qui peut avoir des effets majeurs sur la santé et sur la

vie de la personne^{7, 8}. Les travaux de Rotter s'inscrivent dans la même veine. Rotter a créé le concept de *locus* du contrôle et une échelle permettant de l'évaluer chez les individus ; cette échelle (*I-E scale*) permet de classer les individus selon qu'ils ont un *locus* du contrôle plus ou moins interne ou externe. Les individus dont le locus est interne ont tendance à croire qu'ils peuvent orienter leur destinée, que leurs actions ont un effet décisif sur le cours de leur vie, alors qu'un *locus* externe caractérise les personnes qui ont plutôt le sentiment que d'autres personnes ou des événements déterminent le cours de leur vie. Or de nombreuses études ont montré qu'il y a un rapport entre le *locus* du contrôle et la santé, particulièrement la santé mentale (anxiété, dépression)^{11, 12}. L'absence de contrôle mène à la confusion et à l'impossibilité d'action. Ce genre d'observation est également à la base de la théorie du *learned helplessness* de Seligman⁹ et du LHS (*learned helplessness syndrome*)¹⁰ — ce que l'on pourrait traduire par « syndrome d'incapacité acquise » (SIA). Ces études montrent que les personnes qui sont généralement pessimistes et sentent qu'elles ont peu de prise sur leur vie ont davantage tendance à négliger leur santé et sont de moins en moins aptes à avoir des comportements salutaires. Plus elles ont de responsabilités face à elles-mêmes, plus elles deviennent anxieuses et incapables d'agir. L'idée qui se dégage, finalement, c'est celle de la relation entre le degré de contrôle des individus sur le cours et le milieu de leur vie et leur santé, d'où la proposition que nous avons faite des concepts d'ambiocontrôle et d'ambioostasie comme déterminant et condition de la santé⁵.

Un modèle intégrant l'individu, le milieu, le groupe et la culture

Le modèle exposé tente de dépasser l'observation du rapport entre le statut socio-économique et la santé en proposant une hypothèse qui intègre l'individu (et sa partie la plus centrale : le système nerveux, ainsi que, comme les recherches

récentes le montrent, le système immunitaire¹³) où ont lieu les phénomènes décrits dans le paragraphe précédent), le milieu, le groupe, la culture. Au plan de l'action, ce modèle suggère quelques pistes ; les mots-clefs en seraient intégration et support social, (auto-)contrôle, ambiocontrôle et aussi responsabilisation des personnes face à leur santé. Voilà peut-être des jalons incontournables. ■

Références

1. R. Dubos. *Man Adapting*. New Haven : Yale University Press, 1965.
2. G. A. Kaplan, M. N. Haan, S. L. Syme, M. Minkler, M. Winkleby. *Socioeconomic Status and Health*. In : R. W. Amler, H.B. Dull. *Closing the Gap. The Burden of Unnecessary Illness*. New-York, Oxford : Oxford University Press, 1987.
3. L. Loslier. *Disparités socio-spatiales de mortalité à Porto-Rico*. Revue canadienne d'études du développement, vol. VIII, n° 1, 1987, p. 117-132.
4. L. Loslier. *Ambiocontrol as a Primary Factor of Health*. *Social Science and Medicine*, vol. 37, n° 6, 1993, p. 735-743.
5. L. Loslier. *Ambioostasie, ambiocontrôle, ambiosystème : un modèle pour l'analyse de la relation santé / environnement. Application au Québec*. Le géographe canadien, 39, n° 3, 1995, p. 235-251.
6. R. Pampalon, L. Loslier, G. Raymond, P. Provencher. *Variations géographiques de la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 3*, Montréal : ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995.
7. A. Antonovsky. *Health, Stress and Coping*, San Francisco : Jossey-Bass, 1979.
8. A. Antonovsky. *The Sense of Coherence as a Determinant of Health*. In : J. D. Matarazzo et al. *Behavioral Health*. New York : John Wiley, 1987.
9. M. E. P. Seligman et al. *The alleviation of learned helplessness in the dog*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, 78 (16) : 256-262.
10. M. L. Laudenslager et al. *Coping and Immunodepression : Inescapable Not Escapable Shock Suppresses Lymphocyte Proliferation*. *Sciences*. 1983, 221, p. 568-570.
11. B. Lowery et al. *Relationship of Locus of Control to Preoperative Anxiety*. *Psychological Reports*, 1975, 37, p. 1115-1121.
12. V. A. Benassi et al. *Is there a Relation Between Locus of Control Orientation and Depression ?* *Journal of Abnormal Psychology*, 1988, 97 (3) : 357-367.
13. M. Anspach, F. Varela. *Le système immunitaire : un « soi » cognitif autonome*. In : D. Andler. *Introduction aux sciences cognitives*. Paris : Gallimard, 514 p.

Luc Loslier

Professeur, Université du Québec, Montréal