



HAL
open science

Mobilité quotidienne et inégalités sociales de santé - cadre conceptuel et application

Martine Shareck

► **To cite this version:**

Martine Shareck. Mobilité quotidienne et inégalités sociales de santé - cadre conceptuel et application. Julie Vallée. Mobilité quotidienne et santé, ISTE Group, pp.87-116, 2023, Encyclopédie des Sciences - Domaine Géographie et Démographie (Géographie des réseaux d'infrastructure et des mobilités), 9781789481099. 10.51926/iste.9109.ch3 . hal-04184059

HAL Id: hal-04184059

<https://hal.science/hal-04184059v1>

Submitted on 21 Aug 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

3

Mobilité quotidienne et inégalités sociales de santé : cadre conceptuel et application

Martine Shareck

Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

3.1. Introduction

Les chercheurs qui étudient l'effet de l'environnement sur la santé s'intéressent de plus en plus à la mobilité quotidienne et à l'espace d'activité (Basta *et al.* 2010 ; Inagami *et al.* 2007 ; Kestens *et al.* 2012 ; Mason et Korpela 2009 ; Perchoux *et al.* 2016 ; Shareck *et al.* 2015 ; Zenk *et al.* 2011), défini comme « le sous-ensemble des lieux avec lesquels une personne entre en contact direct au cours de ses activités quotidiennes » (Golledge et Stimson 1997, p. 279). En effet, vers le début des années 2000, des critiques ont été soulevées quant à l'accent jusqu'alors mis presque exclusivement sur le quartier de résidence comme milieu de vie le plus pertinent à étudier en lien avec la santé et les inégalités sociales de santé. Ces critiques

s'inséraient dans le tournant de la mobilité (*mobility turn*) observé en sciences sociales (Sheller et Urry 2006) et se sont manifestées par des appels à adopter une approche relationnelle des lieux (*relational approach to place*) (Cummins *et al.* 2007), à développer des mesures d'expositions environnementales plus personnalisées (Kwan 2009) et à surmonter le « piège local » (Cummins 2007) ou « piège résidentiel » (Chaix *et al.* 2009). Depuis, bien que des études se soient penchées sur la relation entre la mobilité quotidienne, l'environnement et la *santé*, peu d'entre elles ont porté sur les *inégalités sociales de santé*, c'est-à-dire les écarts dans la santé entre différents groupes sociaux. Il en est ainsi bien que, comme l'ont fait remarquer plusieurs auteurs, la mobilité quotidienne est un moteur central de stratification sociale et d'inégalité (Jiron 2007 ; Kaufmann *et al.* 2004 ; Manderscheid 2009).

De nombreuses études ont effectivement démontré que des inégalités sociales dans les caractéristiques du quartier de résidence – définies comme les attributs physiques (par exemple espaces verts, commerces alimentaires, services de santé, pollution atmosphérique) et sociaux (par exemple niveau de défavorisation, cohésion sociale, taux de criminalité) des quartiers – pouvaient se traduire par des inégalités en matière de santé (Kawachi et Berkman 2003 ; Riva *et al.* 2007). Considérant cela, il est également plausible que des inégalités dans les expositions vécues lors des déplacements et activités quotidiennes puissent influencer les inégalités sociales de santé. En effet d'une part, les équipements, services et caractéristiques de l'environnement qui soutiennent l'inclusion sociale et façonnent la santé sont inégalement répartis dans l'espace (Golledge et Stimson 1997). D'autre part, les endroits que différents groupes sociaux fréquentent au cours de leurs activités quotidiennes peuvent être limités en raison de la structure sociale, y compris les relations de classe et de pouvoir (Gatrell 2002 ; Hägerstrand 1970). Il apparaît donc pertinent et important de tenir compte de la mobilité quotidienne dans les travaux sur les inégalités sociales de santé.

En ce sens, nous présentons dans ce chapitre un cadre conceptuel qui permet de réfléchir aux liens entre les inégalités sociales dans la mobilité quotidienne et les inégalités sociales de santé (Shareck *et al.* 2014a). Nous définissons les inégalités sociales de santé à la section 3.2. Nous présentons ensuite le cadre conceptuel (section 3.3), développé en nous appuyant sur des données empiriques décrivant les inégalités sociales dans deux dimensions de la mobilité quotidienne :

- le fait de se déplacer ou non ;
- les caractéristiques des lieux visités et des équipements et services rencontrés au cours des déplacements et des activités quotidiennes.

À la section 3.3.4, nous décrivons les mécanismes par lesquels des inégalités sociales dans la mobilité quotidienne peuvent contribuer à des inégalités sociales de santé. Nous appliquons ensuite le cadre conceptuel à un enjeu contemporain, celui de la pandémie de Covid-19 (section 3.4), afin d'illustrer la façon dont la mobilité et les lieux d'activités de différents groupes plus ou moins marginalisés peuvent les soumettre à un risque particulièrement élevé de contracter la maladie ou de souffrir des impacts psychosociaux et collatéraux de la pandémie. Nous concluons à la section 3.5 en discutant brièvement de quelques implications pratiques du cadre conceptuel pour la création de villes saines et équitables.

3.2. Les inégalités sociales de santé : définition, ampleur et progression

On définit les inégalités sociales de santé comme des écarts systématiques dans les états ou comportements de santé de groupes occupant des positions inégales dans la hiérarchie sociale à cause de leur richesse, leur pouvoir, leur race ou toute autre dimension de la domination ou de la marginalisation (Braveman 2006). Les variables de stratification sociale qui façonnent la distribution inégale de la maladie et de la santé à travers la population incluent notamment le revenu, l'éducation, les conditions d'emploi et de logement, ainsi que l'appartenance à des groupes sujets aux discriminations en lien avec leur appartenance ethnoculturelle, leur genre ou leur handicap physique (Frohlich et De Koninck 2008 ; Organisation mondiale de la santé 2008).

Le portrait des inégalités sociales de santé varie en fonction des indicateurs de santé et sociaux choisis, entre les villes, les régions et les pays, et à travers le temps. Il n'est donc pas question ici de produire un portrait complet des inégalités sociales de santé. Toutefois, il est pertinent de noter que des inégalités sociales ont été documentées pour une panoplie d'indicateurs de santé comme l'espérance de vie, la morbidité et la mortalité, la santé physique et mentale perçue, le bien-être, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique, l'alimentation et le recours aux soins et services de santé (Frohlich et De Koninck 2008).

De manière générale, la santé de la population a eu tendance à s'améliorer au cours des dernières décennies, autant chez les groupes favorisés que chez les groupes moins favorisés (Frohlich et De Koninck 2008). La tendance à la hausse en ce qui concerne l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé a toutefois été freinée par la Covid-19 dans plusieurs pays du monde (Andrasfay et Goldman 2021 ; Woolf *et al.* 2021).

Pour leur part, les inégalités sociales de santé ont eu tendance à se creuser, la santé des groupes plus favorisés s'améliorant de manière plus marquée que celles des

groupes moins favorisés (Frohlich et De Koninck 2008 ; Marmot *et al.* 2020a), et ce de manière plus prononcée depuis le début de la pandémie en 2020 (Marmot *et al.* 2020b). Sachant cela, il s'avère d'autant plus pertinent de mieux comprendre comment nos activités quotidiennes et nos milieux de vie influencent les inégalités sociales de santé dans l'optique de mettre en place des interventions et politiques pour les réduire.

3.3. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel s'inspire de la géographie sociale et de la santé, de la promotion de la santé, de la sociologie, des études urbaines et de la recherche dans le domaine des transports. De manière générale, un cadre conceptuel s'avère essentiel pour tester des hypothèses de recherche développées *a priori* et prévenir la théorisation *post hoc* des liens causaux. Cela évite ainsi de (sur)interpréter des résultats empiriques en se basant sur des présuppositions, facilite la réplication d'études dans des contextes divers et contribue à la création d'un corpus de connaissances rigoureux et unifié (Frohlich *et al.* 2004). En ce qui concerne la thématique centrale de ce chapitre, ce cadre conceptuel permet d'analyser et de comprendre de manière systématique, complète et nuancée les liens entre la mobilité quotidienne et les inégalités sociales de santé.

Brièvement, nous conceptualisons les liens entre la mobilité quotidienne et les inégalités sociales de santé comme étant ancrés dans le concept de « potentiel de mobilité ». Le potentiel de mobilité, défini comme étant la « capacité de se déplacer dans l'espace géographique et social », représente une ressource inégalement répartie entre groupes sociaux (Kaufmann *et al.* 2004, p. 750). Le potentiel de mobilité est converti en « mobilité réalisée », ou ce que nous appelons également les « patrons de mobilité », *via* l'agence individuelle. Plusieurs indicateurs de mobilité réalisée existent, dont deux qui font partie intégrante du cadre conceptuel :

- le fait de se déplacer ou non (c'est-à-dire, l'(im)mobilité) ;
- les expositions contextuelles découlant de cette (im)mobilité.

Des inégalités sociales dans le potentiel de mobilité et dans la mobilité réalisée peuvent ainsi engendrer des inégalités sociales de santé. Les concepts de potentiel de mobilité, d'agence individuelle et de mobilité réalisée peuvent être considérés comme ancrés dans un contexte social (Camarero et Oliva 2008 ; Kaufmann 2011 ; Manderscheid 2014) qui implique des normes et des structures sociales telles que les structures de classe, de genre et de race (Poland *et al.* 2006). Par conséquent, la mobilité quotidienne n'est pas un attribut purement individuel, mais elle relève plutôt

de l'interaction entre un individu et le contexte dans lequel il évolue. Ces concepts, leur opérationnalisation et leurs interrelations sont décrits ci-dessous.

3.3.1. Le potentiel de mobilité quotidienne : une ressource inégalement répartie

Le potentiel de mobilité englobe l'éventail des possibilités de déplacements qui s'offrent aux individus. Peuvent-ils se déplacer ou non ? Si oui, par quel(s) moyen(s) ? Quelles sont les caractéristiques de l'ensemble des lieux, des équipements et des services parmi lesquels ils peuvent choisir d'accéder pour effectuer une activité ou répondre à un besoin donné ? Le concept de potentiel de mobilité a initialement été proposé par Kaufman et coll. (2004) pour conceptualiser le lien entre la mobilité spatiale et les inégalités sociales, par exemple en termes d'accès inégal à des emplois sécuritaires et de qualité en fonction du niveau de pauvreté, du genre ou du handicap physique. Il permet de mieux comprendre les causes sous-jacentes des différences de mobilité quotidienne entre groupes sociaux (Camarero et Oliva 2008). Le potentiel de mobilité fait aussi place à l'individu comme agent de changement, ce qui permet de répondre aux critiques évoquées en introduction, notamment le besoin de faire plus de place à l'individu dans la définition de l'espace qui peut influencer sa santé et dans la mesure d'expositions environnementales qui en découle (Cummins *et al.* 2007 ; Kwan 2009). Les quelques tentatives d'opérationnalisation du potentiel de mobilité se sont généralement limitées à décrire l'accès à différents modes de transport (par exemple à la voiture) et à la capacité physique des individus d'utiliser ces modes de transport pour se déplacer dans l'espace (Flamm et Kaufmann 2006 ; Shin 2011). Peu d'attention a été accordée aux lieux, aux équipements et aux services potentiellement accessibles en étant (im)mobile (Jiron 2007) bien que, comme le soulève (Urry 2007, p. 187) : « les inégalités sociales ne peuvent être réduites simplement en améliorant l'accès aux moyens de transport et de mobilité. Ce qui est en jeu, ce sont les activités, les valeurs et les biens auxquels les mobilités permettent l'accès. »

Le concept de potentiel de mobilité est particulièrement intéressant pour l'étude des inégalités sociales de santé, car il est façonné à la fois par les caractéristiques individuelles de chacun (par exemple préférences, besoins, modes de transport), mais aussi par des caractéristiques sociales (par exemple genre, revenu, niveau d'éducation, appartenance ethnique), ainsi que par les circonstances géographiques dans lesquelles une personne se trouve (par exemple proximité de certains lieux d'activités, équipements et services auxquels elle pourrait vouloir recourir par rapport à son lieu de résidence) (Kaufmann *et al.* 2004 ; Manderscheid 2009). Il est également façonné par des conditions ou « contraintes d'autorité » qui d'après Hägerstrand sont « les règles générales, les lois, les barrières économiques et les rapports de pouvoir qui déterminent qui a ou n'a pas accès à des endroits spécifiques à des moments précis »

(Pred 1977, p. 208). Ces conditions peuvent comprendre des mécanismes de prix et de droits (Bernard *et al.* 2007 ; Golledge et Stimson 1997), ainsi que des normes sociales (Jiron 2007 ; Reynolds 2013 ; Skelton 2013). Fait important à noter, ces caractéristiques individuelles, sociales et géographiques, ainsi que les règles qui régissent l'accès aux lieux, équipements et services, sont considérées comme fondamentalement liées au contexte social plus large, c'est-à-dire aux structures sociales, culturelles, économiques et politiques dans lesquelles la mobilité s'actualise (Kaufmann *et al.* 2004, p. 750). Pour ces raisons, on peut s'attendre à ce qu'il y ait des inégalités dans le potentiel de mobilité et, par conséquent, dans la mobilité réalisée entre groupes sociaux (Kaufmann *et al.* 2018, 2004 ; Manderscheid 2009 ; Weiss 2005).

Par ailleurs, les caractéristiques individuelles, sociales et géographiques, ainsi que les règles d'accès interagissent entre elles pour permettre ou entraver les possibilités de déplacement de certains groupes sociaux. Par exemple, en raison d'une interaction entre le revenu personnel et le prix, certains biens, comme les aliments sains dont le prix est habituellement plus élevé que celui des aliments malsains, sont moins accessibles aux groupes moins fortunés. À cela peut s'ajouter une contrainte additionnelle si le potentiel de mobilité des groupes moins fortunés est limité par le coût qu'engendrerait un déplacement pour accéder à des aliments sains à plus bas prix que ceux disponibles à proximité de leur résidence.

Les droits sociaux et civiques sont un autre type de condition qui détermine l'accès aux services proposés par les institutions formelles (souvent financées par l'État) (Bernard *et al.* 2007). Par exemple, au Québec l'accès aux bibliothèques municipales ou aux services publics de santé ou d'aide à l'emploi peut être réservé à des populations spécifiques en fonction de leur lieu de résidence, leur âge, leur situation d'emploi ou leur revenu. Tel est le cas de certains services de soins de santé de première ligne administrés par le système public qui sont destinés de manière prioritaire aux résidents d'une zone de desserte. De manière similaire, la répartition géographique d'équipements, de services et de caractéristiques de l'environnement physique n'est ni socialement ni politiquement neutre (Harvey 1973 ; Soja 2010). Par exemple, les transports en commun et les pistes cyclables peuvent ne pas être distribués également ni équitablement à travers l'espace (Miciukiewicz et Vigar 2012), bien que cela puisse dépendre de l'aménagement d'une ville donnée (Fuller *et al.* 2013). Un autre exemple concerne des adolescents de milieux moins nantis qui pourraient ne pas fréquenter les installations récréatives ou les écoles renommées situées dans des quartiers aisés en raison de règles non écrites qui signifient qu'ils n'y sont pas bienvenus ou parce qu'ils ne s'y sentent pas « à leur place ». Leur potentiel de mobilité exclurait donc ces équipements et services en raison d'une combinaison

de règles en place (par exemple normes sociales, discrimination) dans les quartiers aisés et du désir des jeunes de s'y sentir à leur place (Skelton 2013).

Ces quelques exemples illustrent comment le potentiel de mobilité dépend de caractéristiques individuelles, sociales, géographiques ainsi que des règles d'accès. Ils démontrent que les lieux, équipements, biens et services favorisant la santé ne sont pas également ni équitablement accessibles à tous. Parce qu'il intègre intrinsèquement l'idée que des facteurs sociaux déterminent l'univers des possibilités de mobilité que l'on peut (ou l'on est contraint de) choisir, le concept de potentiel de mobilité est utile pour reconnaître que des inégalités sociales dans la mobilité existent (Hägerstrand 1970) ainsi que pour mieux comprendre leur impact sur les inégalités sociales de santé.

3.3.2. Convertir le potentiel de mobilité en mobilité réalisée : le rôle de l'agence individuelle

Le potentiel de mobilité est converti en mobilité réalisée par l'intermédiaire de l'agence individuelle (Jiron 2007 ; Kaufmann *et al.* 2004 ; Manderscheid 2009 ; Weiss 2005). Nous définissons l'agence individuelle comme la capacité « d'intervenir dans le monde, ou de s'abstenir d'une telle intervention, avec pour effet d'influencer un processus ou un état des choses précis » (Giddens 1984, p. 14). Tel que mis en avant dans l'approche des capacités de Sen (1999), l'agence individuelle s'exprime dans un contexte social et reflète la capacité d'une personne à choisir parmi l'éventail d'options qui s'offrent à elle pour s'investir dans les activités qu'elle valorise. Dans le cas qui nous concerne, cela se traduit par la capacité d'une personne de choisir parmi les options de mobilité disponibles – y compris l'option de se déplacer ou non, ainsi que l'endroit où aller – et à actualiser ce choix (Kaufmann *et al.* 2004 ; Manderscheid 2009). Par exemple, une personne peut *choisir* de se déplacer hors de son quartier de résidence pour faire des courses dans ses commerces préférés ou elle peut *être contrainte* de se déplacer sur de longues distances pour accéder à des biens et services qui ne sont pas offerts à proximité de sa résidence. À l'inverse, une personne peut choisir de concentrer ses activités à proximité de sa résidence si elle y trouve tout ce dont elle a besoin, ou elle peut être forcée de s'y restreindre si des contraintes physiques ou sociales entravent sa mobilité ou si le mode de transport dont elle aurait besoin pour se déplacer n'est pas disponible.

Il convient de noter que l'agence individuelle est façonnée par des facteurs individuels, sociaux et géographiques ainsi que par des conditions semblables à celles qui influencent le potentiel de mobilité. Cela implique qu'il peut y avoir des différences dans l'agence individuelle entre groupes sociaux. Les liens entre la mobilité quotidienne et les inégalités sociales de santé peuvent donc découler de la

contribution conjointe des inégalités dans l'agence individuelle et dans le potentiel de mobilité plutôt que de l'une ou l'autre de ces explications (Abel et Frohlich 2012). Par exemple, plusieurs raisons pourraient expliquer pourquoi les groupes ayant un faible revenu peuvent se trouver plus à risque d'avoir une alimentation malsaine : leurs moyens économiques limités comparativement au prix plus élevés d'aliments sains (inégalités dans les ressources socio-économiques individuelles), une plus faible disponibilité de commerces de fruits et légumes frais dans leur quartier de résidence et un potentiel de mobilité limité par le coût qu'engendrerait un déplacement pour accéder à des aliments sains à plus bas prix que ceux disponibles à proximité de leur résidence (inégalités en matière de potentiel de mobilité) ainsi qu'une moins grande capacité à transformer leur potentiel de mobilité en tirant avantage d'autres ressources alimentaires (par exemple banques alimentaires) situées dans leur quartier (inégalités en matière d'agence individuelle). En intégrant l'agence individuelle, le cadre conceptuel nous permet d'aller au-delà du déterminisme, tant individuel qu'environnemental, et d'émettre des hypothèses et des explications plus nuancées concernant le lien entre l'environnement et les inégalités sociales de santé.

3.3.3. Mobilité réalisée : les patrons de mobilité quotidienne

En tournant notre attention vers la mobilité réalisée et les patrons de mobilité quotidienne, nous passons de ce que les gens ont le *potentiel de faire* à ce qu'ils *font réellement*. Les patrons de mobilité sont directement liés au potentiel de mobilité : les différences sociales dans la mobilité réalisée reflètent les différences sociales dans les caractéristiques, les circonstances et les conditions qui façonnent le potentiel de mobilité ainsi que les différences sociales dans l'agence individuelle. Nous posons que les patrons de mobilité quotidienne sont structurés par des lieux clés comme le lieu de résidence, de travail ou d'étude (Golledge et Stimson 1997). Ils ont des dimensions spatiales et temporelles et incluent le fait de se déplacer ou non, l'étendue spatiale, le degré de contrainte, de flexibilité et de spontanéité des déplacements, les types d'activités effectuées ainsi que les caractéristiques des lieux où les activités sont menées et les équipements et services rencontrés au cours des déplacements (Ramadier *et al.* 2005). Notre cadre conceptuel met l'accent sur deux dimensions de la mobilité réalisée :

- le fait de se déplacer ou non ;
- les caractéristiques des lieux d'activité et les équipements et services rencontrés au cours des déplacements quotidiens, ce que l'on nomme également « expositions contextuelles ».

En effet, ces deux dimensions de la mobilité quotidienne sont celles qui ont le plus souvent fait l'objet d'études sur les inégalités sociales et de santé.

Par exemple, des études empiriques ont révélé que les groupes à faible revenu avaient plus tendance à se déplacer sur de courtes distances pour effectuer leurs activités quotidiennes comparativement aux groupes à revenu plus élevé (Gough 2008 ; Morency *et al.* 2011 ; Vallée *et al.* 2010), bien que cette observation puisse dépendre de l'aménagement urbain (Schönfelder et Axhausen 2003). Les personnes étudiantes ou celles qui travaillent à plein temps ont pour leur part tendance à parcourir de plus grandes distances quotidiennement comparativement aux autres groupes occupationnels (Morency *et al.* 2011 ; Paez *et al.* 2010), tandis que les travailleurs à temps partiel et les chômeurs sont plus susceptibles de restreindre leurs activités à proximité de leur lieu de résidence (Kwan 2000 ; Vallée *et al.* 2010 ; Zenk *et al.* 2011). Le niveau de scolarité a également été associé aux patrons de mobilité quotidienne, les groupes moins instruits se déplaçant moins que les groupes plus instruits (Golledge et Stimson 1997 ; Shareck *et al.* 2014b ; Vallée *et al.* 2010). Alors que la possession d'un permis de conduire, d'un véhicule personnel, d'un laissez-passer mensuel de transport en commun ou d'un abonnement à l'autopartage favoriserait la mobilité (Casas 2007 ; Frandberg et Vilhelmson 2011 ; Kaufmann *et al.* 2004 ; Morency *et al.* 2011 ; Naess 2006 ; Zenk *et al.* 2011), les dépenses liées aux distances à parcourir pour accéder à certains services pourraient dissuader les gens de le faire (Gough 2008 ; Skelton 2013). Des caractéristiques environnementales du quartier résidentiel comme le niveau de défavorisation (Shareck *et al.* 2014b) ou la densité de destinations ont également été associées à des patrons de mobilité distincts (Kestens *et al.* 2010).

Bien que cette façon d'opérationnaliser la mobilité quotidienne, c'est-à-dire en fonction du fait de se déplacer ou non et des distances parcourues, soit considérée comme essentielle à l'accès au travail, à l'éducation, à la santé et aux loisirs (Miciukiewicz et Vigar 2012), et par conséquent, à l'inclusion sociale (Stanley *et al.* 2011) et au bien-être (Spinney *et al.* 2009), elle n'est guère prise en compte dans la littérature.

Pourtant, ici aussi il s'avère important de tenir compte également des caractéristiques des lieux, des équipements et des services qui sont accessibles lorsque l'on se déplace (ou pas). Des inégalités sociales ont d'ailleurs été documentées à cet égard, notamment en fonction du rôle social d'une personne (par exemple le genre) (Gough 2008 ; Kim et Kwan 2021 ; Kwan 2000 ; Shareck *et al.* 2014b ; Shin 2011), de sa position sociale (par exemple le revenu, la scolarité ou l'occupation) (Christian 2012 ; Kestens *et al.* 2010 ; Kim et Kwan 2021 ; Krivo *et al.* 2013 ; Paez *et al.* 2010, p. 201 ; Shareck *et al.* 2014b) ou de sa relation avec les autres (par exemple le réseau social) (Matthews *et al.* 2005 ; McPherson *et al.* 2001 ; Skelton 2013).

Par exemple, des études américaines et canadiennes ont noté que les personnes ayant un faible niveau de scolarité avaient tendance à mener leurs activités dans des

quartiers plus défavorisés ou plus près de commerces vendant des produits du tabac (Shareck *et al.* 2015, 2018a) comparativement à leurs homologues plus instruits (Krivo *et al.* 2013 ; Shareck *et al.* 2014b). Des études ont également suggéré que les résidents de quartiers défavorisés rencontraient une plus grande densité de petites épiceries (dépanneurs) et de restaurants-minute au cours de leurs déplacements quotidiens comparativement aux résidents de quartiers mieux nantis (Kestens *et al.* 2010). Dans une autre étude, les femmes rencontraient moins d'opportunités d'éducation, d'emploi et de loisirs au cours de leurs déplacements quotidiens que les hommes (Kwan 2000). De manière similaire, une étude du Royaume-Uni a suggéré que les enfants de quartiers plus défavorisés étaient exposés plus souvent et plus longtemps à des commerces vendant des produits du tabac au cours de leurs activités quotidiennes comparativement aux jeunes de quartiers mieux nantis (Caryl *et al.* 2020). Enfin, des études qualitatives ont soulevé que des règles implicites peuvent régir quels groupes sociaux sont les bienvenus (ou non) dans des lieux précis et ont accès (ou non) à certains équipements et services (Reynolds 2013 ; White et Green 2011). Par exemple, dans une étude sur les jeunes de la diaspora africaine vivant dans un quartier défavorisé de Londres, au Royaume-Uni, de nombreux écoliers préféraient fréquenter les écoles situées dans leur quartier, même si elles étaient moins réputées, car ils ne sentaient pas qu'ils appartenaient aux écoles privilégiées situées à l'extérieur de leur quartier (Reynolds 2013). Ces quelques exemples illustrent les écarts sociaux qui peuvent exister dans la qualité des lieux, des équipements et des services rencontrés au cours des déplacements quotidiens.

3.3.4. De la mobilité quotidienne aux inégalités sociales de santé

Notre cadre conceptuel nous permet d'entrevoir différents mécanismes par lesquels des inégalités sociales dans la mobilité quotidienne pourraient mener à des inégalités sociales de santé. Nous les présentons ci-dessous. Selon notre cadre conceptuel le lien entre la mobilité quotidienne et les inégalités sociales de santé dépend de plusieurs facteurs tels que :

- le fait d'être immobile ou non et les caractéristiques de l'espace où cette immobilité se produit ;
- la combinaison des expositions résidentielles et de celles dans l'espace d'activité ;
- les caractéristiques plus ou moins similaires des environnements au sein desquels les déplacements se produisent.

3.3.4.1. *Mobilité quotidienne restreinte au quartier de résidence*

Un premier mécanisme implique une mobilité restreinte au quartier de résidence dont les caractéristiques peuvent influencer directement la santé de manière positive ou négative. Des déplacements quotidiens restreints peuvent effectivement contribuer à l'exclusion sociale en limitant l'accès à des possibilités d'emploi et des services d'éducation, de santé et de loisir de qualité (Preston et Rajé 2007 ; Stanley *et al.* 2011). Cela peut par conséquent influencer la santé en retardant, par exemple, les consultations médicales (Vallée *et al.* 2010). Toutefois, les effets d'une mobilité restreinte sur la santé et les inégalités sociales de santé dépendent grandement des caractéristiques du milieu au sein duquel un individu se trouve confiné. Une mobilité restreinte pourrait nuire à la santé de résidents de quartiers plus défavorisés socialement ou pauvres en ressources promotrices de santé, mais avoir des effets nuls ou positifs sur la santé de résidents de quartiers mieux nantis et mieux desservis en équipements et services favorables à la santé. Cet effet différentiel en fonction des caractéristiques du quartier a été observé dans une étude par Vallée *et al.* (2011) qui ont constaté que parmi les participants qui concentraient leurs activités quotidiennes dans leur quartier de résidence, ceux qui vivaient dans des quartiers aisés avaient une meilleure santé mentale que ceux de quartiers plus défavorisés (Vallée *et al.* 2011). D'autres auteurs ont observé un effet d'interaction entre le niveau socio-économique individuel et celui du quartier, interaction qui faisait en sorte que le fait de résider dans un quartier nanti alors que l'on est soi-même défavorisé serait néfaste pour la création et le maintien d'un réseau social et du bien-être, alors que le fait de résider dans un quartier moins nanti en étant soi-même favorisé favoriserait la création de liens sociaux et le bien-être (Browne-Yung *et al.* 2013).

Le fait qu'une mobilité restreinte soit *contrainte* ou *choisie* peut aussi avoir un impact différentiel sur la santé. En effet, le fait d'habiter un quartier où l'on retrouve toutes les ressources et les services dont on a besoin pour fonctionner au quotidien réduit le besoin de se déplacer. Dans ce cas, un individu peut choisir de limiter sa mobilité, et le simple fait d'avoir le choix peut être bénéfique pour sa santé. D'autre part, le fait d'être confiné à un quartier malgré le désir de se déplacer pourrait nuire à la santé, et ce, peu importe les caractéristiques du quartier. C'est ici qu'entre en ligne de compte l'agence individuelle qui permet de convertir le potentiel de mobilité en mobilité réalisée (voir section 3.3.2). Lorsque l'on s'intéresse aux liens entre la mobilité quotidienne et les inégalités sociales de santé, il est effectivement essentiel de s'attarder non seulement aux caractéristiques des endroits où la mobilité restreinte a lieu, mais aussi de comprendre pourquoi certains groupes ont une mobilité plus restreinte que d'autres, notamment si cela découle d'un choix ou d'une contrainte.

3.3.4.2. *Mobilité quotidienne au-delà du quartier résidentiel*

Une mobilité quotidienne restreinte au quartier de résidence a généralement été associée à l'exclusion sociale et à des effets néfastes sur la santé, bien que le paragraphe précédent suggère que cette hypothèse mériterait d'être nuancée. De manière similaire, certains auteurs proposent que son corollaire, soit une mobilité importante et étendue peu importe la destination, augmenterait l'accès aux équipements et services, favorisant ainsi l'inclusion sociale et la santé (Allen et Hollingworth 2013 ; Stanley *et al.* 2011). Par exemple, dans une étude australienne, une mobilité importante, exprimée par le nombre de déplacements et d'activités effectués sur une période donnée, était associée à une réduction du risque d'exclusion sociale, mesurée par un indice combinant le revenu du ménage, le statut d'emploi, la participation sociale et le soutien social, et conséquemment, à une amélioration du bien-être (Stanley *et al.* 2011).

Plusieurs auteurs soulèvent toutefois que la mobilité en soi n'équivaut pas nécessairement à l'inclusion sociale et à la santé (Cass *et al.* 2005). Le temps consacré aux déplacements quotidiens peut en fait réduire le temps disponible pour s'investir dans d'autres activités bénéfiques pour la santé comme les loisirs ou pour accéder à des équipements et services de qualité, qu'ils soient offerts localement ou non (Jiron 2007).

Une mobilité importante n'est effectivement pas toujours un signe de richesse ou de privilège, mais elle illustre parfois une nécessité (Delbosc et Currie 2011). Par exemple, les résidents de quartiers dépourvus de commerces d'alimentation saine ou d'installations récréatives peuvent être obligés de parcourir de longues distances pour accéder à ces ressources considérées comme promotrices de santé.

De manière similaire, dans une étude qualitative sur les mobilités quotidiennes de résidents de Santiago du Chili, Jiron (2007) a noté que le temps de déplacement quotidien lié au travail variait considérablement d'un groupe social à l'autre, notamment en fonction des moyens de transport utilisés. Les auteurs ont pu distinguer deux groupes de travailleurs : ceux qui avaient de bons revenus mais très peu de temps libre (les *cash rich-time poor*) et qui privilégiaient alors la voiture pour se rendre au travail ; et ceux qui avaient de faibles revenus mais plus de temps à consacrer aux déplacements (les *cash poor-time rich*) et qui se déplaçaient en transport en commun. Cet exemple illustre comment différents groupes sociaux peuvent avoir des mobilités différentes en fonction de leur potentiel de mobilité, ainsi que de leur agence individuelle et leur capacité à transformer ce potentiel en patrons de mobilité distincts. Toutefois, dans ces deux groupes, la nécessité de se déplacer pour le travail s'avérait aussi stressante et nuisible à la santé et au bien-être (Jiron 2007).

Les exemples présentés dans cette section suggèrent donc que la mobilité en soi peut avoir des impacts autant négatifs que positifs sur la santé, impacts qui dépendent d'un éventail de circonstances.

3.3.4.3. *Caractéristiques de l'espace d'activité*

Un autre mécanisme reliant la mobilité quotidienne aux inégalités sociales de santé concerne les caractéristiques des lieux visités et des équipements et services rencontrés au cours des déplacements quotidiens. Nous abordons en premier lieu les liens potentiels entre les expositions dans l'espace d'activité pris dans sa globalité et les inégalités sociales de santé. À la section 3.4.4, nous discutons de l'influence que peuvent avoir les caractéristiques de l'espace d'activité non résidentiel relativement à celles du quartier de résidence.

Des études portant sur la santé et les caractéristiques, équipements et services mesurés dans l'espace d'activité se sont majoritairement intéressés à des caractéristiques telles que le niveau de défavorisation (Inagami *et al.* 2007 ; Kimbro *et al.* 2017 ; Sharp *et al.* 2015), le paysage alimentaire (Burgoine *et al.* 2016 ; Christian 2012 ; Clary *et al.* 2015 ; Kestens *et al.* 2012 ; Lebel *et al.* 2012 ; Shareck *et al.* 2018b ; Zenk *et al.* 2011), les espaces verts (Bell *et al.* 2015 ; Rodriguez *et al.* 2012 ; Zenk *et al.* 2011) et les commerces vendant des produits du tabac (Kirchner *et al.* 2013 ; Lipperman-Kreda *et al.* 2015 ; Shareck *et al.* 2018a, 2015 ; Shortt *et al.* 2014) ou des boissons alcoolisées (Freisthler *et al.* 2019 ; Morrison *et al.* 2019). Ces caractéristiques ont été étudiées en lien avec des états ou comportements de santé comme la santé perçue (Inagami *et al.* 2007 ; Kimbro *et al.* 2017 ; Sharp *et al.* 2015), l'indice de masse corporelle (Burgoine *et al.* 2016 ; Christian 2012 ; Kestens *et al.* 2012 ; Kimbro *et al.* 2017 ; Lebel *et al.* 2012), le diabète (Sharp et Kimbro 2021), l'alimentation (Christian 2012 ; Shareck *et al.* 2018b ; Zenk *et al.* 2011), l'activité physique (Rodriguez *et al.* 2012 ; Zenk *et al.* 2011), les pratiques tabagiques (Kirchner *et al.* 2013 ; Shareck *et al.* 2018a, 2015 ; Shortt *et al.* 2014) et la consommation d'alcool (Freisthler *et al.* 2019 ; Morrison *et al.* 2019).

La majorité de ces études ne portaient pas spécifiquement sur les inégalités sociales en matière de comportements et d'états de santé. Néanmoins, on peut supposer que si certains groupes sociaux sont exclus de secteurs d'une ville ou d'environnements offrant un certain type ou une certaine qualité de ressources (Krivo *et al.* 2013 ; Reynolds 2013 ; Shareck *et al.* 2014b), des inégalités sociales dans les expositions mesurées dans l'espace d'activité pourraient en résulter et celles-ci pourraient, par conséquent, contribuer aux écarts de santé. Par exemple, dans une étude portant sur les jeunes adultes de Montréal (Canada), Shareck *et al.* (2018) ont rapporté que les jeunes moins éduqués résidaient et fréquentaient des lieux d'activité situés plus près de commerces vendant des produits du tabac comparativement à leurs

homologues plus éduqués. Ils étaient également plus à risque d'être fumeurs et moins enclins à cesser la cigarette, ce qui pouvait en partie s'expliquer en raison de leur exposition quotidienne plus importante aux commerces vendant des produits du tabac (Shareck *et al.* 2018a, 2015). De manière similaire, Burgoine *et al.* (2016) ont observé que les groupes à faible revenu étaient exposés à un plus grand nombre de restaurants-minute dans leur espace d'activité défini comme la combinaison du quartier de résidence et de travail, et que cela contribuait aux inégalités sociales dans le risque d'être obèse (Burgoine *et al.* 2016).

3.3.4.4. *Caractéristiques de l'espace d'activité relativement à celles du quartier de résidence*

L'effet des caractéristiques de l'espace d'activité sur les inégalités sociales de santé peut également dépendre de la différence relative entre celles-ci et celles du quartier de résidence, plutôt que de l'un ou l'autre de ces contextes considérés de manière indépendante (Inagami *et al.* 2007 ; Kimbro *et al.* 2017 ; Sharp *et al.* 2015 ; Sharp et Kimbro 2021) – voir chapitre 2. Par exemple, deux études américaines ont observé que les gens avaient tendance à rapporter une moins bonne santé perçue lorsqu'ils fréquentaient des quartiers dont le niveau de défavorisation socio-économique était différent de celui de leur quartier de résidence. Notamment, les résidents de quartiers défavorisés qui travaillaient, étudiaient ou passaient du temps dans des quartiers plus nantis rapportaient une moins bonne santé perçue comparativement à ceux qui passaient du temps dans des quartiers aussi défavorisés que le leur (Inagami *et al.* 2007 ; Sharp *et al.* 2015). On peut dresser un parallèle avec une étude démontrant que des résidents eux-mêmes défavorisés socialement qui habitent des quartiers aisés peuvent souffrir d'une stigmatisation internalisée associée au fait de se sentir exclus des équipements et services offerts localement (Browne-Yung *et al.* 2013). De manière similaire, les conditions du quartier de résidence et de l'espace d'activité non résidentiel peuvent exercer un effet compensatoire sur des états de santé comme le risque de diabète. Par exemple, le fait de résider dans un quartier défavorisé, qui est associé, dans certaines études, au risque de souffrir de diabète, peut être compensé par la fréquentation de lieux d'activité bien pourvus en équipements et services favorisant de saines habitudes de vie comme les parcs et autres ressources de loisir ou les commerces d'alimentation saine (Sharp et Kimbro 2021).

Les quelques exemples présentés dans la section 3.3 démontrent que les cas de figure découlant des quatre mécanismes discutés sont nombreux, mais l'on peut en tirer un constat : les liens entre la mobilité quotidienne et les inégalités sociales de santé sont complexes et plus nuancés que l'on ne pourrait le croire. Il s'avère donc important de les étudier de manière approfondie en gardant toujours en tête que la mobilité quotidienne s'opère dans un contexte social et géographique donné.

3.4. Un exemple contemporain : la pandémie de Covid-19

Nous appliquons maintenant le cadre conceptuel à un enjeu de santé publique contemporain, celui de la pandémie de Covid-19. Dans bien des pays, les restrictions sanitaires mises en place pour freiner la propagation du coronavirus responsable de la pandémie de Covid-19 ont inclus des restrictions majeures de la mobilité quotidienne de populations entières pour des durées variables. Dans plusieurs pays, les instances politiques ont exigé que la population se confîne à la maison et se tourne vers le télétravail pour une durée plus ou moins longue (Ritchie *et al.* 2020). Souvent, seuls les travailleurs essentiels comme ceux de la santé ou de l'industrie agroalimentaire conservaient le droit de se déplacer pour se rendre au travail. Dans certains cas, les injonctions invoquées ont limité les déplacements non essentiels et/ou ont requis que les citoyens se déplacent uniquement à proximité de leur lieu de résidence. En France, par exemple, les déplacements ont été limités à un rayon d'un kilomètre à partir du lieu de résidence et à une sortie d'au plus une heure à la fois. Au Québec et dans plusieurs pays européens, un couvre-feu a été imposé, interdisant les déplacements après une certaine heure de la journée.

L'exemple de la pandémie de Covid-19 présente deux cas de figure intéressants à analyser en regard de notre conceptualisation des liens entre (im)mobilité quotidienne et inégalités sociales de santé. D'un côté, des restrictions dans la mobilité quotidienne ont été imposées à la grande majorité de la population contre son gré, et de l'autre, les travailleurs essentiels ont été obligés de poursuivre leurs activités, s'exposant par conséquent à un risque accru de contracter le virus. La pandémie de Covid-19 a mis en exergue, et même amplifié, des inégalités sociales et de santé déjà très marquées avant la crise (Bambra *et al.* 2020 ; van Dorn *et al.* 2020). Des inégalités dans l'expérience vécue des injonctions relatives aux déplacements quotidiens, et donc aux patrons de mobilité, autant en termes d'(im)mobilité que de caractéristiques des lieux fréquentés, pourraient y avoir contribué.

Concernant l'injonction de limiter ses déplacements quotidiens à proximité de chez soi, peu d'études empiriques en ont documenté l'impact à ce jour. En revanche, comme discuté plus haut, les équipements et services favorables à la santé tels que les parcs et les espaces verts, grandement convoités en temps de pandémie, ne sont pas toujours distribués également à travers l'espace urbain (Canadian Institute for Health Information 2011). Il est alors tout à fait plausible que les résidents de quartiers défavorisés socio-économiquement et les individus déjà à plus haut risque de souffrir des impacts psychosociaux de la pandémie comme ceux résidant dans des logements insalubres ou surpeuplés aient été plus négativement affectés par cette injonction (Alexander et Shareck 2021). Dans plusieurs villes canadiennes, par exemple, on a observé que les activités physiques extérieures d'enfants et d'adolescents de familles

plus aisées avaient augmenté au début de la pandémie, comparativement à celles de jeunes de familles moins nanties. De manière similaire, la faible densité résidentielle et l'éloignement des grandes routes, souvent caractéristiques des quartiers plus nantis, favorisaient les activités extérieures. D'un autre côté, dans cette même étude une forte densité résidentielle (caractérisée par la présence de tours à logements) n'était pas nécessairement un obstacle à l'activité extérieure s'il y avait des parcs à proximité (Mitra *et al.* 2020).

Les travailleurs essentiels ont, pour leur part, été exemptés des injonctions à se confiner. En fait, les décideurs politiques les ont plutôt incités à poursuivre leurs activités de travail malgré les risques accrus d'attraper et de propager le coronavirus.

Dans plusieurs villes du monde, les cas de Covid-19 ont d'ailleurs été concentrés dans des quartiers historiquement défavorisés où résidait une forte proportion de nouveaux arrivants, de ménages à faible revenu ou ne parlant pas la langue d'accueil (Public Health Ontario 2020), groupes surreprésentés au sein des travailleurs essentiels et des travailleurs précaires ne pouvant pas se tourner vers le télétravail (Berkowitz *et al.* 2020 ; Government of Canada 2020a). Malgré les injonctions à se confiner, la mobilité quotidienne a ainsi, de manière générale, moins diminué dans ces quartiers que dans les quartiers plus aisés (Weill *et al.* 2020 ; Zhai *et al.* 2021). De plus, les résidents de quartiers plus défavorisés auraient eu plus tendance à visiter des lieux, comme des commerces alimentaires, qui étaient plus petits et où la clientèle était plus dense, des conditions favorables à une plus forte transmission du virus (Chang *et al.* 2020).

Une étude belge portant sur la population active a également rapporté une distribution inégale des cas de Covid-19 selon le genre en défaveur des femmes comparativement aux hommes. Ces inégalités pourraient s'expliquer par le fait que les femmes ont dû continuer de se déplacer pour le travail, souvent en transport en commun et pour exercer un métier de la santé (Hawkes et Buse 2020), tout en continuant à remplir leurs responsabilités familiales et domestiques comme les courses alimentaires (Ella 2020). Les femmes n'auraient ainsi pas pu limiter leurs déplacements quotidiens autant que les hommes et se seraient vues à plus haut risque d'entrer en contact avec le virus. Tout au long de la pandémie, certains groupes déjà désavantagés socio-économiquement ont donc été à plus haut risque de contracter la maladie et de la propager dans leurs milieux de vie à cause de conditions de vie et de travail précaires (Government of Canada 2020b).

3.5. Conclusion

En conclusion, la mobilité fait partie intégrante de nos vies quotidiennes (Jiron 2007) et, à ce titre, elle est fondamentale à considérer pour étudier l'influence de l'environnement sur la santé. Toutefois tous les groupes sociaux n'ont pas le même potentiel ni les mêmes patrons de mobilité. En nous inspirant de travaux conceptuels et empiriques menés dans diverses disciplines des sciences sociales et de la santé, nous avons élaboré un cadre conceptuel reliant la mobilité quotidienne aux inégalités sociales de santé. La proposition conceptuelle est particulièrement utile pour :

- étudier de manière empirique les mécanismes de production d'inégalités sociales en ce qui concerne le potentiel de mobilité et la mobilité réalisée ;
- identifier des sous-groupes de population qui seraient « piégés » (en raison d'une mobilité restreinte) dans des quartiers résidentiels pauvres en équipements et services promoteurs de santé ;
- identifier des sous-groupes qui seraient contraints de mener des activités dans des secteurs pauvres en équipements et services promoteurs de santé ;
- mieux évaluer l'exposition réelle aux ressources et caractéristiques des lieux fréquentés et leur lien avec la santé et les inégalités sociales de santé (Chaix *et al.* 2013).

Cette proposition conceptuelle pourrait également avoir des répercussions sur les politiques et les pratiques d'aménagement des villes. Comme nous l'avons déjà mentionné, une mobilité importante ne devrait pas être une fin en soi ; elle n'équivaut pas automatiquement à l'inclusion sociale ou à la fréquentation de lieux d'activité de haute qualité qui favorisent la santé. Selon Soja (2010), les ressources et les opportunités seront toujours réparties de façon quelque peu inégale à travers l'espace. Le simple fait de promouvoir une mobilité accrue pour tous ne permettrait donc pas de contrecarrer cette répartition spatiale inégale. En effet, il ne faut pas négliger les facteurs personnels et sociaux qui façonnent à la fois le potentiel de mobilité et l'agence individuelle, et par conséquent contribuent à produire et reproduire les inégalités dans la mobilité réalisée. Il apparaît donc que les interventions et politiques visant à créer des villes saines et à réduire les inégalités sociales et de santé devraient se concentrer sur l'amélioration du potentiel de mobilité, ainsi que sur la capacité des gens à occuper les endroits de la ville qu'ils souhaitent occuper, potentiel et capacité qui sont justement tous deux étroitement liés à leur appartenance sociale.

3.6. Bibliographie

- Abel, T., Frohlich, K.L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Soc. Sci. Med.*, 74, 236–244 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.028>.
- Alexander, S.A., Shareck, M. (2021). Widening the gap? Unintended consequences of health promotion measures for young people during COVID-19 lockdown. *Health Promot. Int.*, daab015 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/heapro/daab015>.
- Allen, K., Hollingworth, S. (2013). “Sticky Subjects” or “Cosmopolitan Creatives”? Social Class, Place and Urban Young People’s Aspirations for Work in the Knowledge Economy. *Urban Stud.*, 50, 499–517 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0042098012468901>.
- Andrasfay, T., Goldman, N. (2021). Reductions in 2020 US life expectancy due to COVID-19 and the disproportionate impact on the Black and Latino populations. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 118 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1073/pnas.2014746118>.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J. Epidemiol. Community Health* [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>.
- Basta, L.A., Richmond, T.S., Wiebe, D.J. (2010). Neighborhoods, daily activities, and measuring health risks experienced in urban environments. *Soc. Sci. Med.*, 71, 1943–1950 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.008>.
- Bell, S.L., Phoenix, C., Lovell, R., Wheeler, B.W. (2015). Using GPS and geo-narratives: a methodological approach for understanding and situating everyday green space encounters : Using GPS and geo-narratives. *Area*, 47, 88–96 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/area.12152>.
- Berkowitz, R.L., Gao, X., Michaels, E.K., Mujahid, M.S. (2020). Structurally vulnerable neighbourhood environments and racial/ethnic COVID-19 inequities. *Cities Health*, 0, 1–4 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/23748834.2020.1792069>.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K.L., Daniel, M., Kestens, Y., Potvin, L. (2007). Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood. *Soc. Sci. Med.*, 65, 1839–1852 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.037>.

- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 167–194 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>.
- Browne-Yung, K., Ziersch, A., Baum, F. (2013). “Faking til you make it”: social capital accumulation of individuals on low incomes living in contrasting socio-economic neighbourhoods and its implications for health and wellbeing. *Soc. Sci. Med.*, 85, 9–17 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.026>.
- Burgoine, T., Forouhi, N.G., Griffin, S.J., Brage, S., Wareham, N.J., Monsivais, P., (2016). Does neighborhood fast-food outlet exposure amplify inequalities in diet and obesity? A cross-sectional study. *Am. J. Clin. Nutr.*, 103, 1540–1547 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.128132>.
- Camarero, L.A., Oliva, J. (2008). Exploring the Social Face of Urban Mobility: Daily Mobility as Part of the Social Structure in Spain. *Int. J. Urban Reg. Res.*, 32, 344–362 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/j.1468-2427.2008.00778.x>.
- Canadian Institute for Health Information (2011). *Urban Physical Environments and Health Inequalities*. CIHI, Ottawa.
- Caryl, F., Shortt, N.K., Pearce, J., Reid, G., Mitchell, R. (2020). Socioeconomic inequalities in children's exposure to tobacco retailing based on individual-level GPS data in Scotland. *Tob. Control*, 29, 367–373 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054891>.
- Casas, I. (2007). Social Exclusion and the Disabled: An Accessibility Approach. *Prof. Geogr.*, 59, 463–477.
- Cass, N., Shove, E., Urry, J. (2005). Social exclusion, mobility and access. *Sociol. Rev.*, 53, 539–555.
- Chaix, B., Merlo, J., Evans, D., Leal, C., Havard, S. (2009). Neighbourhoods in eco-epidemiologic research: delimiting personal exposure areas. À response to Riva, Gauvin, Aparicio and Brodeur. *Soc. Sci. Med.*, 69, 1306–1310 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.018>.
- Chaix, B., Meline, J., Duncan, S., Jardinier, L., Perchoux, C., Vallée, J., Merrien, C., Karusisi, N., Lewin, A., Brondeel, R., Kestens, Y. (2013). Neighborhood environments, mobility, and health: towards a new generation of studies in environmental health research. *Rev. Epidemiol. Santé Publique*, 61(3), S139–145 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.017>.

- Chang, S., Pierson, E., Koh, P.W., Gerardin, J., Redbird, B., Grusky, D., Leskovec, J. (2020). Mobility network models of COVID-19 explain inequities and inform reopening. *Nature* [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2923-3>.
- Christian, W.J. (2012). Using geospatial technologies to explore activity-based retail food environments. *Spat. Spatiotemporal. Epidemiol.*, 3 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.sste.2012.09.001>.
- Clary, C.M., Ramos, Y., Shareck, M., Kestens, Y. (2015). Should we use absolute or relative measures when assessing foodscape exposure in relation to fruit and vegetable intake? Evidence from a wide-scale Canadian study. *Prev. Med.*, 71, 83–87 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.11.023>.
- Cummins, S. (2007). Commentary: investigating neighbourhood effects on health-avoiding the “local trap.” *Int. J. Epidemiol.*, 36, 355–357 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/ije/dym033>.
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A.V., Macintyre, S. (2007). Understanding and representing “place” in health research: a relational approach. *Soc. Sci. Med.*, 65, 1825–1838 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.036>.
- Doherty, S.T. (dir.). *Integrated Land-Use and Transportation Models: Behavioural Foundations*. Elsevier, Amsterdam, 87–100.
- van Dorn, A., Cooney, R.E., Sabin, M.L. (2020). COVID-19 exacerbating inequalities in the US. *The Lancet*, 395, 1243–1244 [En ligne]. Disponible à l'adresse : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30893-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30893-X).
- Delbosch, A., Currie, G. (2011). The spatial context of transport disadvantage, social exclusion and well-being. *J. Transp. Geogr.*, 19, 1130–1137 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2011.04.005>.
- Ella, G.A. (2020). Gender, Mobility, and Covid-19: the Case of Belgium. *Fem. Econ.* 0, 1–15 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/13545701.2020.1832240>.
- Flamm, M., Kaufmann, V. (2006). Operationalising the Concept of Motility: A Qualitative Study. *Mobilities*, 1, 167–189 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/17450100600726563>.
- Frandberg, L., Vilhelmson, B. (2011). More or less travel: personal mobility trends in the Swedish population focusing gender and cohort. *J. Transp. Geogr.*, 19, 1235–1244 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/J.Jtrangeo.2011.06.004>.

- Freisthler, B., Kepple, N.J., Wolf, J.P., Carson, L. (2019). Activity spaces: assessing differences in alcohol exposures and alcohol use for parents. *GeoJournal* [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1007/s10708-019-10059-5>.
- Frohlich, K.L., Mykhalovskiy, E., Miller, F., Daniel, M., 2004. Advancing the population health agenda: encouraging the integration of social theory into population health research and practice. *Can J Public Health* 95, 392–5.
- Frohlich, K.L., De Koninck, M. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec, Paramètres*. Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- Fuller, D., Gauvin, L., Kestens, Y. (2013). Individual- and area-level disparities in access to the road network, subway system and a public bicycle share program on the Island of Montreal, Canada. *Ann. Behav. Med.*, 45, 1, S95–100 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1007/s12160-012-9433-y>.
- Gatrell, A.C. (2002). *Geographies of Health: An Introduction*. Blackwell, Oxford.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Polity Press, Cambridge.
- Golledge, R.G., Stimson, R.J. (1997). Activities in time and space. Dans *Spatial Behavior : A Geographic Perspective*. Guilford Press, New York, 620.
- Gough, K.V. (2008). “Moving around”: The social and spatial mobility of youth in Lusaka. *Geogr. Ann. Ser. B-Hum. Geogr.*, 90B, 243–255.
- Government of Canada (2020a). The contribution of immigrants and population groups designated as visible minorities to nurse aide, orderly and patient service associate occupations [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00036-eng.htm> [Consulté le 2 septembre 2021].
- Government of Canada (2020b). COVID-19 mortality rates in Canada's ethno-cultural neighbourhoods [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00079-eng.htm> [Consulté le 2 septembre 2021].
- Hägerstrand, T. (1970). What about people in Regional Science?. *Pap. Reg. Sci.*, 24, 6–21 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1007/BF01936872>.
- Harvey, D. (1973). *Social justice and the city*. E. Arnold, Londres.
- Hawkes, S., Buse, K. (2020). COVID-19 and the gendered markets of people and products: explaining inequalities in infections and deaths. *Can. J. Dev. Stud. Rev. Can. Détudes Dév.*, 0, 1–18 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/02255189.2020.1824894>.

- Inagami, S., Cohen, D.A., Finch, B.K. (2007). Non-residential neighborhood exposures suppress neighborhood effects on self-rated health. *Soc. Sci. Med.*, 65, 1779–1791 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.051>.
- Jiron, P. (2007). Unravelling Invisible Inequalities in the City through Urban Daily Mobility. The Case of Santiago de Chile. *Swiss J. Sociol.*, 33, 45–68.
- Kaufmann, V. (2011). *Rethinking the city: urban dynamics and motility*, 1^e édition. Routledge, Oxford.
- Kaufmann, V., Bergman, M.M., Joye, D. (2004). Motility : mobility as capital. *Int. J. Urban Reg. Res.*, 28, 745–756 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/j.0309-1317.2004.00549.x>.
- Kaufmann, V., Dubois, Y., Ravalet, E. (2018). Measuring and typifying mobility using motility. *Appl. Mobilities*, 3, 198–213 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/23800127.2017.1364540>.
- Kawachi, I., Berkman, L.F. (dir.) (2003). *Neighborhoods and health*. Oxford University Press, New York.
- Kestens, Y., Lebel, A., Daniel, M., Thériault, M., Pampalon, R. (2010). Using experienced activity spaces to measure foodscape exposure. *Health Place*, 16 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.06.016>.
- Kestens, Y., Lebel, A., Chaix, B., Clary, C., Daniel, M., Pampalon, R., Thériault, M., SV, P.S. (2012). Association between activity space exposure to food establishments and individual risk of overweight. *PLoS One*, 7, e41418 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041418>.
- Kim, J., Kwan, M.-P. (2021). How Neighborhood Effect Averaging Might Affect Assessment of Individual Exposures to Air Pollution: A Study of Ozone Exposures in Los Angeles. *Ann. Am. Assoc. Geogr.*, 111, 121–140 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/24694452.2020.1756208>.
- Kimbrow, R.T., Sharp, G., Denney, J.T. (2017). Home and away: Area socioeconomic disadvantage and obesity risk. *Health Place*, 44, 94–102 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.02.001>.
- Kirchner, T.R., Cantrell, J., Anesetti-Rothermel, A., Ganz, O., Vallone, D.M., Abrams, D.B. (2013). Geospatial Exposure to Point-of-Sale Tobacco: Real-Time Craving and Smoking-Cessation Outcomes. *Am. J. Prev. Med.*, 45, 379–385.
- Krivo, L.J., Washington, H.M., Peterson, R.D., Browning, C.R., Calder, C.A., Kwan, M.P. (2013). Social Isolation of Disadvantage and Advantage: The Reproduction of Inequality in Urban Space. *Soc. Forces*, 92, 141–164 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/sf/sot043>.

- Kwan, M.P. (2000). Gender Differences in Space-Time Constraints. *Area*, 32, 145–156.
- Kwan, M.P. (2009). From place-based to people-based exposure measures. *Soc. Sci. Med.*, 69, 1311–1313 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.013>.
- Lebel, A., Kestens, Y., Pampalon, R., Theriault, M., Daniel, M., Subramanian, S.V. (2012). Local context influence, activity space, and foodscape exposure in two canadian metropolitan settings: is daily mobility exposure associated with overweight?. *J. Obes.*, 912645 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1155/2012/912645>.
- Lipperman-Kreda, S., Morrison, C., Grube, J.W., Gaidus, A. (2015). Youth activity spaces and daily exposure to tobacco outlets. *Health Place*, 34, 30–33 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.03.013>.
- Manderscheid, K. (2009). Integrating Space and Mobilities into the Analysis of Social Inequality. *Distinktion Scand. J. Soc. Theory*, 10, 7–27 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/1600910x.2009.9672739>.
- Manderscheid, K. (2014). Criticising the Solitary Mobile Subject: Researching Relational Mobilities and Reflecting on Mobile Methods. *Mobilities*, 9, 188–219 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/17450101.2013.830406>.
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., Morrison, J. (2020a). Health equity in England: The Marmot review 10 years on – Executive summary. Rapport, Institute of Health Equity, Londres.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., Morrison, J. (2020b). Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England. Rapport, Institute of Health Equity, Londres.
- Mason, M.J., Korpela, K. (2009). Activity spaces and urban adolescent substance use and emotional health. *J. Adolesc.*, 32, 925–939 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.08.004>.
- Matthews, S.A., Detwiler, J.E., Burton, L.M. (2005). Geo-ethnography: Coupling Geographic Information Analysis Techniques with Ethnographic Methods in Urban Research. *Cartogr. Int. J. Geogr. Inf. Geovisualization*, 40, 75–90 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3138/2288-1450-W061-R664>.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., Cook, J.M. (2001). Birds of a Feather: Homophily in Social Networks. *Annu. Rev. Sociol.*, 27, 415–444 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.415>.

- Miciukiewicz, K., Vigar, G. (2012). Mobility and Social Cohesion in the Splintered City: Challenging Technocentric Transport Research and Policy-making Practices. *Urban Stud.*, 49, 1941–1957 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0042098012444886>.
- Mitra, R., Moore, S.A., Gillespie, M., Faulkner, G., Vanderloo, L.M., Chulak-Bozzer, T., Rhodes, R.E., Brussoni, M., Tremblay, M.S. (2020). Healthy movement behaviours in children and youth during the COVID-19 pandemic: Exploring the role of the neighbourhood environment. *Health Place*, 65, 102418 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102418>.
- Morency, C., Paez, A., Roorda, M.J., Mercado, R., Farber, S. (2011). Distance traveled in three Canadian cities: Spatial analysis from the perspective of vulnerable population segments. *J. Transp. Geogr.*, 19, 39–50 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2009.09.013>.
- Morrison, C.N., Byrnes, H.F., Miller, B.A., Kaner, E., Wiehe, S.E., Ponicki, W.R., Wiebe, D.J. (2019). Assessing Individuals' Exposure to Environmental Conditions Using Residence-based Measures, Activity Location – based Measures, and Activity Path – based Measures. *Epidemiology*, 30, 166–176 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000940>.
- Naess, P. (2006). Accessibility, activity participation and location of activities: Exploring the links between residential location and travel behaviour. *Urban Stud.*, 43, 627–652.
- Organisation mondiale de la santé (2008). Commission des déterminants sociaux de la santé. Combler le fossé dans une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.
- Paez, A., Gertes Mercado, R., Farber, S., Morency, C., Roorda, M. (2010). Relative Accessibility Deprivation Indicators for Urban Settings: Definitions and Application to Food Deserts in Montreal. *Urban Stud.*, 47, 1415–1438 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0042098009353626>.
- Perchoux, C., Chaix, B., Brondeel, R., Kestens, Y. (2016). Residential buffer, perceived neighborhood, and individual activity space: New refinements in the definition of exposure areas – The RECORD Cohort Study. *Health Place*, 40, 116–122 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.05.004>.
- Poland, B., Frohlich, K., Haines, R.J., Mykhalovskiy, E., Rock, M., Sparks, R. (2006). The social context of smoking: the next frontier in tobacco control?. *Tob Control*, 15, 59–63 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/tc.2004.009886>.

- Pred, A. (1977). The Choreography of Existence- Comments on Hägerstrand's Time-Geography and Its Usefulness. *Econ. Geogr.*, 53, 207–221.
- Preston, J., Rajé, F. (2007). Accessibility, mobility and transport-related social exclusion. *J. Transp. Geogr.*, 15, 151–160 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2006.05.002>.
- Public Health Ontario (2020). COVID-19 in Ontario—A Focus on Diversity: January 15 2020 to May 14 2020. Rapport, Queen's Printer for Ontario, Toronto.
- Ramadier, T., Lee-Gosselin, M.E.H., Frenette, A. (2005). Conceptual perspectives for explaining the spatio-temporal behaviour in urban areas, Lee-Gosselin, M.E.H. (dir.).
- Reynolds, T. (2013). "Them and Us": "Black Neighbourhoods" as a Social Capital Resource among Black Youths Living in Inner-city London. *Urban Stud.*, 50, 484–498 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0042098012468892>.
- Ritchie, H., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Ortiz-Ospina, E., Hasell, J., Macdonald, B., Beltekian, D., Roser, M. (2020). Coronavirus Pandemic (COVID-19): Stay-at-Home Restrictions. Rapport, Our World Data.
- Riva, M., Gauvin, L., Barnett, T.A. (2007). Toward the next generation of research into small area effects on health: a synthesis of multilevel investigations published since July 1998. *J. Epidemiol. Community Health*, 61, 853–861 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/jech.2006.050740>.
- Rodriguez, D.A., Cho, G.H., Evenson, K.R., Conway, T.L., Cohen, D., Ghosh-Dastidar, B., Pickrel, J.L., Veblen-Mortenson, S., Lytle, L.A. (2012). Out and about : association of the built environment with physical activity behaviors of adolescent females. *Health Place*, 18, 55–62 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.08.020>.
- Schönfelder, S., Axhausen, K.W. (2003). Activity spaces: measures of social exclusion? *Transp. Policy*, 10, 273–286 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2003.07.002>.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Random Books, New York.
- Shareck, M., Frohlich, K.L., Kestens, Y. (2014a). Considering daily mobility for a more comprehensive understanding of contextual effects on social inequalities in health: a conceptual proposal. *Health Place*, 29, 154–160 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.07.007>.

- Shareck, M., Kestens, Y., Frohlich, K.L. (2014b). Moving beyond the residential neighborhood to explore social inequalities in exposure to area-level disadvantage: Results from the Interdisciplinary Study on Inequalities in Smoking. *Soc. Sci. Med.*, 1982, 108, 106–114 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.044>.
- Sharp, G., Denney, J.T., Kimbro, R.T. (2015). Multiple contexts of exposure: Activity spaces, residential neighborhoods, and self-rated health. *Soc. Sci. Med.*, 146, 204–213 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.040>.
- Shareck, M., Kestens, Y., Vallée, J., Datta, G., Frohlich, K.L. (2015). The added value of accounting for activity space when examining the association between tobacco retailer availability and smoking among young adults. *Tob. Control.* [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-052194>.
- Shareck, M., Datta, G.D., Vallée, J., Kestens, Y., Frohlich, K.L. (2018a). Is smoking cessation in young adults associated with tobacco retailer availability in their activity space?. *Nicotine & Tobacco Research* [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/ntr/nty242>.
- Shareck, M., Lewis, D., Smith, N.R., Clary, C., Cummins, S. (2018b). Associations between home and school neighbourhood food environments and adolescents' fast-food and sugar-sweetened beverage intakes: findings from the Olympic Regeneration in East London (ORiEL) Study. *Public Health Nutr.*, 21, 2842–2851 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1017/S1368980018001477>.
- Sharp, G., Kimbro, R.T. (2021). Neighborhood social environments, healthy resources, and adult diabetes: Accounting for activity space exposures. *Health Place*, 67, 102473 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102473>.
- Sheller, M., Urry, J. (2006). The new mobilities paradigm. *Environ. Plan.*, A38, 207–226.
- Shin, H. (2011). Spatial Capability for Understanding Gendered Mobility for Korean Christian Immigrant Women in Los Angeles. *Urban Stud.*, 48, 2355–2373 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0042098010388955>.
- Shortt, N.K., Tisch, C., Pearce, J., Richardson, E.A., Mitchell, R. (2014). The density of tobacco retailers in home and school environments and relationship with adolescent smoking behaviours in Scotland. *Tob. Control.* [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051473>.
- Skelton, T. (2013). Young People's Urban Im/Mobilities: Relationality and Identity Formation. *Urban Stud.*, 50, 467–483 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0042098012468893>.

- Soja, E.W. (2010). *Seeking spatial justice, Globalization and community series*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Spinney, J.E.L., Scott, D.M., Newbold, K.B. (2009). Transport mobility benefits and quality of life: A time-use perspective of elderly Canadians. *Transp. Policy*, 16, 1–11 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2009.01.002>.
- Stanley, J.K., Hensher, D.A., Stanley, J.R., Vella-Brodrick, D. (2011). Mobility, social exclusion and well-being: Exploring the links. *Transp. Res. Part Policy Pract.*, 45, 789–801 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.tra.2011.06.007>.
- Urry, J. (2007). *Mobilities*. Polity, Cambridge.
- Vallée, J., Cadot, E., Grillo, F., Parizot, I., Chauvin, P. (2010). The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). *Health Place*, 16, 838–852 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.009>.
- Vallée, J., Cadot, E., Roustit, C., Parizot, I., Chauvin, P. (2011). The role of daily mobility in mental health inequalities: the interactive influence of activity space and neighbourhood of residence on depression. *Soc. Sci. Med.*, 73, 1133–1144 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.009>.
- Weill, J.A., Stigler, M., Deschenes, O., Springborn, M.R. (2020). Social distancing responses to COVID-19 emergency declarations strongly differentiated by income. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 117, 19658–19660 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1073/pnas.2009412117>.
- Weiss, A. (2005). The Transnationalization of Social Inequality: Conceptualizing Social Positions on a World Scale. *Curr. Sociol.*, 53, 707–728 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0011392105052722>.
- White, R.J., Green, A.E. (2011). Opening up or Closing down Opportunities?: The Role of Social Networks and Attachment to Place in Informing Young Peoples' Attitudes and Access to Training and Employment. *Urban Stud.*, 48, 41–60 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0042098009360234>.
- Woolf, S.H., Masters, R.K., Aron, L.Y. (2021). Effect of the covid-19 pandemic in 2020 on life expectancy across populations in the USA and other high income countries: simulations of provisional mortality data. *BMJ*, 373, n1343 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/bmj.n1343>.

Zenk, S.N., Schulz, A.J., Matthews, S.A., Odoms-Young, A., Wilbur, J., Wegrzyn, L., Gibbs, K., Braunschweig, C., Stokes, C. (2011). Activity space environment and dietary and physical activity behaviors: a pilot study. *Health Place*, 17, 1150–1161 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.05.001>.

Zhai, W., Liu, M., Peng, Z.-R. (2021). Social distancing and inequality in the United States amid COVID-19 outbreak. *Environ. Plan. Econ. Space*, 53, 3–5 [En ligne]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1177/0308518X20932576>.