La recherche qualitative sur les inégalités sociales de santé : le parcours de vie

Bernard Roy, Ph.D.¹, Maria De Koninck, Ph.D.²

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : Le recours à la perspective du parcours de vie est de plus en plus fréquent dans les milieux de recherche s'intéressant aux inégalités sociales de santé. Cet article présente une telle démarche, réalisée dans le cadre d'une étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale.

MÉTHODE : Au cours de cette étude, des récits de vie, axés sur le sens des expériences vécues, ont été recueillis lors d'entrevues ouvertes auprès de deux populations. Une grille d'analyse originale a été utilisée, dans laquelle les propos sont regroupés à l'intérieur de catégories représentant les différentes composantes d'un parcours général.

RÉSULTATS : Qu'il réfère à des expériences vécues dans l'enfance ou à l'âge adulte, le récit permet de les situer dans le parcours de vie de la personne. L'analyse horizontale de différents parcours individuels rend ainsi possible le repérage d'expériences délétères ou, au contraire, salutogènes. Lors de la transmission des résultats aux responsables de l'élaboration ou de la mise en place d'interventions, le recours aux termes mêmes utilisés par les populations dans l'illustration de leurs expériences vécues peut faciliter la compréhension de la genèse des inégalités sociales de santé.

CONCLUSION : L'analyse des récits de vie, basée sur les différentes composantes des parcours des sujets, permet de repérer les moments clés dans l'évolution de la vie des personnes interviewées et, dans une perspective d'action, de le faire en tenant compte des champs d'intervention socio-sanitaires. De tels résultats favorisent l'élaboration d'interventions pour lutter contre les inégalités sociales de santé et, surtout, leur chronicité, qui sont adaptées aux réalités vécues.

MOTS CLÉS : inégalités sociales de santé; recherche qualitative; récits de vie; parcours de vie

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2013;104(2):e154-e158.

En sciences sociales, le parcours de vie réfère à différentes approches, qui abordent la vie des individus comme une totalité et qui en considèrent le développement, à la fois sous les différents angles (biologiques, psychologiques et sociaux) et dans le temps¹. Depuis quelques années déjà, le parcours de vie est utilisé dans les recherches sur les inégalités sociales de santé, notamment du côté de l'épidémiologie sociale, sans doute la discipline ayant le plus développé cette perspective pour soutenir l'élaboration de politiques sociales visant à les contrer^{2,3}.

Une approche selon le parcours de vie postule que la santé est non seulement le résultat des conditions actuelles, mais également celui des conditions de vie passées⁴. Selon Bernard et ses collègues⁵, quatre grands principes sous-tendent le parcours de vie des individus : la vie se déroule dans le temps, la vie est faite de multiples aspects intégrés, les trajectoires (différents moments de la vie) de vie sont inter-reliées, les trajectoires de vie s'inscrivent dans des milieux socialement façonnés. Une telle perspective offre donc un moyen de conceptualiser comment les déterminants de la santé biologiques et socio-environnementaux, vécus à différentes étapes de la vie, peuvent influencer de façon différentielle le développement de maladies, de vulnérabilités ou d'exclusion sociale. Selon Reading⁶, p.A-61, « un des atouts de cette approche est qu'elle montre également comment les risques qui surviennent tout au long de la vie peuvent être déterminés, corrigés ou modifiés au cours de la période nécessaire au développement d'une maladie chronique ». Le potentiel d'une telle perspective est évoqué notamment pour la recherche auprès des populations autochtones⁷.

Si le recours au parcours de vie est de plus en plus fréquent dans les recherches sur les inégalités sociales de santé, les approches retenues prennent une distance avec sa forme qualitative traditionnelle, c'est-à-dire avec le récit de vie, axé sur le sens des expériences vécues, obtenu par le biais d'une entrevue ouverte. Or, pour arriver à comprendre comment se développent les états de santé et de maladie, le recours au récit de vie est particulièrement pertinent. Rappelons que la recherche qualitative, visant à mettre au jour l'expérience vécue, traite celle-ci comme la réalité des sujets alors que des données, dites objectives, peuvent en proposer une autre. En sciences sociales, le récit de vie est recueilli par le biais de plusieurs entrevues avec les mêmes sujets, entrevues permettant d'approfondir progressivement non seulement les événements marquants mais aussi l'interprétation qu'en donnent les personnes interviewées. Soulignons que, dans le

Affiliations des auteurs

1. Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, QC
2. Professeure émérite, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec, QC

Correspondance : Bernard Roy, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Pavillon Ferdinand-Vandry, Québec, QC G1V 0A6, Tél. : 418-656-2131, poste 2633, Téléc. : 418-656-7747, Courriel : bernard.roy@fsi.ulaval.ca

Sources de financement : Le projet a été soutenu financièrement par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), le Centre de services sociaux (CSSS) Vieille Capitale, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Conférence régionale des élus de Québec.

Remerciements : Ont également contribué aux travaux du projet de recherche : Ginette Paquet, Robert Pampalon, Julie Poissant, Bertrand Nolin et Geneviève Trudel de l'INSPQ; Michèle Clément du CSSS Vieille-Capitale; Anne-Marie Hamelin de l'université Laval (maintenant McGill), Hugo Pollender et Claudia Turgeon (auxiliaires de recherche).

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Tableau 1. Grille d'analyse

Grille d'analyse des différents parcours de vie*							
Date/Période	Avant la naissance	1960-73† Naissance/ Enfance	1974-79 Adolescence	1980-90 Vingtaine	1990-2000 Trentaine	2000-2008 Quarantaine	Aujourd'hui
Parcours famille							
Parcours maternité/paternité							
Parcours conjugal							
Parcours scolaire							
Parcours travail							
Parcours santé							
Liens sociaux							
Caractéristiques personnelles							
Parcours résidentiel							
Recours aux ressources							

* Les grilles étaient complétées dans des fichiers excel.

† Ces dates ne sont qu'un exemple, elles diffèrent selon les sujets.

contexte de recherches visant à documenter la construction d'états de santé différenciés dans certaines populations, le récit n'a pas à couvrir les différentes expériences vécues en profondeur comme les sciences sociales le font pour éclairer des réalités sociales complexes. Il est possible de s'en tenir aux informations qui permettent de reconstituer les éléments clés du parcours des personnes rencontrées.

Le récit de vie présente plusieurs avantages. Le premier est que l'information acquise, émanant des personnes concernées selon un angle expérientiel, permet d'accéder à la complexité des réalités vécues et à la conjugaison de ces réalités. En révélant l'interprétation que la personne qui se raconte donne de ses différentes expériences, il devient possible de les situer dans son parcours selon l'importance qu'elle lui accorde. Il s'agit donc ici d'aborder l'étiologie selon l'expérience des sujets, partant du principe que leur interprétation est en soi un déterminant.

Cet article a pour objectif d'illustrer le potentiel de cette méthodologie qualitative, en présentant une grille d'analyse de parcours de vie conçue et utilisée dans le contexte d'une démarche de recherche sur la pauvreté et l'exclusion sociale et leur impact sur la santé. En démontrant comment le matériel recueilli par des entrevues individuelles ouvertes (entrevues libres) permet de reconstituer un parcours de vie, la grille d'analyse présentée dévoile le potentiel énorme du recueil de l'expérience des personnes concernées, à la fois pour la compréhension de la construction des états de santé et de maladie, et pour le développement de solutions.

Les relations entre les conditions sociales et la santé ne sont pas faciles à établir. Les conditions dans lesquelles les gens vivent, travaillent et créent leurs liens sociaux sont multiples et évoluent dans le temps. Il est donc ardu de repérer celles, partagées par les membres des populations dont l'état de santé est comparable, qui ont eu un impact salutogène ou délétère et surtout de pouvoir déterminer celles sur lesquelles on peut agir efficacement.

L'analyse verticale d'un parcours de vie établi sur la base d'une entrevue ouverte, indique comment s'est, selon le sujet, construite sa trajectoire au fil du temps. L'analyse horizontale de plusieurs parcours de vie, pour sa part, permet de repérer les expériences de nature commune qui, selon la perception de celles et ceux qui les ont vécues, ont eu des conséquences dans leur vie. Ces informations peuvent ensuite être interprétées à la lumière des connaissances acquises sur les facteurs agissant sur la santé.

Dans la lutte contre les inégalités sociales, les interventions sur les déterminants sociaux de la santé doivent pouvoir s'appuyer sur des

connaissances solides à partir desquelles un ordre de priorité peut être élaboré et des stratégies définies. Notre thèse est à l'effet que de telles connaissances peuvent être développées en s'appuyant sur des recherches qualitatives, qui recourent aux parcours de vie et qui placent au centre de ceux-ci, l'expérience telle que vécue par les sujets.

Cependant, il n'y a pas que des avantages à réaliser de telles recherches. Certains inconvénients importants incitent les chercheurs à procéder avec d'autres perspectives et d'autres approches méthodologiques, tels la lourdeur de la collecte et du traitement des données et le temps requis pour constituer une base de données significatives. Nous croyons toutefois que ces recherches en valent la peine puisqu'elles permettent d'identifier des pistes d'action et d'intervention pouvant contribuer à l'atténuation des inégalités sociales de santé et surtout de leur chronicité.

Dans un premier temps, nous situerons notre démarche de recherche dans son contexte. Puis, nous présenterons la grille d'analyse originale utilisée et son exploitation, ainsi que quelques résultats qui illustrent le potentiel d'une telle grille, et conclurons sur la pertinence de l'approche retenue pour l'élaboration de politiques publiques.

Le contexte de la recherche

L'étude à laquelle nous référons s'inscrivait à la suite d'une première qui visait à mesurer et à interpréter les écarts de santé observables entre les populations de trois territoires (centre-ville, banlieue et milieu rural) situés dans la même région⁸. À l'issue de cette première étude, deux groupes au sein de la population étaient apparus particulièrement défavorisés sur le plan de la santé, soit les hommes de 45 à 64 ans du territoire du centre-ville et les familles monoparentales ayant de jeunes enfants et résidant dans les trois territoires. C'est pour mieux saisir les facteurs sociaux et les dynamiques en cause dans la situation de défavorisation plus marquée de ces deux groupes de population que cette deuxième étude a été conçue⁹. Après avoir l'approbation du comité d'éthique du CSSS de la Vieille-Capitale, nous avons mené deux collectes de données, une première de type quantitatif par le biais d'une enquête téléphonique et une seconde, qualitative utilisant l'approche des récits de vie. C'est de cette dernière dont nous traitons ici.

Le cadre retenu pour la partie qualitative de l'étude était le suivant : L'état de santé physique et mental des individus appartenant à des sous-groupes de populations découle de leurs trajectoires de

Tableau 2. Définition des parcours de la grille d'analyse

Parcours	Description (informations, événements racontés par la personne interviewée)
Famille	Expérience avec sa famille et ses membres : parents, frère(s), sœur(s), grands-parents, famille élargie, famille(s) d'accueil, orphelinat.
Maternité/Paternité (lorsque cela s'applique)	Expérience de la grossesse : avant, pendant et après; expérience de la maternité et de la paternité; tout ce qui concerne son rôle de parent, ses liens avec son ou ses enfants; santé et développement des enfants; tous les propos concernant l'enfant ou les enfants et ses milieux de vie (garderie, école, loisirs).
Conjugal	Expériences de vie conjugale; rupture(s), difficultés conjugales, rôle du conjoint, etc.; tous les propos concernant la (ou les) conjointe ou conjoint.
Scolaire	Tous les propos concernant l'alphabétisation, l'apprentissage, la scolarisation et la formation; perception des milieux d'apprentissage et du milieu scolaire.
Travail	Toutes les expériences de travail, légales ou non; expérience(s) de « non-emploi » : assurance emploi; perception des différents emplois; événement(s) qui a mené à un changement d'emploi (mises à pied, déménagements, promotions, etc.); événements, en lien avec le travail : harcèlement, employeur ou collègue significatifs, etc.; tout ce qui concerne le revenu d'emploi.
Santé	Perception de sa santé physique et mentale; tous les événements en lien avec la santé et la maladie (épisodes de maladies physiques ou mentales); alimentation; habitudes de vie incluant tabagisme, toxicomanie.
Liens sociaux	Tous les propos concernant d'autres personnes avec qui elle entretient des liens (Exemple : j'ai des amis, je parle à ma voisine...)
Caractéristiques personnelles	Propos qui la caractérisent (Exemple : je suis une personne orgueilleuse).
Parcours résidentiel et caractéristiques du milieu	Endroit(s) où la personne a habité durant les différentes périodes de sa vie; perception des différents endroits (caractéristiques, signification dans le parcours personnel, etc.); événements en lien avec milieu particulier; raisons mentionnées pour expliquer la mobilité; sentiment d'appartenance ou non; tous les propos concernant l'habitation et le milieu de vie.

vie (dimensions famille, parcours scolaire, conjugal et parental, professionnel) au cours de laquelle elles et ils ont été en interaction avec des ressources (sociales, sanitaires). Ces trajectoires s'inscrivent dans des milieux résidentiels, dans des milieux de vie. Il fallait donc retracer les différents événements survenus au cours de la vie ainsi que les épisodes en lien avec la santé, en laissant les sujets libres de traiter de ceux qu'ils considéraient significatifs et de proposer leurs hypothèses sur les liens entre leurs différentes expériences psychologiques sociales et sanitaires. En fonction des objectifs poursuivis, avoir accès à cette interprétation de la réalité de la part des sujets eux-mêmes était nécessaire.

L'étude étant menée dans une perspective d'intervention, il s'agissait de repérer des chaînes de causalité telles que définies par Lang et ses collègues : « Fournir des clés d'interprétation pour la mise en œuvre d'interventions semble pouvoir être au mieux apporté par une réflexion sur la construction des inégalités sociales et de la compréhension de la façon dont les facteurs s'enchaînent et s'articulent au cours de la vie. »^{10, p.431}

La collecte et l'analyse

Pour obtenir l'information sur les parcours de vie, deux échantillons correspondant aux deux sous-populations (hommes et responsables de familles monoparentales) ont été constitués à partir de l'enquête téléphonique au cours de laquelle l'accord des sujets a été sollicité pour une entrevue individuelle ultérieure. À partir de ceux qui avaient donné leur accord, des échantillons de type exemplaire ont été construits. Un échantillon exemplaire doit donner accès aux différents types de situation et d'expériences que vivent les membres de la population visée. Ce faisant, il devient alors possible, non pas de généraliser statistiquement les résultats obtenus, mais d'en tirer des informations qui permettent une certaine généralisation théorique. Celle-ci aide à améliorer la compréhension de la construction d'expériences et de situations observées et de formuler des hypothèses sur les liens ou relations existant entre certaines conditions et variables.

Les personnes retenues ont été contactées par téléphone et rencontrées dans le lieu de leur choix (généralement leur domicile) : 24 hommes et 24 responsables de familles monoparentales (dont 2 hommes) ont ainsi été interviewés entre juin 2008 et février 2009. Les entrevues étaient enregistrées. Des 24 hommes, 23 ont été ren-

contrés par le même intervieweur et 2 intervieweuses se sont partagé les rencontres avec les 22 femmes responsables de familles monoparentales alors qu'un intervieweur a rencontré les deux responsables masculins. Pour recueillir la trajectoire de vie, l'entrevue était amorcée par une question les invitant à raconter leur histoire personnelle, dans le cas des hommes, et leur histoire personnelle ainsi que celle de leur famille, dans le cas des responsables de familles monoparentales.

Les entrevues ont été transcrites verbatim et leur analyse a été réalisée en trois étapes. La première consistait à en faire une analyse globale pour dégager une synthèse. Dans la seconde, un découpage selon une grille représentant les différentes composantes du parcours était complété (puis validé). Enfin, dans une troisième, une mise en commun a permis d'une part, de faire ressortir les singularités dans les parcours et, d'autre part, quelques récurrences que l'on peut considérer significatives dans la perspective de compréhension des composantes des parcours de vie, qui agissent de façon déterminante sur son déroulement. C'est sur la base de ces composantes communes qu'il devient possible de proposer des lieux d'intervention. Cette façon de faire illustre bien le temps requis pour réaliser ce type de démarche. Plusieurs journées de rencontre ont été nécessaires pour la mise en commun.

Au cœur de cette démarche, on retrouve la grille du parcours de vie. Cette grille est originale et a été élaborée par l'équipe de recherche (voir Tableau 1).

En effet, l'analyse des parcours de vie peut être réalisée de différentes façons. Dans le cas de la présente étude, le regroupement des propos à l'intérieur de catégories représentant différents parcours, composant le parcours général, permettait non seulement de repérer les moments clés dans l'évolution de la situation des sujets mais aussi, dans une perspective d'action, de le faire en tenant compte des champs d'intervention psychosociale : petite enfance, milieu scolaire, soutien aux familles, soutien aux couples, milieu de travail, milieu de vie, etc. En horizontale, le découpage a été fait selon des tranches de vie : événements qui sont rapportés et qui ont eu lieu avant la naissance, puis pendant l'enfance (13 premières années) et l'adolescence (de 14 à 19 ans), suivis de tranches de 10 ans. À la verticale, la grille couvrait les composantes suivantes : parcours famille, de maternité/paternité, conjugal, scolaire, travail, santé, liens sociaux, caractéristiques personnelles, résidentiel et

enfin, rapports avec les ressources (voir Tableau 2). En procédant ainsi, il devenait possible de repérer la chronologie et la conjugaison des événements rapportés par les personnes interviewées.

Une fois les grilles complétées, nous avons regroupé les sujets sur la base de notre appréciation de leur résilience dans le contexte d'un travail analytique collectif. Cette façon de faire, une innovation méthodologique, devait nous permettre de répondre à notre deuxième question de recherche. À partir de l'analyse de chacun des parcours de vie, les chercheurs dégagèrent un consensus sur la résilience des personnes interviewées. Nous avons utilisé le concept de résilience tel que défini par Cyrulnik : « la capacité d'affronter avec succès les risques et les déboires sérieux de l'existence. Il s'agit d'une combinaison de force intérieure, d'appui de l'extérieur et d'apprentissage à partir de l'expérience acquise. »^{11, p.23} Nous avons défini la résilience comme un processus et non comme un état. Sur la base des récits des participantes et participants, il s'agissait donc de repérer celles et ceux qui, malgré les difficultés encourues (l'adversité) manifestaient de l'autonomie, arrivaient à développer et à entretenir des liens sociaux et à avoir des perspectives. Dans le cas des autres, pour les qualifier de non-résilients, il nous fallait estimer que leurs propos témoignaient d'une incapacité à être autonomes, à entretenir des relations sociales et à avoir un ou des projets. Cet exercice n'en était pas un d'évaluation des capacités psychologiques ou sociales des participantes et participants, mais plutôt du processus qui les avait menés là où ils se situaient au moment de l'entrevue. Il faut souligner que les personnes interviewées dans plusieurs cas se qualifiaient elles-mêmes en décrivant leurs expériences comme l'expression de résistance ou au contraire comme une incapacité à surmonter un ou des obstacles.

En procédant ainsi, il est devenu possible de repérer quels éléments dans les parcours de vie favorisaient la résilience et quels éléments au contraire apparaissaient comme affectant la capacité de rebondir ou de se sortir de difficultés encourues. Voici quelques exemples des récurrences observées, soit des expériences rapportées par les participantes et participants qui ressortent comme des facteurs positifs ou négatifs dans la construction de leur histoire personnelle.

RÉSULTATS

Les hommes, comme les femmes responsables de familles monoparentales, qui pouvaient être considérés comme non résilients avaient eu dans l'enfance des expériences familiales difficiles : problèmes de santé mentale chez les parents, toxicomanie, etc. Pour les autres, qui avaient pu aussi vivre des problèmes au sein de leurs familles, le développement de la résilience s'était révélé en lien avec celui d'une figure d'attachement, celle-ci n'étant pas nécessairement parentale.

Les hommes dits résilients avaient eu un parcours scolaire négatif, alors que les résilients en avaient eu un sans histoire même s'ils n'avaient pas nécessairement aimé l'école ou performé dans leurs études. Les expériences négatives tenaient notamment à des échecs dans un contexte d'absence de stimulation parentale et familiale, à de la violence, de l'intimidation et de la discrimination.

Quant aux ressources, dans le cas de ceux considérés non résilients, leur utilisation (notamment en santé mentale) avait été difficile et sans continuité, les participants décrivant comment ils ont pu se sentir incompris ou non respectés. Lorsqu'il y avait résilience, les sujets rapportaient une rencontre avec un profes-

sionnel qui a su écouter ou donner confiance au moment où ils en avaient besoin.

Chez les femmes responsables de familles monoparentales, la précocité de la première maternité et le changement de conjoints se révélaient des expériences influençant l'absence de résilience, comparativement aux autres femmes qui rencontraient des difficultés comparables, tels des problèmes de santé chez un enfant. À l'instar de ce qu'avaient rapporté les hommes, les femmes considérées non résilients auraient eu des rapports difficiles avec les ressources sanitaires et sociales. Elles nous ont expliqué pourquoi, c'est-à-dire comment elles ne se sont pas, elles non plus, senties respectées. De leur côté, les femmes qui s'en sortaient ont relaté qu'elles ont pu bénéficier d'un réel soutien (marques de confiance notamment).

Il faut souligner ici que l'absence estimée de résilience chez les mères se traduisait, dans tous les cas, par des problèmes de développement chez les enfants, confirmant la pertinence de développer des interventions stratégiques pour contrer la chronicité de la défavorisation. Le discours de ces femmes est instructif en ce sens. Celles-ci peuvent, sur la base de leur expérience, transmettre une information qui ne peut être obtenue de façon dite objective par une étude des services disponibles ni une de leur utilisation.

Notons enfin que nos informations sur le parcours résidentiel ont été révélatrices du rôle déterminant de l'habitation dans la trajectoire de vie. L'accès à un logement décent est ressorti clairement des propos des personnes interviewées (hommes et responsables de familles) comme un facteur dans la construction de la résilience par le biais du sentiment de dignité, bien au-delà de celui de la stabilité. Avoir un logement décent, même s'il est subventionné, redonne confiance et contre le sentiment d'échec.

En quoi ces informations peuvent-elles être utiles? Malgré les limites d'une telle approche méthodologique et, dans le cas de notre recherche, de celles de la taille de nos échantillons, les informations transmises par les participantes et participants présentent des avantages significatifs. D'une part, elles sont collées à la réalité vécue et ce faisant révèle des liens entre les expériences, liens qui ne peuvent être établis facilement si ce n'est par les acteurs eux-mêmes. D'autre part, elles illustrent ce que vivent et ressentent les personnes dans des situations de défavorisation.

L'utilisation d'une grille détaillant les différents parcours, tout en inscrivant chacun d'entre eux dans le temps et dans le contexte des autres dimensions à considérer, facilite le repérage des lieux et des moments d'intervention à privilégier à l'intérieur des parcours. Elle permet aussi de voir, sur le plan chronologique, non seulement l'évolution de la personne dans le temps mais aussi les liens entre les expériences découlant d'une conjugaison des parcours (par exemple travail/résidence, paternité ou maternité/vie conjugale/travail, etc.).

Lorsque les informations transmises aux décideurs et intervenants sont illustrées par le verbatim de témoignages recueillis auprès des participantes et participants, elles peuvent faciliter leur compréhension des réalités telles que vécues par les personnes visées par leurs politiques et actions. Les intervenantes et intervenants terrains, de même que les responsables de l'élaboration de politiques ont en effet besoin de comprendre ce que vivent les personnes concernées par leurs travaux pour mieux répondre à leurs besoins.

CONCLUSION

Les limites méthodologiques de notre démarche ne nous permettent pas de généraliser les expériences vécues par nos participantes

et participants, mais sur le plan théorique, nos résultats favorisent la compréhension de comment celles-ci peuvent s'imbriquer.

Il faut également noter que nos travaux font écho à d'autres démontrant, par exemple, l'importance de figures d'attachement¹²⁻¹⁶, de l'enfance et l'école^{17,18} ainsi que du logement¹⁹⁻²² dans le développement des capacités de résilience. Ils le font avec des illustrations du vécu et du ressenti des personnes concernées.

La grille chronologique, décomposée en parcours thématiques, nous a permis de cerner les expériences et les lieux déterminants dans les cheminements des personnes rencontrées. Cela nous amène à affirmer que l'utilisation de l'approche selon le parcours de vie et de nos outils, à plus grande échelle, faciliterait le repérage des lieux d'intervention qui pourraient se révéler particulièrement efficaces.

Nous avons aussi innové en menant une analyse des trajectoires individuelles dans le but de distinguer celles qui traduisaient une capacité de résilience de celles qui au contraire ne le faisaient pas. En procédant ainsi, il nous a été possible de mieux comprendre pourquoi et quand certaines expériences rendent plus difficile (ou plus facile) de s'en sortir une fois adulte.

Dans un tel contexte, la transmission des résultats doit, elle aussi, être qualitative. L'utilisation du matériel recueilli, pour illustrer les difficultés (ou au contraire les succès) encourues par la population à l'étude, peut être particulièrement fructueuse. Cela signifie qu'il faut avoir pour objectif de diffusion d'améliorer la compréhension des expériences, plus que de simplement démontrer la fréquence d'événements. C'est dans cet esprit que, suite à nos travaux, nous avons transmis nos résultats à des responsables de l'élaboration de programmes et politiques sociales.

Les décideurs et les responsables de l'élaboration de politiques, tout comme les intervenants terrains sont plus efficaces lorsqu'ils saisissent le sens des expériences sur lesquelles ils tentent d'agir. Qu'il s'agisse des expériences des garçons à l'école, des jeunes filles provenant de milieux dysfonctionnels, des hommes se retrouvant sans emploi et démunis, les interventions visant à contrer la défavorisation et ses effets délétères doivent agir sur ses composantes déterminantes. L'expérience vécue est certes le critère le plus solide pour les repérer.

Des démarches telles la nôtre apportent donc une base solide au développement d'autres recherches qui, en validant auprès d'une population large, les éléments dégagés, en estiment l'importance. Les analyses et évaluations dont l'intention est de documenter l'action des déterminants de la santé, selon une approche populationnelle, ont tout à gagner des résultats de recherches approfondies auprès d'échantillons exemplaires de personnes visées, les mieux placées pour décrire comment et pourquoi elles s'en sortent ou n'arrivent pas à s'en sortir.

RÉFÉRENCES

1. Bessin M. Parcours de vie et temporalités biographiques: quelques éléments de problématique. *Informations sociales* 2009;6(156):12-21.
2. Graham H. Building an interdisciplinary science of health inequalities: The example of lifecourse research. *Soc Sci Med* 2002;55(11):2005-16.
3. Davey Smith G (Ed.). *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*. Bristol, UK: Policy Press, 2003.
4. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(10):693-700.
5. Bernard P, Beach C, Bélanger P, Charbonneau J, LeBourdais C, Livingstone D, et al. Capturing the lifecourse: The contribution of a Panel Study of Lifecourse Dynamics (PSLD) to public policy analysis in Canada. Montreal, QC: Conference on Longitudinal Social and Health Surveys in an International Perspective. January 25-27, 2006.

6. Reading J. Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones: Approche fondée sur les parcours de vie. Ottawa, ON: Sous-comité sénatorial sur la santé de la population, 2009.
7. Estey EA, Kmetz AM, Reading J. Innovative approaches in public health research: Applying life course epidemiology to Aboriginal health research. *Can J Public Health* 2007;98(6):444-46.
8. De Koninck M, Pampalon R, Paquet G, Clément M, Hamelin A-M, Disant M-J, et al. Santé : Pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent. Québec, QC : Institut national de santé publique du Québec, 2008.
9. De Koninck M, Paquet G. La pauvreté et l'exclusion sociale, leur genèse et leur réduction: le rôle déterminant des milieux de vie. Département de médecine sociale et préventive, Université Laval; Institut national de santé publique du Québec, 2007.
10. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inégalités sociales de santé: du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Rev Epidemiologie Santé Publique* 2009;57(6):429-35.
11. Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. Paris, France : Odile Jacob, 1999.
12. Long J, Vaillant G. Escape from the underclass. In : Dugan TF, Coles R (Eds.), *The Child in Our Times. Studies in the Development of Resiliency*. New York, NY: Guilford Press, 1989;200-13.
13. Luthar S, Zelazo L. Research on resilience: An integrative review. In: Luthar S (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. New York: Cambridge University Press, 1994;510-49.
14. Rutter M. Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical finding, and policy implications. In: Shonkoff J, Meisels S (Ed.), *Handbook of Early Childhood Intervention*, 2nd ed. New York: Cambridge University Press, 2000;651-81.
15. Masten AS. Ordinary magic: Resilience process in development. *Am Psychologist* 2001;56(3):227-38.
16. Luthar S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen DJ (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation*. New York: Wiley, 2006.
17. Tousignant M. De l'adversité à la résilience : la part du milieu, la part de l'enfant. *P.R.I.S.M.E* 1999;29:122-35.
18. Royer É. *Leçons d'éléphants. Pour la réussite des garçons à l'école*. Québec: École et comportement, 2010.
19. Halpern D. *Mental Health and the Built Environment: More Than Bricks and Mortar?* London, UK: Taylor & Francis, 1995.
20. Morin P, Robert D, Dorvil H. Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles. *Nouvelles pratiques sociales* 2001;14(2):88-105.
21. Lawrence RJ. Housing and health promotion: Moving forward. *Int J Public Health* 2010;55(3):145-46.
22. Howden-Chapman P. Housing and inequalities in health. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(9):645-46.

Reçu : 28 septembre 2012

Accepté : 24 janvier 2013

ABSTRACT

OBJECTIVES: Adopting a lifecourse perspective is more and more frequent in the health inequalities research field. This article describes such an approach, as applied in a study on poverty and social exclusion.

METHODS: In this study, life histories were collected through open interviews and focused on the meaning of lived experiences. An original analysis table was used, in which words are grouped within categories identifying the different components of a lifecourse.

RESULTS: Whether it refers to experiences lived in childhood or adulthood, the life history enables the placing of these within the individual's lifecourse. The horizontal analysis of different individual stories makes it possible to identify experiences that have harmful, or conversely, beneficial effects. When transferring results, reporting the experiences lived by the populations using the same words they did to describe them can help those responsible for program development or implementation understand the genesis of social health inequities.

CONCLUSION: The analysis of life histories, based on the different components of a lifecourse, allows the identification of key moments in the interviewees' life evolution and, in an action perspective, to do so while taking health and social intervention fields into account. Such results make it easier to design actions to counter social health inequities – and above all their chronic nature – that are suited to the realities encountered.

KEY WORDS: Social health inequities; qualitative research; life histories; lifecourse