

**Étienne Rousseau**

Mémoire de maîtrise

**Le capital social comme déterminant social de la santé mentale au Canada**

Superviseur : Dr. Mathieu Lizotte  
Membre du comité : Dr. Louise Bouchard

École d'études sociologiques et anthropologiques  
Université d'Ottawa

© Étienne Rousseau, Ottawa, Canada, 202

## Résumé

Compte tenu l'importance d'assurer une intégration saine au Canada pour les immigrants, nous proposons une étude sur les déterminants sociaux de la santé dans la population immigrante issue de minorités visibles. Plus spécifiquement, nous voulons approfondir les connaissances sur le capital social comme déterminant de la santé mentale. Peu de recherches ont été effectuées en utilisant un grand nombre d'indicateurs du capital social et les déterminants de la santé mentale. Cette recherche quantitative vise à combler cette lacune en utilisant plusieurs formes du capital social afin de répondre aux questions suivantes: quels sont les effets des formes du capital social sur la santé mentale? Est-ce que le niveau de capital social est un facteur qui diminue le risque d'avoir une mauvaise santé mentale? Comment cette relation se présente-t-elle en tenant compte de plusieurs autres déterminants de la santé? L'étude actuelle a révélé qu'avoir un haut niveau de certaines formes du capital social diminue le risque de mauvaise santé mentale et cela même après l'inclusion de plusieurs variables de contrôle. De plus, la grande majorité des déterminants de la santé ont une relation significative avec la santé mentale, sauf le groupe ethnique. Ces résultats mettent en évidence le rôle du capital social dans la santé mentale. Il faudrait approfondir les recherches sur les sources du capital social dans les communautés. Ce faisant, il serait possible de mettre en place des interventions au niveau communautaire qui sera mieux en mesure de prévenir les problèmes de santé mentale des immigrants récents au Canada et plus généralement de maintenir un haut niveau de santé mentale pour la population canadienne.

Mots clés : Capital social, santé mentale, déterminants sociaux de la santé, immigrant, minorité visible, Canada, *healthy immigrant effect*.

## Remerciements

En premier lieu je veux remercier mon superviseur Mathieu Lizotte. C'est avec son aide et sa direction que j'ai approfondi mes connaissances dans le domaine de la sociologie de la santé et les analyses statistiques. Je veux aussi remercier mes parents pour leur support, leur affection et leur intérêt durant la rédaction de ce mémoire. Je vous aime. Finalement, je veux remercier mes amis et mes camarades de maîtrise, qui m'ont offert un soutien moral essentiel durant la rédaction.

La présente recherche a été menée grâce à un soutien financier accordé au Réseau canadien des centres de données de recherche (RCCDR) par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) et Statistique Canada. Bien que les recherches et les analyses aient été faites à partir des données de Statistique Canada, les opinions exprimées ne représentent pas celles de Statistique Canada.

## Table des matières

<b><u>Introduction.....</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>Section 1. Théories du capital social.....</u></b>	<b><u>2</u></b>
1.1 Histoire de l'émergence du capital social de Tocqueville à Bourdieu, Loury, Coleman et Granovetter.....	2
1.2 Les principaux courants du capital social.....	4
1.2.1 Courant normatif de Putnam.....	4
1.2.2 Courant de réseaux de Lin.....	5
1.2.3 Courant normatif de Kawachi.....	6
1.2.4 Formes du capital social.....	7
1.3 Débats dans l'étude du capital social.....	7
<b><u>Section 2. Revue de littérature.....</u></b>	<b><u>8</u></b>
2.1 Les études appuyant une faible relation entre le capital social et la santé.....	8
2.2 Les études appuyant une relation significative entre le capital social et la santé mentale.....	10
2.3 Études sur le lien de causalité.....	13
2.4 Quel est le « <i>healthy immigrant effect</i> » ?.....	14
2.5 Déterminants sociaux de la santé.....	15
<b><u>Section 3. Objectif et hypothèses.....</u></b>	<b><u>15</u></b>
3.1 Objectif.....	16
3.2 Hypothèses.....	16
<b><u>Section 4. Méthodologie.....</u></b>	<b><u>17</u></b>
4.1 Base de données : fichiers maîtres de l'ESCC – santé mentale.....	18
4.2 Mesures.....	18
4.3 Modèle d'analyse.....	19
<b><u>Résultats.....</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>Discussion.....</u></b>	<b><u>28</u></b>
Limites.....	31
<b><u>Bibliographie.....</u></b>	<b><u>32</u></b>
<b><u>Annexe.....</u></b>	<b><u>37</u></b>

Tableau 5. Effets du capital social et d'autres déterminants sur la santé mentale auto reportée (n = 19-424). Convertie en rapport de cote (ESCC 2012).....	37
Tableau 6. Effets du capital social et d'autres déterminants sur la santé mentale auto reportée (n = 19-424). Coefficients de régression convertis en probabilités (ESCC 2012).....	39

## Introduction

L'expérience d'intégration des immigrants au Canada a un impact de grande portée qui mérite d'être étudiée sous plusieurs angles. Le plan des niveaux d'immigration établit une cible de 447 055 nouveaux arrivants en 2023 (Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, 2021, p. 29). Compte tenu l'apport qu'amène l'immigration au Canada aux besoins de main-d'œuvre, il importe de minimiser les difficultés après l'établissement au pays. Avec les effets de la pandémie de la COVID-19, un regard renouvelé est porté sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque qui peuvent aggraver l'état de santé d'un individu. C'est dans ce contexte que nous voulons faire une contribution originale. Plus spécifiquement, nous voulons approfondir les connaissances sur le capital social comme déterminant de la santé mentale, avec un regard sur la population immigrante issue de minorités visibles. Parmi les déterminants sociaux de la santé reconnus dans la littérature, l'on compte le revenu, le niveau d'éducation, l'âge, le sexe, et le statut matrimonial (Doré et Caron, 2017, p. 136-138). Doré et Caron mentionnent aussi les composantes du soutien social et de la cohésion de la communauté comme déterminants de la santé (*Ibid.*, p. 139). Ces déterminants sont autrement nommés le capital social. Le sentiment d'appartenance est un indicateur de la cohésion d'une communauté, autrement nommé le capital social cognitif. En comparant des Enquêtes de 2019 et celles d'automne 2020 il a été observé qu'en parallèle avec une détérioration du niveau de santé mentale auto reportée s'est observé une diminution de ce sentiment d'appartenance (Capaldi *et al.*, 2021). Ceci s'ajoute à une littérature qui trouve une relation significative entre certaines formes du capital social et la santé mentale (Ehsan et De Silva, 2015). En effet, avoir le sentiment d'être parti d'une communauté tissée serrée, où l'on trouve un haut niveau de solidarité, de réciprocité et de support social semble fournir un avantage de santé. Notre recherche s'intéresse aux déterminants sociaux de la santé, plus précisément l'impact d'avoir un haut niveau de capital social.

Bien que les études sur le capital social aient gagné en ampleur depuis le début des années 2000, il est difficile d'établir un consensus empirique sur le concept. La comparaison des études est compliquée par le fait que les recherches vont choisir un nombre limité et dissimilaire d'indicateurs du capital social (De Silva *et al.*, 2005). Le concept est souvent opérationnalisé selon différentes mesures et les mécanismes qui le lient à la santé mentale sont rarement explicités (*Ibid.*). Peu de recherches ont été effectuées en utilisant un grand nombre d'indicateurs du capital social et les déterminants de la santé mentale. Cette recherche quantitative vise à combler cette lacune en utilisant plusieurs formes du capital social afin de répondre aux questions suivantes: quels sont les effets des formes du capital social sur la santé mentale? Est-ce que le niveau de capital social est un facteur qui diminue le risque d'avoir une mauvaise santé mentale? Comment cette relation se présente-t-elle en tenant compte de plusieurs autres déterminants de la santé?

Cette recherche va en premier lieu explorer les théories du capital social. Par la suite, nous allons faire une revue de littérature sur la relation entre le capital social et la santé mentale. Ensuite, nous présenterons une brève revue des déterminants de la santé mentale et l'effet d'immigrant en santé. La méthodologie utilisée sera décrite, suivie d'une présentation des résultats et une discussion autour de nos résultats. En conclusion nous allons récapituler notre recherche et présenter certaines pistes à suivre.

## Section 1. Théories du capital social

Ce chapitre est divisé en trois sous-sections. La première sous-section décrit l'aspect théorique du capital social. L'on y présente l'histoire du capital social, les principaux courants théoriques de ce concept et les formes du capital social. C'est en référence à cette section que nous avons formulé notre cadre théorique et que nous pouvons comprendre comment le capital social est étudié dans la littérature scientifique. La deuxième sous-section présente comment les formes du capital social définies dans la première section sont étudiées. Plus spécifiquement nous présentons une revue de littérature sur la relation entre le capital social et la santé mentale. Ceci nous permet d'établir certaines hypothèses sur la relation entre le capital social et la santé mentale. La troisième sous-section décrit l'effet d'immigrant en santé et les facteurs autres que le capital social qui affectent la santé mentale des immigrants au Canada. Ceci permet d'établir une compréhension approfondie de la santé mentale des immigrants et supporte le reste des hypothèses que nous avons établis.

### 1.1 Histoire de l'émergence du capital social de Tocqueville à Bourdieu, Loury, Coleman et Granovetter

Quoique le capital social soit un concept relativement neuf, il tire ses racines de l'émergence des sciences sociales et la sociologie. En effet, ce que ce concept tente de décrire et d'englober n'est pas un phénomène nouveau. La qualité et les impacts des relations entre individus ont été étudiés par plusieurs penseurs.

Marx a développé ses théories en identifiant les conditions qui mèneraient à la solidarité de classe entre les groupes fragmentés de la société industrielle. Dans son étude sur le suicide, Durkheim a affirmé que le niveau de contrôle social et d'intégration dans différents groupes sociaux était un facteur qui agissait contre le suicide et l'anomie. Weber a considéré le contrôle social et les normes de réciprocité et d'ascétisme dans les sectes protestantes en Amérique comme un facteur important qui a permis l'essor économique du pays. Dans son œuvre *La démocratie en Amérique*, Tocqueville affirme que la vitalité de la démocratie aux États-Unis se doit à la forte présence du fait associatif en société civile. La participation élevée dans les associations et les organisations volontaires crée selon lui une population informée, qui s'implique fortement dans les affaires politiques. L'analyse de Tocqueville exercerait notamment une grande influence sur le théoricien d'une des écoles de pensée du capital social, Robert Putnam.

Le premier penseur qui a explicitement nommé et défini le capital social est Pierre Bourdieu. Celui-ci l'intègre aux autres formes de capital dans le champ social. Dans ses mots, le capital social est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance, ou en d'autres termes, l'appartenance à un groupe (Bourdieu, 1980, p.2). Selon lui, la solidarité et les relations durables inhérentes au groupe sont les produits d'un investissement en vue d'en tirer profit (*Ibid.*). L'appartenance au groupe social remplit la fonction de reproduire et mettre en contact les membres de la classe dominante, de s'édifier dans des institutions et à faire fructifier le capital symbolique et économique de la classe dominante (Lenoir, 2016, p.294).

L'économiste Burt Loury discute brièvement du capital social dans sa critique des théories du capital humain. Il critique les politiques visant à promouvoir l'éducation comme le moyen singulier de sortir de la pauvreté. Selon lui, il y a un ensemble de facteurs qui nuit aux chances de sortir de la pauvreté malgré l'obtention d'une éducation supérieure. Ces facteurs sont par exemple les contacts, l'accès à l'information et la situation économique des parents (Loury, 1977, p.155).

James Coleman approfondit la conceptualisation du capital social en s'inspirant de Loury et Bourdieu (Portes, 1998, p.5). Sa définition du capital social se situe au milieu de deux disciplines, entre l'économie et la sociologie. Il adopte une approche qui évite les extrêmes de chaque discipline, entre « *homo economicus* » et l'acteur « *oversocialized* »<sup>1</sup> en sociologie. Le capital social est selon lui « défini par sa fonction. Ce n'est pas une seule entité, mais une variété d'entités, avec deux éléments en commun : elles consistent toutes d'un aspect des structures sociales et elles facilitent tous certaines actions de l'acteur »<sup>2</sup> (Coleman, 1988, p. 98). Dans sa conceptualisation, le capital social est un instrument et une ressource qui influence la capacité de l'acteur à prendre des actions. Cette capacité est par la suite structurée par les normes et la réciprocité des interactions dans certains milieux. Selon lui, le capital social prend les trois formes suivantes. La première forme est les obligations, les attentes et la confiance envers les autres. Le maintien des normes de réciprocité entre les individus dépendrait de la structure sociale (un haut niveau de confiance donnerait par exemple un haut niveau d'obligations et si ces obligations sont remplies, elle donne alors un haut niveau de solidarité et ainsi de suite). La deuxième forme est l'accès aux courants d'information, qui constituent la base de l'action. Ces actions seraient faites pour accéder à de l'information ou pour l'utiliser dans un but ultérieur. La troisième forme est les normes et les sanctions qui régulent le comportement, le contrôle social mobilisé par l'entremise du capital social. Cette régulation se fait grâce à la fermeture du réseau (ou l'interconnaissance est élevée et le groupe est relativement homogène). Ceci assure la production du capital social en encourageant le renforcement de normes de réciprocité et de confiance mutuelle. Un réseau fermé favorise la réciprocité et limite l'opportunisme en supportant l'entraide et en isolant ceux qui contribuent peu. Dans la conception de Coleman, le capital social est un bien pour l'individu et la collectivité dont les atouts sont liés au contrôle social : les communautés avec un niveau élevé de capital social bénéficient d'une plus grande capacité d'autorégulation et d'une plus grande efficacité institutionnelle.

Cette conception du capital social fait l'objet de critiques en suivant une vision fonctionnaliste des normes qui ignore les effets néfastes que peut avoir le capital social (Ponthieux, 2006, p.21). Sa conceptualisation néglige de mentionner les effets négatifs du capital social tel le renforcement des normes qui limitent la liberté individuelle ou l'exclusion des personnes non conformes dans les communautés fermées (Portes, 1998, p.15). Il est aussi dit que les mécanismes d'émergence du capital social ne se distinguent pas de son utilisation et ses bénéfiques, de sorte que le concept est difficilement observable (Portes, 1998, p.5-6).

---

<sup>1</sup> Coleman est conscient du débat en sociologie ciblant le fonctionnalisme de Talcott Parsons (Coleman, 1988, p.96). L'article de Dennis Wrong « *The Oversocialized Conception of Man in Modern Sociology* » publié en 1961 est un plaidoyer pour l'analyse d'un acteur interagissant avec les structures sociales, plutôt qu'un acteur « *oversocialized* » soumis au contrôle social sans volonté individuelle. C'est en référence à cet article et plus généralement au débat sur le fonctionnalisme que se situe sa définition du capital social.

<sup>2</sup> Version originale non traduite : « *defined by its function. It is not a single entity but a variety of different entities, with two elements in common: they all consist of some aspect of social structures, and they facilitate certain actions of actor.* ».

Un dernier théoricien important dans l'histoire du capital social est le sociologue Mark Granovetter. Il contribue à la formation d'une perspective de réseaux du capital social dans son article « *The Strength of Weak Ties* », publié en 1973. Selon lui, les liens faibles que possèdent les individus agiraient comme un pont pour accéder aux réseaux de liens forts. En accédant aux réseaux de liens forts différents que le sien, un individu gagne aussi l'accès à de l'information autrement non disponible. Les ponts permettraient de franchir ce qu'il nomme les « *structural holes* », trous d'informations et de ressources séparant les individus et les groupes. Dans les réseaux, le lien détient les caractéristiques suivantes : il est la combinaison de la quantité de temps, de l'intensité émotionnelle, de la confiance mutuelle et des services réciproques entre les individus (Granovetter, 1973, p. 1361). Les bienfaits des liens faibles sont nombreux : l'intégration dans une communauté autre que la sienne et un avantage dans la recherche d'opportunités de travail (*Ibid.*, p. 1377). L'apport de Granovetter vient de sa conceptualisation du capital social comme une ressource disponible aux individus. En contraste avec Coleman, les bienfaits du capital social ressortent d'un réseau de contacts ouvert plutôt que fermé.

Ayant brièvement survolé l'histoire du capital social, il est possible de passer à une discussion sur les deux courants principaux du capital social dans les 30 dernières années. Ces courants sont les suivants : le courant normatif, tirant sa conceptualisation et son opérationnalisation principalement du politologue Robert Putnam et le courant de réseaux, conceptualisé et opérationnalisé par le sociologue Nan Lin.

## 1.2 Les principaux courants du capital social

### 1.2.1 Courant normatif de Putnam

Putnam est spécialisé en études comparatives politiques et sa conception du capital social lui permet d'établir une mesure de la vitalité des démocraties, en considérant la société civile et le citoyen comme acteurs importants dans le maintien d'une culture civique saine. Dans ses mots, le capital social consiste en des « *features of social organizations, such as networks, norms, and trust, that facilitate action and cooperation for mutual benefit. [...] Working together is easier in a community blessed with a substantial stock of social capital* » (Putnam 1993, p. 35–36). Il y a une certaine influence venant de Coleman dans cette définition : le rôle positif du capital social comme bien social pour la communauté, les normes et la confiance comme indicateurs du capital social. Selon Putnam, le capital social élevé est la présence de liens de confiance et de solidarité entre membres égaux d'une communauté (Ponthieux, 2006, p.44). Putnam développe cette définition en étudiant et en comparant les villes italiennes du nord et du sud. La richesse des villes du nord s'explique par une culture civique plus forte, comparativement aux villes du sud, plus pauvre et moins intégré. Au nord, les villes plus riches auraient un stock de capital social plus élevé que dans les villes pauvres du sud. Selon lui, l'existence du civisme est un antécédent du développement économique et de la performance institutionnelle : en raison du capital social élevé, de la forte participation aux associations et la présence d'une haute solidarité, une communauté peut ainsi agir de manière plus efficace et est plus saine (*Ibid.*). La confiance, la solidarité, le niveau de participation aux associations volontaires et le taux de vote sont donc des indicateurs du capital social ainsi que des indicateurs de la force de la culture civique dans les communautés. Putnam considère le capital social comme un attribut au niveau agrégé (par exemple le quartier ou la

nation) versus individuel comme il est conceptualisé par Granovetter et autres. Putnam décrit deux contextes du capital social : le « *bonding* », qui est un lien fort affectif associé à la solidarité et un sentiment d'appartenance, et le « *bridging* » qui est un lien faible affectif associé au contact avec des réseaux dissimilaires (*Ibid.*, p. 69).

En réponse à cette définition émerge un ensemble important de critiques : les sources du capital social ne se distinguent pas de ses bénéfices. Selon Putnam, un niveau élevé de confiance et solidarité est à la fois un bénéfice, un indicateur et une condition d'émergence du capital social. Ainsi, ce serait un concept tautologique (*Ibid.*, p.72). S'y rajoute la critique que ce concept ignore l'accès inégal au capital social et offre une cause pour un ensemble varié de problèmes sociaux au niveau agrégé, tout en ignorant certaines nouvelles formes de participation civique dans son évaluation de la culture civique<sup>3</sup> (Portes, 1998, p.19).

### 1.2.2 Courant de réseaux de Lin

Le courant de réseaux a certains parallèles avec la théorisation de Granovetter des liens forts et faibles. Son penseur principal Nan Lin se concentre sur l'individu et son positionnement au sein des réseaux sociaux. Sa définition du capital social est la suivante : « *capital is captured from embedded resources in social networks which are accessed and/or mobilized in purposive actions [...] to enhance expected returns of instrumental or expressive actions* » (Lin, 1999, p.35 et 39). Le succès de cet investissement dans les réseaux peut avoir les résultats suivants : avoir de l'accès à l'information, exercer une influence sur d'autres ou servir de vérification des « *social credentials* » (*Ibid.*). Bien que les bénéfices puissent être au niveau collectif ou relationnel, Lin se concentre sur les profits au niveau relationnel, affirmant que le bienfait du capital social repose dans l'amélioration de la situation personnelle et professionnelle des personnes qui s'investissent dans leurs réseaux. L'orientation des actions d'un acteur dans les réseaux et la nature de l'information disponible dans les réseaux ciblés par l'acteur exercera une influence sur les retombées possibles, sans les déterminer. Par exemple, l'investissement dans un réseau composé de membres d'une grande entreprise aura des retombées différentes qu'un investissement dans un réseau composé de membres d'une association religieuse. Quant à l'orientation de l'investissement, si un individu cherche un groupe de support, par exemple, l'orientation de ses actions et l'investissement subséquent dans les réseaux aura un résultat différent que quelqu'un qui cherche un emploi. Il y a deux orientations de l'action dans les réseaux : instrumentale (pour avoir des gains sociaux et/ou de réputation) et expressive (pour consolider les ressources existantes face à une perte possible des ressources durant une période de crise) (*Ibid.*, p.40). En contraste à Putnam, Lin tient en compte les facteurs extérieurs au capital social dans l'accès aux ressources de réseau. En effet, il affirme que les acteurs n'ont pas un accès égal aux ressources de capital social les inégalités de capital social sont déterminées par trois facteurs. Le premier est positionnel. Ceci renverrait à la position de l'individu dans les réseaux et sa proximité aux « ponts » de réseaux, qui pourraient franchir les trous structurels d'information. Les deux autres déterminants de l'accès aux ressources encastrées dans les réseaux sont structurels (éducation, revenu) et collectifs (confiance envers les autres, normes de réciprocité dans le réseau).

Lin opérationnalise le capital social avec la méthode de la « *position generator* ». Cette méthode quantifie les ressources disponibles dans les réseaux et la position de l'individu au sein

---

<sup>3</sup> Lin mentionne les communautés sur internet comme un exemple de nouvelle forme de participation civique.

de son réseau. En premier lieu, un répondant identifie son occupation dans une liste classée. Par la suite le répondant identifie toutes les occupations que tiennent ses contacts, afin de savoir quelles sont les ressources disponibles. En ajoutant des questions sur les facteurs collectifs et structurels (éducation et revenu) qui affectent les retours sur l'investissement, il est possible de quantifier les ressources socioéconomiques de réseaux disponibles aux répondants et leur position dans leurs réseaux. La confiance et la solidarité sont donc pour Lin des déterminants de l'accès aux ressources du capital social, plutôt que des indicateurs du capital social selon Putnam. L'approche de Lin se concentre sur les ressources disponibles aux individus dans les réseaux et les facteurs qui affectent leur accès aux ressources. En lien à cette opérationnalisation des ressources de réseaux est l'indice de réseaux de soutien social établi par Lisa Berkman. Cet indice mesure la proximité aux ressources, les caractéristiques des liens (fréquence, quantité et réciprocité) et les caractéristiques des réseaux (taille et étendu du réseau, densité, homogénéité des groupes dans le réseau et délimitation du réseau selon son rôle) (Berkman et Krishna dans Berkman et al., 2014, p. 255-256).

### 1.2.3 Courant normatif de Kawachi

Lin et Putnam mentionnent brièvement les retombées du capital social sur la santé mentale et physique, cependant, ils ne développent pas ces aspects dans leurs théories du capital social. C'est avec les écrits d'Ichiro Kawachi que le capital social est lié à la santé communautaire. Celui-ci élabore une conception du capital social qui s'applique dans son domaine, l'épidémiologie sociale. Cette conception est clairement influencée à la fois par Durkheim, Coleman et Putnam. Selon Kawachi le capital social est une partie importante d'une société cohésive, caractérisée par l'absence de conflit social et la présence de liens forts (les liens forts sont le capital social – normes de réciprocité, solidarité et confiance envers les autres) (Kawachi et Berkman, 2000). Le capital social est un bien collectif qui remplit une fonction de contrôle social par l'entremise de normes d'entraide.

L'apport théorique de Kawachi est de développer une théorisation du capital social comme déterminant de la santé communautaire selon trois mécanismes. Le premier mécanisme est la régulation des comportements de santé, que ce soit par la diffusion d'information ou le maintien des normes de vie saine dans une communauté avec un capital social élevé. La présence de solidarité et d'entraide dans les communautés avec un capital social élevé facilite l'échange d'information et la répression de comportements nocifs (sans que ceci soit un acquis, il est aussi possible que des normes saines soient réprimés). Le deuxième mécanisme est l'accès aux services – les quartiers avec un capital social élevé bénéficient d'une cohésion élevée, qui leur permet de défendre leurs intérêts en matière de politiques de santé et d'allocation de services de santé. Le troisième est le mécanisme psychosocial, un effet indirect de vivre dans une communauté « cohésive ». Un quartier avec un niveau de capital social élevé est caractérisé par un haut niveau de confiance, de réciprocité et de solidarité. Ces atouts favorisent les liens forts et le support social, qui a par la suite des retombées positives sur la santé des individus vivant dans ces quartiers (*Ibid.*, p.185). La présence d'un réseau de support peut améliorer l'habileté d'un individu à s'adapter au stress, cependant, l'obligation de fournir un support social pour les femmes peut aussi agir en tant que facteur de risque (Kawachi et Berkman, 2001, p. 460). Les effets du support social seraient donc modulés par le genre, le statut socioéconomique, les ressources disponibles dans les réseaux et l'âge (*Ibid.*). En parallèle avec la méthode de Putnam, Kawachi applique son approche au niveau

agrégé; ses analyses vont se faire sur la santé d'une collectivité géographiquement située et ses habitants. Kawachi étudie donc l'effet contextuel<sup>4</sup> du capital social dans les communautés.

Suivant la description des théories du capital social, il importe de décrire les formes du capital social étudiées dans la littérature scientifique.

#### 1.2.4 Formes du capital social

Établir une typologie des formes du capital social est difficile puisque le concept a grandi en importance sans qu'un consensus sur la mesure du concept, son niveau d'agrégation ou ses effets soit établi dans la littérature (Engbers *et al.*, 2017, p.538). Une typologie par Engbers *et al.* du capital social contient cinq catégories : « (1) *social trust*; (2) *formal membership and group participation*; (3) *altruism*; (4) *informal interaction among individuals and* (5) *shared norms* » (*Ibid.*, p.539). Une autre typologie entreprise par Moore et Kawachi est relativement brève et tend vers l'ambiguïté conceptuelle, néanmoins elle s'applique à la grande majorité des études sur le capital social. Il y a premièrement le capital social cognitif, une mesure de la perception du support, de la réciprocité et la confiance. En particulier, la confiance se distingue entre la confiance « *thin* » (mince - confiance générale envers autrui) et la confiance « *thick* » (épaisse, c'est-à-dire la confiance envers ses relations personnelles) (Moore et Kawachi, 2017, p.513-514). Deuxièmement, il y a le capital social structurel défini par la « *presence or absence of formal opportunity structures or activities in which individual actors might develop social ties and build social networks* » (*Ibid.*, p.515). Ce dernier se mesure par le niveau de participation aux associations, aux clubs, aux élections et les activités de bénévolat (*Ibid.*). Il y a trois autres concepts qui décrivent le contexte dans lequel opère le capital social : le capital social *bonding*, *bridging* et *linking* (*Ibid.*, p. 513). Dans le contexte du *bonding*, les identités dans le groupe ou le réseau sont relativement homogènes (même âge, sexe, ethnicité); le *bridging* implique un contexte hétérogène (interaction entre différents groupes sociodémographiques) et le *linking* implique un contexte de respect et de confiance selon des formes institutionnalisées d'autorité et de pouvoir, par exemple le niveau de confiance envers son médecin de famille (*Ibid.*).

### 1.3 Débats dans l'étude du capital social

Il importe de présenter les critiques théoriques du capital social. Une critique importante du capital social souligne que le concept est utilisé par certains chercheurs<sup>5</sup> afin d'expliquer un ensemble hétérogène de problèmes et phénomènes sociaux (Portes, 1998, Foley et Edwards, 1999) sans que la mesure du concept soit suffisamment précisée (Song, 2013). Ceci se fait sans qu'il n'y ait un levier pratique dans l'élaboration de politiques (Ponthieux, 2006). L'accent sur la cohésion

---

<sup>4</sup> Cet effet s'exerce et s'observe au niveau du contexte, ou le contexte d'un individu affecte sa santé. D'autres chercheurs étudient le niveau individuel, voulant analyser l'effet compositionnel. L'effet compositionnel réfère aux effets de santé liés à la composition d'un échantillon (par exemple celles liées aux caractéristiques sociodémographiques : revenu, âge, sexe, etc.).

<sup>5</sup> L'émergence du capital social en sciences sociales se base sur l'explication de phénomènes restreints : les bénéfices du support social et du support familial dans la recherche d'emploi par exemple. Lorsque les textes citant le capital social ont gagné en ampleur, le capital social a été utilisé pour expliquer le niveau de développement économique des pays et le cynisme électoral parmi d'autres problèmes sociaux de grande portée (Engbers *et al.*, 2017, p.538).

et le contrôle social se base sur le renforcement des normes et valeurs majoritaires, ce qui peut solidifier l'exclusion des groupes minoritaires (Uphoff *et al.*, 2013, p.9).

Malgré ces préoccupations, le capital social a été étudié dans plusieurs recherches notamment, en ce qui nous concerne, sur l'existence d'une relation entre le capital social et la santé mentale.

## Section 2. Revue de littérature

Nous examinerons certaines des recherches sur le lien entre le capital social et la santé mentale et par la suite nous approfondirons notre regard sur le lien de causalité entre le capital social et la santé mentale. Les recherches se divisent en deux groupes : l'existence d'une relation faible ou d'une relation forte entre le capital social et la santé.

### 2.1 Les études appuyant une faible relation entre le capital social et la santé

Les recherches vues dans cette section sont celles qui ont identifié une relation faible entre le capital social, dans une forme quelconque, et la santé physique ou mentale. Il mérite de commencer avec un survol général de la littérature, qui se fait avec une revue systématique entreprise par De Silva *et al.* (2005). Dans leur recherche, les auteurs se donnent l'objectif d'analyser et de classer les recherches sur le lien entre le capital social et la santé. Les auteurs font état des recherches publiées jusqu'en 2003, se situant alors au début de l'émergence du capital social en épidémiologie sociale. En tout, 21 études ont été analysées.

Les études ont été classées en trois catégories : i) une relation inverse entre le capital social et les troubles mentaux (haut niveau de capital social est corrélé à un bas niveau de troubles mentaux); ii) aucune association significative; iii) une association positive (haut niveau de capital social est corrélé à un plus haut niveau de troubles mentaux). Au niveau individuel, la majorité des estimations sur le capital social cognitif (7 sur 11) et structurel (3 sur 7) trouvent une relation inverse significative avec les troubles mentaux communs (De Silva *et al.*, 2005, p.621). Au niveau agrégé, 10 sur 14 des estimations ne trouvent aucune association entre le capital social cognitif ou structurel et les troubles mentaux communs (*Ibid.*). Deux constats importants ressortent de ces résultats. Premièrement, les résultats au niveau agrégé et individuel du capital social sont incohérents, ce qui suggère que le contexte d'analyse importe fortement dans l'étude du rapport entre le capital social et la santé mentale. Deuxièmement, le capital social individuel est corrélé de manière inverse avec la santé mentale : plus le capital social est élevé, plus les chances d'avoir un trouble de santé mentale sont faibles. Selon les auteurs, les résultats seraient peu concluants puisque les mesures du capital social sont disparates. De plus, les résultats sont contradictoires et les mécanismes d'association entre le capital social et la santé mentale ne sont pas suffisamment expliqués dans la grande majorité des textes analysés (*Ibid.*, p. 625). La relation inverse entre le capital social cognitif et la santé mentale pourrait s'expliquer selon les conséquences de certains troubles mentaux. Par exemple, les personnes en épisode dépressif auraient tendance à s'isoler et percevoir leurs ressources de capital social de manière plus négative que ceux avec une meilleure santé mentale. Il faudrait donc entreprendre plus de recherches longitudinales afin de clarifier le lien de causalité entre le capital social cognitif et la santé mentale (*Ibid.*, p. 625).

Nakhaie *et al.* (2007) étudient les inégalités sociales et le capital social. Nakhaie *et al.* (2007) critiquent le capital social comme un outil des institutions néolibérales. Ce concept permettrait aux gouvernements d'expliquer les écarts de santé selon des comportements individuels sans que la responsabilité repose sur l'État de diminuer les inégalités sociales. Dans la perspective des auteurs, les inégalités sociales seraient la cause principale des écarts de santé dans une population. Les types suivants de capital social sont étudiés : structurel, bonding et bridging. En utilisant des régressions logistiques, les auteurs mesurent la relation entre le capital social, les inégalités sociales et quatre différents indices de santé. Les indices de santé sont : la santé subjective générale, les problèmes de santé chronique, le niveau de détresse et un indice général de santé. Dans tous les modèles de régression, les variables d'inégalités sociales ont un effet uniforme dans leur relation avec les quatre indices de santé. Le capital social a des effets moindres et contradictoires selon les différentes formes étudiées (Nakhaie *et al.*, 2007, p. 577). Leur conclusion : les inégalités sociales sont un concept relativement bien défini dont les mécanismes peuvent clairement affecter les quatre indices de santé étudiés. Le capital social aurait un effet plus indirect, agissant par l'entremise de la position de classe d'un individu. Autrement dit, ceux qui ont un statut socioéconomique supérieur bénéficient plus d'un niveau de capital social élevé que quelqu'un de plus pauvre.

Une autre étude par Daoud *et al.* se concentre sur le capital social au niveau agrégé en étudiant le lien entre le capital social *bonding*, *bridging*, *linking* et la dépression parmi les immigrants vivant à Toronto. Les indicateurs des formes de capital social étudiées sont les suivants. Pour le capital *bonding* : contrôle social et cohésion dans le quartier<sup>6</sup>. Pour le capital *bridging* : la participation active dans les groupes culturels. Pour le capital *linking* : le niveau de participation dans les activités politiques. Dans leur conclusion les auteurs trouvent peu d'associations entre certaines formes du capital social et la dépression dans deux quartiers de Toronto. Seulement le capital social *linking* et *bonding* (plus précisément le sentiment d'appartenance au quartier et le partage de valeurs) ont une relation significative inverse avec le diagnostic de dépression (Daoud *et al.*, 2016, p. 536).

L'étude de Luo et Menec (2018) a une population très ciblée. Les chercheurs ont étudié la relation entre le capital social et la santé parmi des immigrants chinois âgés de 60 ans et plus à Winnipeg. La santé est mesurée selon un indice de la santé physique et mentale. Cinq domaines du capital social ont été étudiés : « *Views about the area or perception of community, Trust and reciprocity, Civic participation, Social networks, social supports, and social interaction, Social participation, social engagement, and commitment* » (Luo et Menec, 2018, p. 67). En utilisant cinq domaines différents du capital social dans des modèles de régression logistique, l'étude conclut que seulement la participation sociale et civique était associée de manière significative avec la santé mentale, et ce parmi les femmes dans l'échantillon. Les résultats pourraient s'expliquer par une incompréhension culturelle du concept de capital social, ainsi qu'un niveau élevé d'isolation vécu par les participants vis-à-vis leur communauté (*Ibid.*, p. 76-77). En effet, la grande majorité

---

<sup>6</sup> À noter un point de confusion possible, qui souligne l'ambiguïté conceptuelle du capital social dans la littérature. Les indicateurs que les auteurs utilisent pour le capital social *bonding* sont : confiance envers les autres et volonté à intervenir pour le bien des autres. Ces indicateurs sont plus souvent considérés des indicateurs du capital social cognitif et cohésion, respectivement (Kawachi et Moore, 2017, p. 513-514).

de l'échantillon fréquente rarement des personnes qui ne sont pas membres de leur famille, de sorte qu'un effet de capital social hors famille ne pourrait pas être observé sur la santé (*Ibid.*).

Une analyse menée par Statistique Canada d'une enquête longitudinale permet d'établir un portrait temporel de la santé mentale. Robert et Gilkinson (2012) analysent l'enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC). Cette enquête suit une cohorte de 12000 immigrants au Canada, commençant avec leur arrivée au pays en 2000 et se concluant en 2005. Les chercheuses utilisent des modèles de régressions logistiques afin de voir quelles variables affectent la prévalence de problèmes émotionnels et de détresse dans la cohorte. Deux formes de capital social sont étudiées : structurelle (niveau de participation aux organisations) et *bonding* (fréquence de contact avec membres de sa famille). Selon leurs résultats, les deux formes de capital social n'ont pas de relation avec la détresse ou les troubles émotionnels, et ceci dans la deuxième et troisième vague de l'enquête. Selon les chercheuses, ceci s'explique par l'effet significatif que d'autres facteurs tels l'accès aux soins de santé, la région d'origine et la catégorie d'immigration auraient sur la santé mentale (Robert et Gilkinson, 2012). Les chercheuses utilisent un cadre théorique qui reconnaît qu'une vaste gamme de variables influe sur la santé. Ce cadre, adapté par Newbold (2009), démontre des associations entre l'état de santé déclaré et les variables : i) sociodémographiques; ii) socioéconomiques; iii) de réseautage social et iv) d'utilisation des services de santé (*Ibid.*, p.6). Dans un tel cadre d'analyse, les chercheuses ont trouvé que l'effet du capital social est peu significatif.

Miroitant les observations de la revue systématique par De Silva *et al.* (2005), les textes vus dans cette section utilisent un ensemble varié de définitions et d'indicateurs du capital social. De Silva *et al.* (2005) affirment que la comparaison des études sur le capital social se complique en raison de la diversité des définitions conceptuelles et opératoires utilisées. Dans le texte de Daoud *et al.* (2016), par exemple, le capital social *bonding* est opérationnalisé selon une définition différente que celle établie par Moore et Kawachi. Nakhaie *et al.* (2007) considèrent la taille du ménage et le statut matrimonial comme indicateurs du capital social, ce qui est une approche moins commune. Afin de résoudre ce problème, certains recommandent la clarification du concept et du mécanisme par lequel il affecte la santé (De Silva *et al.*, 2005, Nakhaie *et al.*, 2007). D'autres affirment que la consultation de services de santé (Robert et Gilkinson, 2012) affecte plus la santé que le capital social. Finalement Luo et Menec (2018) affirment que le capital social a peu d'effet observable sur la santé dans un échantillon avec un niveau élevé d'isolation vis-à-vis leur communauté.

## **2.2 Les études appuyant une relation significative entre le capital social et la santé mentale**

Les recherches vues dans cette section sont celles qui ont trouvé une relation significative entre le capital social, dans une forme quelconque, et la santé. Il faut cependant noter que même avec une relation significative il est difficile de généraliser compte tenu la grande diversité des mesures et des indicateurs de capital social utilisés dans les recherches.

Le premier texte est une revue systématique de la littérature, avec la même méthodologie que celle entreprise par De Silva *et al.* en 2005<sup>7</sup>. Les auteurs ont analysé et classé un total de 39

---

<sup>7</sup> À noter que Mary J. De Silva a contribué au texte de 2005 « Social capital and mental illness: a systematic review » vu dans la section précédente ainsi que le texte de 2015 « Social capital and common mental disorder: a systematic

études sur le capital social et les troubles mentaux communs publiés avant juillet 2014. L'échantillon est composé de 31 études transversales et huit longitudinales. Il y a 31 études qui analysent le capital social structurel, 39 qui analysent le capital social cognitif. Dans l'échantillon 11 études étudient des variables au niveau agrégé et 39 au niveau individuel. Premier constat : au niveau individuel, le capital social cognitif a une relation significative inverse avec la prévalence des troubles mentaux communs (Ehsan et De Silva, 2015, p.1023). Deuxièmement, les effets du capital social structurel individuel sont moins uniformes que le cognitif. Il est difficile d'affirmer que le capital structurel est un facteur lié de manière significative avec la santé mentale. Les mêmes constats s'observent au niveau agrégé. Selon les auteurs, les résultats suggèrent la validité du concept comme un phénomène observable au niveau individuel. La relation entre le capital social cognitif et les troubles mentaux communs est presque uniforme dans les études choisies, ceci suggère que cette forme du capital social a une association claire avec la santé mentale (*Ibid.*, p. 1023). Les effets du capital social structurel sur les troubles mentaux communs sont donc ambigus.

Bassett et Moore (2013) incorporent les formes du capital social structurel, cognitif et de réseau dans l'étude de la prévalence de symptômes dépressifs dans les quartiers de Montréal. Les auteurs utilisent l'approche de Lin avec le capital social de réseau. Pour le capital social de réseau, un « *name generator* » et « *position generator* » mesurent la provenance géographique des contacts (intérieur ou extérieur du quartier), les ressources disponibles dans le réseau (éducation et prestige associé des connaissances), la composition démographique du réseau et la force de la relation avec les connaissances nommées par le répondant. Le capital social structurel est le niveau de participation aux associations. Le capital social cognitif est la confiance envers les autres. Les auteurs utilisent des modèles de régressions logistiques progressifs afin de voir la relation : i) le capital social cognitif a une relation inverse avec la dépression; ii) le capital social structurel n'a pas de relation significative avec la dépression; iii) seulement la mesure de provenance géographique du capital social de réseau a une relation significative avec la dépression. Ceux avec un réseau composé uniquement de membres du quartier avaient moins de chances à avoir des symptômes dépressifs (Bassett et Moore, 2013, p.101).

Hassanzadeh *et al.* (2016) explorent les relations indirectes entre la santé mentale, le capital social et le statut socioéconomique. Ceci se fait avec des modèles d'équations structurelles, qui permettent de modéliser des relations entre variables latentes et observées. La santé mentale et le capital social sont des variables endogènes dans les modèles d'analyse et le statut socioéconomique et les caractéristiques sociodémographiques sont exogènes. Le capital social est une variable latente, basée sur une analyse factorielle des formes du capital social cognitif et structurel. L'approche méthodologique des auteurs est de considérer le capital social comme un facteur de protection intermédiaire qui diminue les impacts des inégalités sociales sur la santé mentale. La conclusion des auteurs est que le capital social est lié directement avec la santé mentale et indirectement, par l'entremise du statut socioéconomique (Hassanzadeh *et al.*, 2016). Le statut socioéconomique d'un individu affecte aussi l'accès au capital social et ses effets protecteurs pour la santé mentale. Par exemple, ceux avec un statut socioéconomique plus bas bénéficient moins des bienfaits du capital social selon les analyses (*Ibid.*). L'étude de l'effet d'interaction entre inégalité sociale, capital social et santé a aussi été étudiée dans une revue systématique par Uphoff *et al.* (2013). Cette revue a conclu que les personnes avec un plus bas statut socioéconomique

---

review » vu dans cette section. La comparaison de ces revues systématiques permet de mieux cerner l'évolution de la recherche sur le capital social entre 1992 et 2014.

avaient un plus bas niveau de capital social et une plus grande difficulté à accéder au capital social (Uphoff *et al.*, 2013). Cette revue a aussi trouvé un effet d'interaction pour le capital social, qui protège contre les effets néfastes de l'inégalité sociale sur la santé mentale (*Ibid.*).

Une étude au Japon a analysé la relation entre le capital social cognitif et structurel et la santé mentale auto reportée (Hamano *et al.*, 2010). Cette étude utilise des modèles multiniveaux de régressions, qui agrège les réponses individuelles selon des quartiers. Les auteurs utilisent des indicateurs de capital social communs : confiance envers les autres (cognitif) et participation dans les associations (structurel). Leur conclusion : le capital social, dans ses deux formes, aurait un effet contextuel positif sur la santé mentale des individus par l'entremise de leur quartier (*Ibid.*, p.4). En trouvant des résultats appuyant un effet contextuel du capital social, les auteurs de cette étude supportent la conceptualisation du capital social décrite par Kawachi (Moore et Kawachi, 2017). Vivre dans un quartier avec un haut niveau de capital social affecte positivement la santé de ses habitants, tandis que ceux dans un quartier avec un bas niveau de capital social bénéficient moins.

Une étude par Fowler *et al.* (2013) explore les différences de genre dans l'étude du capital social. L'objectif est de clarifier le lien entre la dépression et le capital social cognitif. Ce faisant, il est aussi question de vérifier s'il y a des différences de genre dans l'utilisation des ressources du capital social durant un épisode dépressif. Cette approche se justifie pour deux raisons. La première correspond aux différences de comportements durant un épisode dépressif : les hommes tendent à se distraire, tandis que les femmes tendent à remuer (Fowler *et al.*, 2013, E85). Ceci mène généralement à un épisode dépressif de plus longue durée pour les femmes (*Ibid.*). La deuxième raison correspond aux différences dans l'utilisation de ressources de support social durant un épisode dépressif. Les femmes sont plus aptes à chercher de l'aide dans leurs réseaux de support, ce qui peut avoir de conséquences négatives si les ressources disponibles dans les réseaux sont jugées insuffisantes (*Ibid.*, E86). Le stress peut aussi se diffuser et avoir des impacts plus prononcés dans les réseaux de supports plus interconnectés des femmes (Kawachi et Berkman, 2001, p. 462). Il est observé que les hommes tendent à bénéficier plus d'un support tangible, tandis que les femmes bénéficient d'un support émotionnel/informationnel (*Ibid.*). La recherche explore ce phénomène avec des modèles de régressions logistiques qui mesurent l'impact de certaines variables sur la sévérité/durée de l'épisode dépressif parmi les hommes et les femmes. Le capital social cognitif (sentiment d'appartenance à la communauté) et quatre dimensions de support social sont à l'étude. Premièrement, les auteurs observent que la dépression est plus sévère pour les femmes que les hommes. Deuxièmement, le capital social cognitif et l'interaction sociale positive (une dimension du support social) sont des variables qui ont un effet significatif de protection contre la dépression pour les hommes et les femmes. Dernièrement, pour les femmes le support tangible (une dimension du support social) a un effet positif sur la dépression. Autrement dit, plus l'épisode est sévère, plus le support tangible est élevé. Ces résultats ne s'observent pas parmi les hommes (*Ibid.*)<sup>8</sup>.

Une étude par Cohen-Cline *et al.* (2018) permet de contrôler pour les facteurs génétiques qui contribuent à la dépression en faisant des analyses entre pairs dans un échantillon composé de

---

<sup>8</sup> À noter que les modèles de régression de Fowler *et al.* expliquent une partie mineure de la variance. Les variables suivantes qui ont un lien reconnu avec la dépression ne sont pas inclus dans leurs modèles : statut matrimonial, statut socioéconomique et race/ethnicité (Fowler *et al.*, 2013, E94).

jumeaux. Les chercheurs utilisent aussi plusieurs formes et indicateurs du capital social dans leur analyse. Il a été trouvé que le capital social cognitif, le sentiment d'appartenance à la communauté et la confiance envers les autres étaient fortement corrélés de manière inverse avec la présence de symptômes dépressifs (Cohen-Cline *et al.*, 2018, p.7). La relation entre le capital social structurel et la dépression était non significative.

Certains constats sont retenus dans cette revue de littérature. Toutes les recherches trouvent une relation significative entre le capital social cognitif et le niveau de santé mentale. Ceci s'observe avec la dépression (Bassett et Moore, 2013, Fowler *et al.*, 2013, Cohen-Cline *et al.*, 2018) et la santé mentale auto reportée (Hassanzadeh *et al.*, 2016, Hamano *et al.*, 2010). La revue systématique supporte ce constat (Ehsan et De Silva, 2015). Les effets du capital social structurel sont moins uniformes et donc moins concluants. Une lacune identifiée dans la revue systématique de 2005 par De Silva *et al.* est le manque d'études longitudinales qui peuvent analyser la relation temporelle entre le capital social et la santé mentale. Il est possible que la relation significative entre le capital social cognitif et la santé mentale se doive à la causalité inverse<sup>9</sup>. Par exemple, l'anxiété et la dépression produisent des façons de penser plus négatives, ainsi qu'un retrait social (De Silva *et al.*, 2005, p.624). En raison de ceci, les personnes seraient moins impliquées dans la communauté et moins positives dans leur évaluation de leur entourage, qui mène à un capital social plus bas (*Ibid.*). Afin de clarifier le lien de causalité, nous examinerons les recherches longitudinales dans la section suivante.

### 2.3 Études sur le lien de causalité

La revue systématique par Ehsan et De Silva (2015) a examiné sept études longitudinales. Ces études ont conclu que le capital social cognitif est un facteur de protection significatif contre les chances de développer la dépression (Ehsan et De Silva, 2015, p. 1023). Les résultats pour le capital social structurel sont peu concluants dans cette revue systématique (*Ibid.*). Cependant, en analysant une enquête longitudinale en 2016 des chercheurs ont trouvé que l'association entre le capital social structurel et la dépression est significative (Landstedt *et al.*, 2016).

Une des études vues dans la revue systématique montre que la confiance envers les autres (capital social cognitif) gardait une association significative et positive avec la santé mentale auto reportée durant une période de sept années (Giordano et Lindström, 2011). Une autre étude par Carr (2020) analyse le lien entre le capital social structurel et cognitif et la dépression. Utilisant des modèles de régressions, il est conclu que les deux formes du capital social sont des facteurs de protection contre les symptômes dépressifs durant une période de sept ans (Carr, 2020, p.6). Ceci s'observe en contrôlant pour le revenu, l'éducation, l'âge et le sexe. Une autre étude longitudinale sur la dépression montre que la confiance envers les autres est significativement associée avec la dépression. Ceux avec des hauts niveaux de confiance ont de moindres chances de développer la dépression que ceux avec un bas niveau de confiance envers les autres (Kim *et al.*, 2012).

En somme le capital social cognitif, plus précisément le sentiment d'appartenance à la communauté et la confiance envers les autres sont des facteurs de protection contre la dépression et une mauvaise santé mentale auto reportée. La causalité inverse n'est pas observée dans les études

---

<sup>9</sup> Ceci est une interprétation de résultats ou le facteur explicatif est interprété de manière erronée comme étant le facteur expliqué.

longitudinales vues si haut. Ceci permet de clarifier l'effet du capital social sur la santé mentale. Néanmoins, il y a toujours une diversité d'indicateurs et de définitions dans les recherches sur le capital social qui limite l'établissement d'un consensus sur le concept.

Ayant discuté les aspects théoriques et empiriques du capital social, il importe maintenant de décrire la santé mentale parmi les immigrants de minorité visible au Canada. Par la suite nous faisons une brève revue de certains déterminants de la santé mentale.

#### 2.4 Quel est le « *healthy immigrant effect* » ?

Dans la population immigrante au Canada et d'autres pays occidentaux s'observe un phénomène nommé le « *healthy immigrant effect* » en anglais. Suivant l'arrivée au pays, le niveau de santé mentale et physique des immigrants est supérieur à la moyenne canadienne. Par la suite, il commence à baisser et approche le niveau de santé des non-immigrants après 10 ans au pays (Vang *et al.*, 2015). La population qui démontre cet effet présente les caractéristiques suivantes : est issue de minorités visibles et est originaire de l'Asie, l'Amérique du Sud et l'Afrique. L'on observe aussi que cet effet s'observe seulement parmi ceux arrivés au Canada à l'âge adulte en tant qu'immigrants de classe économique. Finalement, l'effet est présent parmi les immigrants récents (*Ibid.*, p.11). Cet effet s'observe en examinant les mesures suivantes de la santé mentale : la santé mentale auto reportée, la détresse psychologique, la dépression et l'anxiété (*Ibid.*). L'on observe une prévalence diminuée de ces troubles et un niveau de santé mentale auto reportée supérieur comparée aux non-immigrants. Cet effet est aussi présent en regardant les mesures de la santé physique, de sorte qu'il y a aussi une prévalence plus basse de maladies chroniques tel le cancer, l'asthme, l'obésité et le diabète parmi les immigrants récents de minorités visibles (*Ibid.*).

Les explications proposées de cet avantage et de sa détérioration subséquente de la santé sont multiples. Les études empiriques (De Maio et Kemp, 2010 et Salami *et al.*, 2017) se concentrent sur les facteurs post migratoires qui pourraient expliquer ce phénomène. Ceci se doit à la difficulté d'évaluer les influences pré migratoires qui pourraient affecter la santé des immigrants après leur arrivée au Canada. Une explication de l'effet d'immigrant en santé serait le processus de sélection des immigrants. Le dépistage médical pré migratoire ainsi que les difficultés associées à la migration favorisent ceux qui sont mobiles et en bonne santé. Ceci pourrait expliquer l'effet d'immigrant en santé parmi les immigrants récents (*Ibid.*). Il y a aussi le fait que la politique d'immigration canadienne favorise ceux avec un haut niveau d'éducation et un réseau de contacts au Canada. Il est connu qu'un haut niveau de capital humain est lié à un ensemble de retombées positives sur la santé (*Ibid.*).

Cependant, ces explications ne permettent pas de comprendre pourquoi l'avantage de santé s'observe seulement parmi les immigrants de minorités visibles. L'enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) de 2001-2005 permet de distinguer certaines causes de la détérioration de la santé mentale parmi les immigrants de minorités visibles. De Maio et Kemp (2010) ont entrepris une étude sur la contribution du statut socioéconomique et la discrimination sur la prévalence de troubles émotionnels dans l'ELIC. Leurs conclusions sont multiples. Le déclin de la santé mentale est le plus prononcé parmi les femmes, les minorités visibles, ceux dans le quartile inférieur de revenu et ceux qui ont vécu de la discrimination (De Maio et Kemp, 2010, p.468). Ceci montre la discrimination et l'insécurité financière ont une relation significative avec

la détérioration de la santé parmi les immigrants de minorités visibles. Une limite de cette recherche est que la population à l'étude soit regroupée selon un oui ou non du statut de minorité visible, ce qui agglomère les différents groupes ethniques qui y sont constitutifs (*Ibid.*, p.475-476).

Salami *et al.* (2017) analysent trois cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les variables dépendantes sont la santé mentale auto reportée et les déclarations de diagnostics de trouble d'humeur. Les variables indépendantes sont le sexe, l'âge, le temps depuis l'arrivée au Canada, le statut d'immigrant et le sentiment d'appartenance à la communauté (un indicateur du capital social cognitif). Dans les modèles de régression logistique, les auteurs trouvent que les variables indépendantes mentionnées ci-haut expliquent la grande majorité de l'écart de santé entre immigrants et non-immigrants (Salami *et al.*, 2017,e365). Il y avait un avantage de santé pour ceux avec un haut niveau d'appartenance à leur communauté, un haut revenu, âgé de plus de 60 ans et les immigrants récents (*Ibid.*). Les auteurs de cet article soulignent le besoin de mener des analyses parmi les différents groupes ethniques au lieu d'utiliser la catégorie binaire de 'minorité visible – oui/non' (*Ibid.*, e366).

## 2.5 Déterminants sociaux de la santé mentale

Il y a un ensemble de facteurs sociaux, nommés déterminants, qui tiennent un rôle important dans le niveau de santé mentale d'une population. Ces déterminants sont par exemple le sexe, le revenu et la discrimination. Il y a une interrelation complexe entre les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui affectent la santé mentale, de sorte qu'il y a un grand nombre de déterminants (Barry, 2009, p. 7-8). Nous nous limitons par besoin de parcimonie et selon les données disponibles.

Certains déterminants reflètent le statut socioéconomique et des problèmes affectant particulièrement les immigrants issus de minorités visibles. Les études de De Maio et Kemp (2010) et Salami *et al.* (2017) ont établi un lien entre le revenu, l'éducation, le sexe, la situation professionnelle, l'âge, l'état matrimonial et la santé mentale auto reportée et le diagnostic de trouble de santé mentale parmi les immigrants au Canada. Il y a aussi un ensemble de déterminants qui sont particulièrement pertinents parmi les immigrants de minorités visibles au Canada. Ces déterminants sont l'ethnicité, la langue maternelle et la classe d'immigrant. Ces déterminants sont aussi liés à la santé mentale (Vang *et al.*, 2015, Robert et Gilkinson, 2012, Montazer, 2020). La non-connaissance de langues officielles était liée à une plus grande difficulté à accéder aux services de santé (Bergeron *et al.*, 2009, Salami *et al.*, 2019). La compréhension culturellement différente de la santé mentale affectait aussi l'accès aux services de santé et est liée à une difficulté à reconnaître les symptômes dépressifs (Salami *et al.*, 2019, Tieu *et al.*, 2010, Luo et Menec, 2018).

Cette recherche se pose en complément aux études sur l'effet d'immigrant en santé ainsi que les études sur le lien entre le capital social et la santé mentale. L'intérêt de notre approche est d'effectuer une étude à la fois avec les déterminants de l'effet d'immigrant en santé et les formes du capital social, dans le but de mieux isoler la contribution à la santé mentale de tous ces facteurs.

## Section 3. Objectif et hypothèses

L'approche théorique adoptée dans le cadre de cette étude est une synthèse de l'approche de Lin et celle de Kawachi. L'approche de Kawachi est utilisée pour expliquer les mécanismes par lesquels le capital social est un déterminant de la santé mentale. Selon Kawachi, ce serait par l'accès à l'information, la régulation de comportements affectant la santé et la présence d'un support social que le capital social affecte la santé mentale. L'opérationnalisation du capital social est la même que celle de Kawachi. Nous avons choisi certains de ses indicateurs du capital social : la confiance envers les autres, le sentiment d'appartenance et le partage des valeurs avec ses connaissances. Nous avons aussi choisi des indicateurs du capital social *bonding* liés conceptuellement aux mesures de support social.

Cependant au lieu d'adopter l'approche multi niveau de Kawachi qui interprète les résultats au niveau individuel et collectif, nous effectuons seulement des analyses au niveau individuel similairement à Lin. Nous avons exclu les variables qui recensent le milieu géographique des répondants, c'est-à-dire le quartier, la région ou la province. Théoriquement, il est considéré que les bienfaits de vivre dans une communauté cohésive s'observent dans la santé des individus. Cette approche a été validée par plusieurs études, qui ont conclu que les effets du capital social sur la santé étaient plus significatifs et uniformes au niveau individuel qu'au niveau agrégé (Kim *et al.*, 2012, p.183, Ehsan et De Silva, 2015, Giordano *et al.*, 2011).

### 3.1 Objectif

L'objectif est d'établir s'il y a une relation substantielle et significative entre les formes du capital social et la santé mentale lorsque d'autres déterminants sociaux de la santé mentale sont considérés.

### 3.2 Hypothèses

Nous avons établi les hypothèses suivantes selon notre revue de littérature.

#### Hypothèses principales

Hypothèse 1. Il y aura une relation significative entre les formes du capital social cognitif et la santé mentale auto reportée. On pense qu'un niveau élevé de capital social cognitif sera corrélé avec une plus grande probabilité d'avoir une bonne santé mentale. Les études en très grande partie établissent une relation significative entre les indicateurs du capital social cognitif et la santé mentale auto reportée. Ceci se voit avec le sentiment que les autres sont fondamentalement bons (Hamano *et al.*, 2010, Giordano et Lindström, 2011, Welsh et Berry, 2010) et le sentiment d'appartenance à sa communauté (Salami *et al.*, 2017, Welsh et Berry, 2010), deux indicateurs du capital social cognitif.

Hypothèse 2. Il y aura une relation significative entre les formes du capital social *bonding* et la santé mentale auto reportée. Plus le niveau de capital est élevé meilleure sera la santé mentale auto reportée. Les études ont établi une relation significative entre les indicateurs du capital social *bonding* et la santé mentale auto reportée. Plus particulièrement ceci se voit avec le sentiment de partager les attitudes de son groupe (Saeri *et al.*, 2018), le sentiment d'avoir des relations chaleureuses, d'avoir un support tangible, d'avoir un sentiment de réassurance de sa valeur,

d'intégration sociale et l'obtention de conseils (Chadwick et Collins, 2015, Puyat, 2013, Welsh et Berry, 2010).

### **Hypothèses secondaires**

Hypothèse S1. Il y aura une relation significative ressemblant un 'U' inverse entre l'âge et la santé mentale auto reportée. Il est attendu que la santé mentale basse sera plus prévalente dans la tranche d'âge de 35 à 64 ans, ce qui est supporté par certaines recherches (Salami *et al.*, 2017, De Maio et Kemp, 2010, Giordano et Lindström, 2011).

Hypothèse S2. La santé mentale auto reportée basse sera plus prévalente parmi les femmes et nous pensons que cette relation sera significative. Une recherche observe un lien significatif (Giordano et Lindström, 2011) et une autre trouve que la relation n'est pas significative en contrôlant pour le revenu, l'éducation et le capital social cognitif (Salami *et al.*, 2017).

Hypothèse S3. Le statut matrimonial aura une relation significative avec la santé mentale. Les mariés auront un avantage de santé comparé aux autres catégories de répondants (De Maio et Kemp, 2010, Giordano et Lindström, 2011).

Hypothèse S4. L'éducation aura une relation significative avec la santé mentale auto reportée. Il est pensé que ceux qui détiennent une éducation de secondaire ou moindre auront une santé mentale moins bonne comparée aux autres catégories d'éducation (Giordano et Lindström, 2011).

Hypothèse S5. Le statut d'immigrant sera corrélé avec la santé mentale auto reportée et les immigrants auront un avantage en comparaison aux non-immigrants (Salami *et al.*, 2017, Bergeron *et al.*, 2009).

Hypothèse S6. Nous nous attendons à ce que les immigrants récents aient un avantage de santé en contraste aux immigrants de longue durée (Salami *et al.*, 2017, Bergeron *et al.*, 2009).

Hypothèse S7. Le groupe ethnique aura une relation significative avec la santé mentale auto reportée (De Maio et Kemp, 2010). Nous anticipons aussi un fort niveau de variabilité entre les différents groupes ethniques (Vang *et al.*, 2015, Pahwa *et al.*, 2012).

Hypothèse S8. La langue sera liée avec la santé mentale auto reportée, de sorte que ceux qui sont allophones auront une santé mentale plus basse que les autres groupes (Bergeron *et al.*, 2009).

Hypothèse S9. Le revenu sera corrélé de manière significative avec la santé mentale auto reportée. Ceux qui sont membres du groupe inférieur de revenu auront une santé mentale plus basse que les autres groupes (Giordano et Lindström, 2011, Salami *et al.*, 2017, De Maio et Kemp, 2010).

## **Section 4. Méthodologie**

## 4.1 Base de données : fichiers maîtres de l'ESCC – santé mentale

Nous avons effectué les analyses à partir des fichiers maîtres de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - santé mentale. Nous avons choisi cette enquête en raison du grand nombre de variables disponibles qui correspondent aux indicateurs de capital social cognitif et bonding. L'ESCC est une enquête transversale menée en 2012 par Statistique Canada. Elle contient des informations auprès des répondants concernant les facteurs qui affectent la santé mentale, l'accès et l'utilisation de soins de santé. L'échantillon de l'enquête est composé de la population à domicile de 15 ans et plus des 10 provinces. En étaient exclus les habitants du Nunavut, Territoires du Nord-Ouest et Yukon, les habitants des réserves ou d'autres établissements autochtones, les membres à temps plein des Forces canadiennes ainsi que les personnes vivant en établissement. À l'échelle canadienne, un taux de réponse combiné du ménage et de la personne a été de 68,9, ce qui a produit un échantillon de 25 113 personnes représentatif de 28,3 millions de Canadiens (Statistique Canada, 2013).

Selon les recommandations de Statistique Canada, nous avons utilisé les poids de pondération afin de produire des analyses représentatives de la population canadienne. En plus, nous avons utilisé la méthode « *bootstrap* » dans le calcul de l'erreur type des coefficients de régression. Cette méthode permet de calculer un erreur-type qui tient compte du plan d'échantillonnage complexe. Notre modèle d'analyse a permis également de calculer des cotes-log pondérés. Les coefficients de régression sont ainsi mieux généralisables à la population d'étude. Nous avons exclu ceux de 19 ans et moins des analyses puisque cette population a des facteurs de risque différents que la population adulte pour la santé mentale (Vang *et al.*, 2015). De plus, les catégories « Refus, Ne sait pas, Sans objet et Non déclaré » ont été exclues de l'échantillon. Ces transformations ont donné un échantillon de 19-424. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le module 'survey' dans le logiciel RStudio (version 4.04).

## 4.2 Mesures

### Santé mentale auto reportée

La santé mentale auto reportée est une mesure subjective générale de l'état de santé mentale. On a demandé aux répondants : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise ». Les réponses ont été recodées avec une valeur de 0 pour les réponses : « excellente, très bonne, bonne » et 1 pour : « passable, mauvaise ». Ce recodage a été utilisé dans une autre recherche avec une approche semblable (Salami *et al.*, 2017). On a constaté que cette mesure de la santé mentale a une relation significative avec d'autres mesures de la santé mentale tel le diagnostic de dépression, le trouble bipolaire, la schizophrénie et la détresse (Mawani et Gilmour, 2010).

### Les variables indépendantes

Les variables suivantes correspondent aux indicateurs de capital social cognitif. Le sentiment d'appartenance a été mesuré en demandant aux répondants : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? ». Les réponses ont été recodées avec une valeur de 0 pour les réponses : « Plutôt faible, très faible » et 1 pour : « Très fort, plutôt fort ».

Le sentiment de confiance générale a été mesuré avec la question : « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que les gens sont fondamentalement bons? ». Les réponses ont été groupées en 1 : « Plusieurs fois par semaine » et 0 : « Une fois par semaine ou moins ».

Les variables suivantes correspondent aux indicateurs de capital social *bonding*. Le sentiment d'avoir des relations chaleureuses est un indicateur associé à l'évaluation émotionnelle de son réseau. Ceci a été mesuré en demandant aux répondants : « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes? » Les réponses ont été groupées en 1 : « Plusieurs fois par semaine » et 0 : « Une fois par semaine ou moins ».

Les autres variables du capital social *bonding* sont basées sur une version de l'Échelle de provisions sociales (24 items) mise au point par Cutrona et Russell (1989) et validée en français par Caron (1996). Jean Caron, Ph. D. a mis au point une version abrégée comportant 10 items, qui maintient les propriétés psychométriques de l'échelle originale (Statistique Canada, 2013, p.28). De ces 10 items, cinq variables ont été retenues dans nos analyses. Ces cinq variables correspondent aux cinq dimensions du support social mesurées dans l'échelle : l'aide tangible, l'intégration sociale, la réassurance de sa valeur, l'attachement et l'obtention de conseils. Ces variables sont liées aux formes de capital social 'bonding' (Saeri *et al.*, 2018). L'affirmation « Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin » correspond à l'aide tangible. L'affirmation « J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances » correspond à l'intégration sociale. L'affirmation « J'ai des relations où ma compétence et mon savoir-faire sont reconnus » correspond à la réassurance de sa valeur. L'affirmation « J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être » correspond à l'attachement. L'affirmation « Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie » correspond à l'obtention de conseils. Les réponses ont été recodées en binaire, 0 pour les réponses « En désaccord, entièrement en désaccord » et 1 « Tout d'accord, d'accord ».

Les autres variables indépendantes reflètent le statut socioéconomique. Pour le sexe, la catégorie Femme a la valeur 1 et Homme 0. L'âge est groupé dans 12 catégories de cinq ans. Le statut d'immigrant a trois catégories : immigrant récent donc arrivé dans il y a moins de 10 ans (0), Immigrant de longue durée (1) arrivé il y a 10 ans ou plus et non-immigrant (2). Pour le groupe ethnique il y a 11 catégories avec Blanc comme valeur (0) : Blanc, Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Latino-Américain, Arabe, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidentale, ou Autre. Les catégories Japonais et Coréen ont été regroupées dans la catégorie Autre en raison d'un bas niveau d'effectifs, ce qui pourrait biaiser les analyses.

### 4.3 Modèle d'analyse

Un modèle de régression logistique a été calculé afin d'obtenir un rapport cote-log pour le risque d'avoir une santé mentale mauvaise, avec des intervalles de confiance de 95%. L'équation suivante correspond à ce modèle de régression. Ici SM représente santé mentale auto reportée, capital cognitif représente les variables de capital cognitif et capital bonding représente les variables de capital bonding.

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = Y_{SM} = \beta_0 + \beta_1(\text{Capital cognitif}) + \beta_2(\text{Capital bonding}) + \beta_3(\hat{\text{Age}}) + \beta_4(\text{Sexe}) + \beta_5(\text{Statut matrimonial}) + \beta_6(\text{Éducation}) + \beta_7(\text{Statut d'immigration}) + \beta_8(\text{Groupe ethnique}) + \beta_9(\text{Langue}) + \beta_{10}(\text{Revenu}) + e_i$$

## Résultats

Dans le Tableau 1 sont présentées les caractéristiques pondérées de l'échantillon pour toutes les variables liées aux hypothèses que nous avons testées. La fréquence de mauvaise santé mentale dans l'échantillon est de 9,4%. La population démontre un niveau élevé de capital social *bonding*, au-delà de 95%. La population démontre un niveau assez élevé de capital cognitif, à savoir, 62,4% ont déclaré avoir un sentiment fort d'appartenance à la communauté et 86,6% ont déclarés le sentiment que les autres sont fondamentalement bons. La majorité de la population est anglophone, non immigrant, blanche et marié(e).

Tableau 1. Fréquences pondérées des variables d'intérêt, en pourcentage		
<b>Niveau de santé mentale auto reportée</b>		
	Bonne	90,6
	Mauvaise	9,4
<b>Sentiment d'appartenance</b>		
	Très fort/Plutôt fort	62,4
	Plutôt faible/Très faible	37,6
<b>Sentiment que les autres sont fondamentalement bons</b>		
	Plusieurs fois par semaine	86,6
	Une fois par semaine ou moins	13,4
<b>Faire partie d'un groupe qui partage attitudes/croyances</b>		
	Tout d'accord/D'accord	93,7
	En désaccord/Entièrement en désaccord	6,3
<b>Sentiment d'avoir de relations chaleureuses</b>		
	Plusieurs fois par semaine	95,9
	Une fois par semaine ou moins	4,1
<b>Sentiment d'avoir des personnes sur qui compter</b>		
	Tout d'accord/D'accord	97,7
	En désaccord/Entièrement en désaccord	2,3
<b>Avoir quelqu'un avec qui discuter de décisions</b>		
	Tout d'accord/D'accord	97,2
	En désaccord/Entièrement en désaccord	2,8
<b>Avoir quelqu'un de proche</b>		
	Tout d'accord/D'accord	96,8
	En désaccord/Entièrement en désaccord	3,2
<b>Avoir le sentiment d'être reconnu</b>		
	Tout d'accord/D'accord	96,7
	En désaccord/Entièrement en désaccord	3,3
<b>Âge</b>		
	20-24	8,3
	25-29	8,9

	30-34	8,4
	35-39	8,7
	40-44	9,7
	45-49	9,3
	50-54	10,7
	55-59	9,4
	60-64	7,8
	65-69	6,5
	70-74	4,8
	75-79	3,4
	80 et plus	4,0
<b>Sexe</b>		
	Homme	49,1
	Femme	50,9
<b>Statut matrimonial</b>		
	Marié(e)	53,6
	Union libre	11,6
	Veuf(ve)	5,3
	Séparé(e)	3,2
	Divorcé(e)	5,6
	Célibataire	20,7
<b>Niveau d'éducation</b>		
	Moins qu'un diplôme secondaire	14,8
	Diplôme secondaire	15,6
	Études postsecondaires	5,9
	Diplôme d'études postsecondaire	63,7
<b>Statut immigrant (immigrant)</b>		
	Immigrant récent (9 ans ou moins)	6,5
	Immigrant de longue durée (10 ans et plus)	19,8
	Non immigrant	73,7
<b>Statut de minorité visible</b>		
	Blanc	80,1
	Noir	2,3
	Philippin	2,0
	Chinois	4,1
	Sud-Asiatique	4,5
	Asiatique du Sud-Est	1,0
	Arabe	1,1
	Asiatique occidental	0,7
	Latino-américain	1,5
	Origines multiples	1,3
	Autre	1,6
<b>Langue parlée à la maison</b>		
	Anglais seulement	58,5
	Français seulement	19,2
	Anglais et français seulement	2,1
	Anglais, français et autre	0,7
	Anglais et autre	9,6
	Français et autre	0,9
	Ni anglais ni français	8,9

<b>Revenu personnel de toutes sources</b>		
	9,999\$ et moins	9,9
	10000\$-19999\$	16,0
	20000\$-29999\$	14,3
	30000\$-39999\$	13,3
	40000\$-49999\$	11,6
	50000\$-59999\$	8,9
	60000\$-69999\$	6,8
	70000\$-79999\$	5,3
	80000\$-89999\$	3,6
	90000\$-99999\$	2,5
	100000\$ et plus	7,9

Le Tableau 2 présente l'ensemble des croisements bivariés entre les déterminants et la santé mentale. Le premier constat est que la mauvaise SM se concentre parmi ceux avec un niveau faible de capital social. La prépondérance de mauvaise SM s'observe dans le capital social *bonding*. Par exemple, 30,2 % de ceux qui ne sentent pas avoir quelqu'un sur qui compter ont une mauvaise SM, contre 7,2 % de ceux avec une personne sur qui compter. Pour le capital social cognitif la fréquence est moindre, 11,8 % de ceux avec un faible sentiment d'appartenance ont une mauvaise SM, contre 5,3 % avec un fort sentiment d'appartenance. Autrement, la fréquence de mauvaise SM suit nos hypothèses, sauf pour la langue maternelle. Les anglophones ont la plus haute fréquence de mauvaise SM : 9,3 %. Il est aussi possible de constater que la fréquence de mauvaise SM varie selon le groupe ethnique.

<b>Tableau 2. Fréquences pondérées de santé mentale croisée avec variables indépendantes, en pourcentage</b>			
	<b>Niveau de santé mentale auto reportée</b>		
	<b>Bonne</b>	<b>Mauvaise</b>	
<b>Sentiment d'appartenance</b>			
	Très fort/Plutôt fort	94,7	5,3
	Plutôt faible/Très faible	88,2	11,8
<b>Sentiment que les autres sont fondamentalement bons</b>			
	Plusieurs fois par semaine	93,6	6,4
	Une fois par semaine ou moins	83,6	16,4
<b>Faire partie d'un groupe qui partage attitudes/croyances</b>			
	Tout d'accord/D'accord	93,7	6,3
	En désaccord/Entièrement en désaccord	70,7	29,3
<b>Sentiment d'avoir de relations chaleureuses</b>			
	Plusieurs fois par semaine	93,4	6,6
	Une fois par semaine ou moins	65,8	34,2
<b>Sentiment d'avoir des personnes sur qui compter</b>			
	Tout d'accord/D'accord	92,8	7,2
	En désaccord/Entièrement en désaccord	69,8	30,2
<b>Avoir quelqu'un avec qui discuter de décisions</b>			
	Tout d'accord/D'accord	93	7
	En désaccord/Entièrement en désaccord	66,8	33,2
<b>Avoir quelqu'un de proche</b>			

	Tout d'accord/D'accord	93,1	6,9
	En désaccord/Entièrement en désaccord	66,5	33,5
<b>Avoir le sentiment d'être reconnu</b>			
	Tout d'accord/D'accord	93,3	6,7
	En désaccord/Entièrement en désaccord	65,3	34,7
<b>Âge</b>			
	20-24	91,8	8,2
	25-29	93,3	6,7
	30-34	92	8
	35-39	92,6	7,4
	40-44	90,7	9,3
	45-49	91,2	8,8
	50-54	92,7	7,3
	55-59	90,5	9,5
	60-64	92,3	7,7
	65-69	94,7	5,3
	70-74	94	6
	75-79	94,1	5,9
	80 et plus	91,6	8,4
<b>Sexe</b>			
	Homme	93,5	6,5
	Femme	91,1	8,9
<b>Statut matrimonial</b>			
	Marié(e)	94,1	5,9
	Union libre	92,7	7,3
	Veuf(ve)	91,3	8,7
	Séparé(e)	86,6	13,4
	Divorcé(e)	86,1	13,9
	Célibataire	90,1	9,9
<b>Niveau d'éducation</b>			
	Moins qu'un diplôme secondaire	89	11
	Diplôme secondaire	92,3	7,7
	Études postsecondaires	90,3	9,7
	Diplôme d'études postsecondaire	93,2	6,8
<b>Statut immigrant</b>			
	Immigrant récent (9 ans ou moins)	96,6	3,4
	Immigrant de longue durée (10 ans et plus)	92,9	7,1
	Non immigrant	91,7	8,3
<b>Statut de minorité visible</b>			
	Blanc	92,2	7,8
	Noir	94,1	5,9
	Philippin	96,3	3,7
	Chinois	92,5	7,5
	Sud-Asiatique	94,8	5,2
	Asiatique du Sud-Est	84,3	15,7
	Arabe	97,3	2,7
	Asiatique occidental	90,1	9,9
	Latino-américain	93	7

Origines multiples	90,7	9,3
Autre	96,9	3,1
<b>Langue parlée à la maison</b>		
Anglais seulement	90,7	9,3
Français seulement	94,9	5,1
Anglais et français seulement	91,3	8,7
Anglais, français et autre	96	4
Anglais et autre	94,4	5,6
Français et autre	96,2	3,8
Ni anglais ni français	93,6	6,4
<b>Revenu personnel de toutes sources</b>		
9,999\$ et moins	85,6	14,4
10000\$-19999\$	88	12
20000\$-29999\$	91,7	8,3
30000\$-39999\$	92,9	7,1
40000\$-49999\$	93,2	6,8
50000\$-59999\$	94,6	5,4
60000\$-69999\$	95,4	4,6
70000\$-79999\$	95,9	4,1
80000\$-89999\$	95,3	4,7
90000\$-99999\$	96,9	3,1
100000\$ et plus	96,8	3,2

Le Tableau 3 présente les résultats du modèle final de notre régression logistique pour expliquer un mauvais état de santé mentale<sup>10</sup>. Nous constatons que les personnes avec un capital social cognitif élevé ont un risque significativement moindre d'avoir une mauvaise SM comparée à celles avec un bas niveau de capital social cognitif. Ceci s'observe pour le sentiment d'appartenance (rapport de cote-log (RCL) = -0,529 , intervalle de confiance 95% (IC): -0,715 à -0,343) et le sentiment que les autres sont fondamentalement bons (RCL = -0,686 , 95% IC: -0,943 à -0,4293).

Variables	Coefficient estimé - rapport cote-log	Intervalle de confiance de 95%		Erreur type	Valeur p	
(Intercepte)	0,771	-0,045	1,587	0,415	0,064	
<b>Capital social cognitif</b>						
<b>Sentiment d'appartenance à la communauté (réf. Plutôt faible et très faible)</b>						
Très fort et fort	-0,529	-0,715	-0,343	0,094	<0,0001	***
<b>Sentiment que les autres sont fondamentalement bons (réf. Une fois par semaine ou moins)</b>						
Plusieurs fois par semaine	-0,686	-0,943	-0,429	0,131	<0,0001	***

<sup>10</sup> Pour simplifier les résultats, le tableau 3 présente seulement les estimations en rapports de cote-log. Les mêmes résultats en rapports de cote et en probabilités sont présentés dans le tableau 5 et le tableau 6 (voir l'annexe).

<i>Capital social bonding</i>						
<b>Faire partie d'un groupe qui partage attitudes/croyances (réf. Entièrement en désaccord et en désaccord)</b>						
Tout d'accord et d'accord	-0,857	-1,162	-0,552	0,155	<0,0001	***
<b>Avoir des relations basées sur la confiance et la chaleur (réf. Une fois par semaine ou moins)</b>						
Plusieurs fois par semaine	-0,961	-1,259	-0,663	0,152	<0,0001	***
<b>A des personnes sur qui compter (réf. Entièrement en désaccord et en désaccord)</b>						
Tout d'accord et d'accord	-0,221	-0,718	0,276	0,253	0,382	
<b>Il y a des personnes sur qui je pourrais discuter de décisions importantes (réf. Entièrement en désaccord et en désaccord)</b>						
Tout d'accord et d'accord	-0,472	-0,954	0,010	0,245	0,055	
<b>A des personnes proches (réf. Entièrement en désaccord et en désaccord)</b>						
Tout d'accord et d'accord	0,015	-0,455	0,485	0,239	0,950	
<b>A des relations où les compétences et le savoir-faire est reconnu (réf. Entièrement en désaccord et en désaccord)</b>						
Tout d'accord et d'accord	-0,609	-0,997	-0,221	0,197	0,002	**
<i>Contrôles</i>						
<b>Âge (réf. 20-24 ans)</b>						
25 - 29 ans	0,106	-0,311	0,524	0,212	0,617	
30 - 34 ans	0,600	0,127	1,074	0,241	0,013	*
35 - 39 ans	0,477	0,056	0,897	0,214	0,026	*
40 - 44 ans	0,533	0,086	0,981	0,228	0,020	*
45 - 49 ans	0,423	0,006	0,841	0,212	0,047	*
50 - 54 ans	0,391	-0,065	0,847	0,232	0,093	.
55 - 59 ans	0,549	0,142	0,957	0,207	0,008	**
60 - 64 ans	0,141	-0,282	0,564	0,215	0,513	
65 - 69 ans	-0,189	-0,651	0,273	0,235	0,422	
70 - 74 ans	-0,167	-0,737	0,403	0,290	0,566	
75 - 79 ans	-0,112	-0,659	0,435	0,278	0,687	
80 ans et plus	0,199	-0,351	0,749	0,280	0,477	
<b>Sexe (Réf. Homme)</b>						
	0,232	0,039	0,425	0,098	0,018	*
<b>Statut matrimonial (réf. Marié(e))</b>						
Union libre	0,090	-0,203	0,383	0,149	0,547	
Veuf(ve)	0,259	-0,080	0,598	0,172	0,133	
Séparé(e)	0,676	0,074	1,277	0,306	0,028	*
Divorcé(e)	0,582	0,207	0,958	0,191	0,002	**
Célibataire	0,252	0,020	0,485	0,118	0,034	*
<b>Éducation (réf. moins qu'un diplôme secondaire)</b>						
Diplôme secondaire	-0,357	-0,645	-0,068	0,147	0,015	*
Études postsecondaires	-0,287	-0,651	0,077	0,185	0,122	
Diplôme d'études postsecondaires	-0,197	-0,437	0,043	0,122	0,108	
<b>Statut immigrant (réf. Immigrant récent)</b>						
Immigrant de longue durée	0,840	0,328	1,352	0,261	0,001	**
Non immigrant	0,873	0,357	1,389	0,262	0,001	***
<b>Statut de minorité visible (réf. Blanc)</b>						

Noir	-0,754	-1,509	0,001	0,384	0,050	.
Philippin	-0,102	-1,551	1,348	0,737	0,890	
Chinois	-0,245	-0,861	0,371	0,313	0,436	
Sud-Asiatique	0,069	-0,574	0,711	0,327	0,834	
Asiatique du Sud-Est	1,129	-0,097	2,354	0,623	0,071	.
Arabe	-0,923	-2,054	0,208	0,575	0,109	
Asiatique occidentale	0,807	-0,436	2,049	0,632	0,203	
Latino-américain	-0,251	-1,189	0,686	0,477	0,599	
Origines multiples	-0,016	-0,791	0,760	0,395	0,969	
Autre	-0,754	-1,553	0,045	0,406	0,064	.
<b>Langue maternelle (réf. anglais seulement)</b>						
Français seulement	-0,898	-1,143	-0,653	0,125	<0,0001	***
Anglais et français seulement	-0,037	-0,503	0,429	0,237	0,877	
Anglais, français et autre	-1,255	-4,272	1,762	1,535	0,414	
Anglais et autre	-0,438	-0,915	0,039	0,243	0,072	.
Français et autre	-0,399	-1,504	0,706	0,562	0,478	
Ni anglais ni français	-0,278	-0,788	0,231	0,259	0,283	
<b>Revenu personnel de toutes sources (Réf. &lt; 10 000 \$)</b>						
10000\$-19999\$	-0,143	-0,410	0,124	0,136	0,292	
20000\$-29999\$	-0,560	-0,841	-0,278	0,143	<0,0001	***
30000\$-39999\$	-0,560	-0,921	-0,199	0,184	0,002	**
40000\$-49999\$	-0,601	-1,001	-0,202	0,203	0,003	**
50000\$-59999\$	-0,814	-1,223	-0,405	0,208	<0,0001	***
60000\$-69999\$	-1,132	-1,608	-0,655	0,242	<0,0001	***
70000\$-79999\$	-1,226	-1,731	-0,722	0,257	<0,0001	***
80000\$-89999\$	-1,009	-1,763	-0,255	0,384	0,009	**
90000\$-99999\$	-1,341	-2,174	-0,509	0,424	0,002	**
100000\$ et plus	-1,635	-2,164	-1,106	0,269	<0,0001	***
*p < ,05 **p < ,01 ***p < ,001 (t-test bilatéral)						
<b>Pseudo R au carré de Nagelkerke : 0,1848061</b>						
Source: ESCC - Santé mentale (2012).						

Le capital social bonding tient une relation similaire avec la SM. Cela s'observe avec le partage d'attitudes/valeurs (RCL = -0,857, 95% IC: -1,162 à -0,552), avoir des relations chaleureuses (RCL = -0,961, 95% IC: -1,259 à -0,663) et avoir des relations où le savoir-faire est reconnu (RCL = -0,609, 95% IC: -0,997 à -0,221). En examinant les probabilités de mauvaise SM dans le Tableau 6 (situé en annexe) il est possible de voir les écarts entre un bas et un haut niveau de capital social. Ceci est le plus prononcé en examinant le sentiment d'avoir des relations chaleureuses. Pour ceux avec un bas niveau de contacts chaleureux, le risque d'avoir une mauvaise SM est de 13,2%, contre un risque de 5,5% pour ceux ayant un niveau élevé de contacts chaleureux, *ceteris paribus*.

En examinant les autres variables indépendantes, l'on observe que l'âge suit une forme U inverse, où le risque d'avoir une mauvaise SM est élevé, et ce de manière significative parmi ceux de 30- 59 ans. Ce risque est le plus élevé pour les répondants de 30 – 34 ans (RCL = 0,600, 95% IC: 0,127 à 1,074) avec une diminution dans les tranches plus âgées (35 – 39 ans : RCL = 0,477, 95% IC: 0,056 à 0,897, 40 – 44 ans : RCL = 0,533, 95% IC: 0,086 à 0,981, 45 - 49 ans : RCL = 0,423, 95% IC: 0,006 à 0,841, 55 – 59 ans : RCL = 0,549, 95% IC: 0,142 à 0,957, catégorie de

référence 20-24 ans). Les femmes ont un plus grand risque de mauvaise SM que les hommes (RCL = 0,232 , 95% IC: 0,039 à 0,425). Le risque est significativement plus élevé pour les répondants séparés (RCL = 0,676, 95% IC: 0,074 à 1,277), divorcés (RCL = 0,582, 95% IC: 0,207 à 0,958) ou célibataires (RCL = 0,252 , 95% IC: 0,020 à 0,485) comparés aux répondants mariés. Le fait de détenir un diplôme d'études secondaires diminue significativement le risque de mauvaise SM (RCL = -0,357 , 95% IC: -0,645 à -0,068, catégorie de référence moins qu'un diplôme secondaire). Le statut d'immigration est lié de manière significative avec la SM, les immigrants de longue durée (RCL = 0,840 , 95% IC: 0,328 à 1,352) et non immigrants (RCL = 0,873 , 95% IC: 0,357 à 1,389) ont un plus grand risque de mauvaise SM, comparativement aux immigrants récents. Convertis en probabilités, il y a une chance de 2,6% qu'un immigrant récent a une mauvaise SM, contre 5,8% pour un immigrant de longue durée ou de 6% pour un non immigrant. Il n'y a pas de relation significative entre les divers groupes ethniques analysés et la SM, cependant l'on remarque que le risque de mauvaise SM varie de manière importante selon les groupes ethniques. Par exemple, pour la catégorie Chinois l'on trouve un plus bas risque de mauvaise SM (RCL = -0,245, 95% IC: -0,861 à 0,371) qui est très différent de celui de quelqu'un qui est Asiatique du Sud-Est (RCL = 1,129, 95% IC: -0,097 à 2,354). Avoir le français comme seule langue maternelle est significativement lié à un moindre risque de mauvaise SM (RCL = -0,898 , 95% IC: -1,143 à -0,653). L'on voit aussi un effet inverse du revenu personnel annuel sur la SM : à partir d'un revenu personnel de 20000\$ plus le revenu augmente, plus le risque d'une mauvaise SM est diminué de manière significative (catégorie de référence : < 10 000 \$). La probabilité d'avoir une mauvaise SM est de 10,1% pour la plus basse tranche de revenu et de 2,2% pour la tranche de revenu la plus élevée, ce qui souligne un effet de classe économique fort connu.

Le Tableau 4 offre un résumé de l'ensemble des hypothèses que nous avons testées. En somme, nous avons confirmé nos hypothèses principales et 7 de nos 9 hypothèses secondaires. Les hypothèses secondaires 9 et 10 ont été infirmés. Nous allons interpréter ces résultats dans la section suivante.

Tableau 4. Récapitulation des hypothèses	
Hypothèses principales	Confirmé/Infirmé
Hypothèse 1. Il y aura une relation significative entre les formes du capital social cognitif et la santé mentale auto reportée.	<b>Confirmé</b>
Hypothèse 2. Il y aura une relation significative entre les formes du capital social <i>bonding</i> et la santé mentale auto reportée.	<b>Confirmé pour certains indicateurs, infirmés pour d'autres</b>
Hypothèses secondaires	
Hypothèse S1. Il y aura une relation significative ressemblant un 'U' entre l'âge et la santé mentale auto reportée. Il est attendu que la santé mentale basse sera plus prévalente dans la tranche d'âge de 35 à 64 ans.	<b>Confirmé</b>
Hypothèse S2. La santé mentale auto reportée basse sera plus prévalente parmi les femmes et nous pensons que cette relation sera significative.	<b>Confirmé</b>

Hypothèse S3. Le statut matrimonial aura une relation significative avec la santé mentale. Les mariés auront un avantage de santé comparé aux autres groupes.	<b>Confirmé</b>
Hypothèse S4. L'éducation aura une relation significative avec la santé mentale auto reportée. Il est pensé que ceux qui détiennent une éducation de secondaire ou moindre auront une santé mentale moins bonne comparée aux autres catégories d'éducation.	<b>Confirmé, cependant l'effet ne reste pas significatif pour ceux qui détiennent une éducation postsecondaire</b>
Hypothèse S5. Le statut d'immigrant sera corrélé avec la santé mentale auto reportée et les immigrants auront un avantage en comparaison aux non-immigrants.	<b>Confirmé</b>
Hypothèse S6. Nous nous attendons que les immigrants récents aient un avantage de santé en contraste aux immigrants de longue durée.	<b>Confirmé</b>
Hypothèse S7. Le groupe ethnique aura une relation significative avec la santé mentale auto reportée.	<b>Infirmé</b>
Hypothèse S8. La langue sera liée avec la santé mentale auto reportée, de sorte que ceux qui sont allophones auront une santé mentale plus basse que les autres groupes.	<b>Infirmé, le seul groupe avec un avantage significatif est les francophones</b>
Hypothèse S9. Le revenu sera corrélé de manière significative avec la santé mentale auto reportée. Ceux qui sont membres du groupe inférieur de revenu auront une santé mentale plus basse que les autres groupes.	<b>Confirmé</b>

## Discussion

L'objectif principal de cette recherche était d'analyser la relation entre le capital social et la santé mentale, en portant un regard particulier sur la santé mentale des immigrants au Canada. À ce propos, nous avons vu dans les sections précédentes que le capital social cognitif élevé (Ehsan et De Silva, 2015, Giordano et Lindström, 2011, Hamano *et al.*, 2010, Salami *et al.*, 2017, Welsh et Berry, 2010, Carr, 2020) et *bonding* (Chadwick et Collins, 2015, Puyat, 2013, Saeri *et al.*, 2018, Welsh et Berry, 2010) sont des facteurs de protection contre la dépression et la mauvaise santé mentale. Nous voulions donc vérifier si en tenant compte d'un grand nombre de déterminants de la santé mentale, le capital social serait un facteur de protection contre la mauvaise santé mentale.

Plusieurs constats ressortent. Au sujet du capital social cognitif, les effets sont prometteurs et significatifs. La relation est négative, ce qui signifie que les indicateurs choisis du capital social cognitif ont un effet de protection contre la mauvaise santé mentale. Cela appuie davantage les résultats d'Ehsan et De Silva (2015). Les auteurs ont noté que parmi les recherches sur le capital social et la santé, les effets du capital social cognitif individuel étaient plus uniformes que les autres formes de capital social étudiées. Selon la conceptualisation du capital social de Putnam et Kawachi le sentiment d'appartenance et le sentiment de confiance envers les autres sont deux indicateurs du niveau de cohésion d'une société, d'un quartier, etc. Une recherche a constaté que le sentiment d'appartenance était fortement corrélé avec une haute quantité de connaissances dans le quartier du répondant (Carpiano et Hystad, 2011, p. 615). Nous soulignons ainsi comme conclusion que le sentiment d'appartenance est un indicateur indirect du niveau de cohésion de

quartier, qui tient un lien significatif avec la santé mentale dans nos résultats. Il aurait été intéressant d'utiliser des indicateurs plus fins du sentiment d'appartenance, tel le sentiment d'appartenance au quartier si cela avait été possible. Nos résultats appuient le consensus dans la littérature sur la relation entre le capital social cognitif et la santé mentale.

L'effet du capital social *bonding* est moins uniforme. Ce constat est aussi observé dans la revue de littérature menée par Ehsan et De Silva (2015). Deux variables issues de l'échelle de Cutrona et Russell (1987) ont un lien significatif avec la santé mentale : l'intégration sociale (faire partie d'un groupe qui partage des attitudes/croyances) et validation de sa valeur (avoir des relations où les compétences et le savoir-faire sont reconnus). Une autre variable, basée sur l'intimité des liens (la chaleur) avec les autres a un effet significatif sur la santé mentale. Il semblerait que la présence de liens forts, basés sur l'homogénéité et un lien émotionnel fort assurent une meilleure santé mentale. Une explication des effets non significatifs est que le capital social *bonding* a une relation indirecte avec la santé mentale. Ainsi, il est possible que ce soit par l'intermédiaire d'autres variables que ces formes du capital social *bonding* influencent la santé mentale. Par exemple, Fowler *et al.* (2013) montrent qu'il y avait des différences significatives de sexe quant à la relation entre les dimensions du capital social *bonding* et la dépression. Autrement dit, les hommes et les femmes bénéficient de différentes formes de support social durant un épisode dépressif. Une autre recherche montre que l'effet de protection du support social varie selon le type de région occupé (rural vs urbain) (Puyat, 2013). La division de l'échantillon selon le sexe (Montazer, 2020, Pahwa *et al.*, 2012) ou un modèle d'équation structurelle (Hassanzadeh *et al.*, 2016, Song, 2011) permettrait d'explorer un effet de médiation entre le capital social *bonding*, la santé mentale et d'autres variables.

Nos résultats montrent que le groupe ethnique n'est pas lié de manière significative à la santé mentale lorsqu'un ensemble important de déterminants de santé mentale sont inclus dans un modèle d'analyse. Cependant, il est possible de constater dans le tableau 2 que la santé mentale varie selon les groupes ethniques étudiés. Plutôt d'utiliser une catégorie binaire blanc/minorités visibles, nous avons étudié la plupart des groupes ethniques constitutifs de la catégorie de minorités visibles. Ceci pourrait expliquer la raison pour laquelle nous n'avons pas identifié une relation significative, comme c'était le cas dans l'étude de De Maio et Kemp (2010). En examinant le statut de minorités visibles, il faut noter que certains facteurs affectant la santé mentale des immigrants racisés n'ont pas été inclus dans les analyses. Parmi ces facteurs, il y a la relation négative entre le travail taxant et la santé mentale auto reportée (Masse, 2017) et le lien entre la surqualification et la dégradation de la santé mentale (Chen *et al.*, 2010). De plus, il y a un lien entre la discrimination raciale et la dépression (Montazer, 2020) qui n'a pas été explorée dans notre recherche. La surreprésentation des immigrants racisés dans le travail précaire et l'expérience de discrimination sont des facteurs que nous n'avons pas pu inclure dans nos analyses. Quant aux autres déterminants de la santé que nous avons étudiés, nos résultats appuient les conclusions de recherches précédentes. Notamment, le statut d'immigrant a une relation forte et significative avec la santé mentale, ce qui s'aligne avec un corpus de recherches sur l'effet d'immigrant en santé (Salami *et al.*, 2017, Vang *et al.*, 2015).

Notre interprétation globale des résultats comprend deux éléments. Premièrement, notre étude montre que le capital social cognitif et certaines formes du capital social *bonding* diminuent le risque de mauvaise santé mentale et cela même après l'inclusion de plusieurs variables de

contrôle. Deuxièmement, la grande majorité des déterminants de la santé ont une relation significative avec la santé mentale, sauf le groupe ethnique. De plus, il y a certains constats d'ordre secondaire à tirer de cette recherche. Premièrement, des indicateurs de capital social *bonding*, le sentiment d'avoir un lien émotionnel fort, la présence d'un sentiment de confiance et le partage des valeurs au sein du groupe sont aussi liés de manière importante à la santé mentale. Enfin, le groupe ethnique n'est pas directement lié à la santé mentale mais le statut d'immigrant l'est, ce qui suggère un effet indirect de l'ethnicité qui pourrait se manifester dans les conditions de travail ou l'expérience de discrimination.

Cette recherche a utilisé la théorie du capital social de Kawachi pour comprendre le lien entre la solidarité, le support social et la santé des individus au sein de leur communauté. La présente étude avance sur les recherches antérieures en fournissant un compte rendu des résultats d'un grand nombre d'indicateurs et de formes du capital social. De plus, nous avons mis l'accent sur certains déterminants de la santé liés à l'« *healthy immigrant effect* ». Ce faisant, notre recherche a révélé qu'un haut niveau de réciprocité, de cohésion communautaire et de support social diminue de manière significative le risque d'avoir une mauvaise santé mentale. L'on trouve des preuves empiriques pour l'effet contextuel du capital cognitif sur la santé mentale par l'entremise du niveau de cohésion décrit par Kawachi. Pour étudier l'effet de protection contre le stress du capital *bonding*, il nous semble nécessaire d'étudier les relations indirectes entre le capital social *bonding*, la santé mentale et une ou plusieurs autres variables (comme le sexe ou le revenu).

Les recherches futures pourraient aussi tester d'autres aspects de la théorie de Kawachi en étudiant le lien entre le contrôle social, la diffusion d'information et la santé mentale. Ceci permettrait aux chercheurs d'éclaircir la validité empirique des trois mécanismes liant le capital social à la santé mentale. Il serait intéressant de reproduire notre approche avec une enquête longitudinale. De plus, nous voudrions reproduire notre étude les données plus récentes de 2019 et de 2022, ce qui permettrait de constater l'impact de la pandémie COVID-19 sur la santé mentale et le rôle du capital social dans cette conjoncture. Par exemple, une recherche qui utilise l'Enquête sur la santé et l'accès aux soins ESMAS (2022) pourrait dresser un bilan de ces changements en comparant ses résultats avec les nôtres. Il serait également intéressant d'effectuer plus d'études qualitatives sur le capital social. Nous distinguons l'étude de Agyekum et Newbold (2016) comme un exemple à suivre. En étudiant le rôle du capital social dans l'établissement des immigrants issus de minorités visibles au Canada, les chercheurs découvrent un ensemble de facteurs qui affectent l'accès au capital social. Un autre aspect à étudier serait les barrières structurelles d'accès au capital social, décrites par Kawachi comme étant le genre, l'âge et le statut socioéconomique.

Notre recherche contribue principalement aux connaissances dans le champ de la sociologie de la santé. En utilisant plusieurs indicateurs du capital social, elle contribue aussi aux champs d'études sur le capital social et les déterminants sociaux de la santé. Ceci permet de mettre en place des interventions au niveau communautaire qui seront mieux en mesure de prévenir les problèmes de santé mentale des immigrants récents au Canada et plus généralement de maintenir un haut niveau de santé mentale pour la population canadienne. Ces interventions seraient en mesure de diminuer les impacts de l'isolement sur la santé mentale en investissant dans la cohésion d'une communauté. L'enjeu de l'isolement social et la solitude s'est révélé de grande importance avec la pandémie COVID-19 et prendra en ampleur avec le vieillissement de la population.

Il y a débat sur les causes des problèmes de santé mentale. Est-ce complètement biologique ou le social détient-il une influence? On peut s'attendre à ce que certaines conditions soient davantage influencées par le social que d'autre. A priori, si on exclut la possibilité que le social exerce une influence, cela signifie que toute politique publique visant à améliorer la santé mentale des individus soit vouée à l'échec. Notre étude appuie, du moins, que le social influence un certain degré de la santé mentale autoreportée. Dès lors qu'on reconnaît que le social peut influencer la santé mentale, il reste à déterminer le degré de son influence et les manières possibles d'action. Notre étude souligne que certaines formes de capital social exercent une influence sur la santé mentale. Cela étant dit, notre recherche n'a pas étudié la qualité des réseaux et des liens. En effet, la relation entre le capital social et la santé mentale n'est pas forcément une question de la quantité du capital social, mais aussi de la qualité des liens et les types de réseaux du capital social.

## Limites

L'analyse des déterminants de la santé et l'interprétation des résultats est limitée par la nature transversale de la base de données choisie. Une enquête longitudinale permettrait de voir l'évolution de la santé mentale d'une cohorte et enlèverait certaines sources de biais. Ceci est pertinent lorsqu'on étudie les effets temporels de la migration sur la santé. En étudiant la population immigrante, il faut aussi tenir compte d'un effet de cohorte possible comme autre source de biais. Nous avons déjà mentionné la discrimination et le travail précaire comme facteurs de risques non inclus dans nos analyses, mais il faudrait aussi mentionner la présence d'un stigma entourant la santé mentale et les barrières d'accès aux soins de santé dans la population immigrante (Salami *et al.*, 2019) qui pourrait agir comme biais de sélection. Nous aurions voulu tester d'autres formes du capital social tel des mesures de la composition du réseau et le capital social structurel, cependant, ces indicateurs n'étaient pas disponibles dans l'enquête que nous avons privilégiée. Finalement, il y a d'autres facteurs liés à la santé mentale que nous avons choisi d'exclure par besoin de parcimonie et pour éviter des problèmes de multicollinéarité: le fait de vivre dans une région urbaine ou rurale (Puyat, 2012) et l'âge à l'immigration (Vang *et al.*, 2015).

## Bibliographie

Agyekum, Boadi, et K. Bruce Newbold. "Sense of Place and Mental Wellness of Visible Minority Immigrants in Hamilton, Ontario: Revelations from Key Informants." *Canadian Ethnic Studies*, vol. 48, no. 1, 2016, pp. 101–22. <https://doi.org/10.1353/ces.2016.0001>.

Barry, Margaret M. "Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice." *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 11, no. 3, 2009, pp. 4–17. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>.

Bassett, Emma et Spencer Moore. "Social capital and depressive symptoms: the association of psychosocial and network dimensions of social capital with depressive symptoms in Montreal, Canada." *Social science & medicine (1982)*, vol. 86, 2013, pp. 96-102. doi:10.1016/j.socscimed.2013.03.005

Bergeron, Pascale, et al. "Poids, Santé Générale et Santé Mentale : La Situation de Divers Sous-Groupes d'immigrants Au Canada." *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 100, no. 3, 2009, pp. 215–20. <http://www.jstor.org/stable/41995249>

Berry, Helen Louise et Jennifer A. Welsh. "Social capital and health in Australia: An overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey." *Social science & medicine*, vol. 70, no. 4, 2010, pp. 588-96. doi:10.1016/j.socscimed.2009.10.012

Berkman, Lisa F., et Aditi Krishna, "Social Network Epidemiology" Dans Berkman, Lisa F., Kawachi, Ichiro et M. Maria Glymour, "Social Epidemiology", *New York: Oxford University Press*, 2014, 614 pages <https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.003.0007>

Bourdieu, Pierre. "Le capital social." *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 31, no. 1, 1980, pp. 2–3.

Capaldi, Colin A., et al. "Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19." *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, vol. 41, no. 11, 2021, pp. 394–414. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.05f>.

Carpiano, Richard M. et Perry W. Hystad. "'Sense of Community Belonging' in Health Surveys: What Social Capital Is It Measuring?" *Health & Place*, vol. 17, no. 2, 2011, pp. 606–17. *ScienceDirect*, <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.12.018>.

Carr, Kyle A. "A Cohort Longitudinal Study of Individual Level Social Capital and Depressive Symptoms in the Wisconsin Longitudinal Study." *SSM - Population Health*, vol. 10, 2020, p. 100544. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100544>.

Chadwick, Kathryn A. et Patricia A. Collins. “Examining the Relationship between Social Support Availability, Urban Center Size, and Self-Perceived Mental Health of Recent Immigrants to Canada: A Mixed-Methods Analysis.” *Social Science & Medicine*, vol. 128, 2015, pp. 220–30. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.036>.

Cohen-Cline, Hannah, et al. “Associations between Social Capital and Depression: A Study of Adult Twins.” *Health & Place*, vol. 50, 2018, pp. 162–67. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.02.002>.

Chen, Cynthia, et al. “The Prevalence of Over-Qualification and Its Association with Health Status among Occupationally Active New Immigrants to Canada.” *Ethnicity & Health*, vol. 15, no. 6, 2010, pp. 601–19. <https://doi.org/10.1080/13557858.2010.502591>.

Coleman, James S. “Social Capital in the Creation of Human Capital.” *American Journal of Sociology*, vol. 94, 1988, pp. S95–120. <http://www.jstor.org/stable/2780243>.

Cutrona, Carolyn E., et Daniel W. Russell. “The provisions of social relationships and adaptation to stress.” *Advances in personal relationships*, vol 1, no. 1, 1987, pp. 37-67.

Daoud, Nihaya et al. “Neighborhood settings, types of social capital and depression among immigrants in Toronto.” *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, vol. 51, no .4, 2016, pp. 529-38. doi:10.1007/s00127-016-1173-z

De Maio, Fernando G. et Eagan Kemp. “The Deterioration of Health Status among Immigrants to Canada.” *Global Public Health*, vol. 5, no. 5, 2010, pp. 462–78. <https://doi.org/10.1080/17441690902942480>.

De Silva, Mary J. et al. “Social capital and mental illness: a systematic review.” *Journal of epidemiology and community health*, vol. 59, no. 8, 2005, pp. 619-27. doi:10.1136/jech.2004.029678

Doré, Isabelle, et Jean Caron. “Santé mentale : concepts, mesures et déterminants.” *Santé mentale au Québec*, vol. 42, no. 1, 2017, pp. 125–45. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>.

Ehsan, Annahita M. et Mary J. De Silva. “Social Capital and Common Mental Disorder: A Systematic Review.” *J Epidemiol Community Health*, vol. 69, no. 10, 2015, pp. 1021–28. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-205868>.

Engbers, Trent A., et al. “Theory and Measurement in Social Capital Research.” *Soc Indic Res*, vol. 132, 2017, pp. 537–558. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1007/s11205-016-1299-0>

Foley, Michael W. et Bob Edwards. “Is It Time to Disinvest in Social Capital?” *Journal of Public Policy*, vol. 19, no. 2, 1999, pp. 141–73. <http://www.jstor.org/stable/4007586>.

Fowler, Ken, et al. “Social Context and Depression Severity and Duration in Canadian Men and Women: Exploring the Influence of Social Support and Sense of Community Belongingness.”

*Journal of Applied Social Psychology*, vol. 43, no. S1, 2013, pp. E85–96.  
<https://doi.org/10.1111/jasp.12050>.

Giordano, Giuseppe Nicola, et Martin Lindström. “Social Capital and Change in Psychological Health over Time.” *Social Science & Medicine*, vol. 72, no. 8, 2011, pp. 1219–27.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.029>.

Giordano, Giuseppe Nicola, et al. “Social Capital and Health—Purely a Question of Context?” *Health & Place*, vol. 17, no. 4, 2011, pp. 946–53.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.04.004>.

Granovetter, Mark S. “The Strength of Weak Ties.” *American Journal of Sociology*, vol. 78, no. 6, 1973, pp. 1360–80. <http://www.jstor.org/stable/2776392>.

Hamano, Tsuyoshi, et al. “Social Capital and Mental Health in Japan: A Multilevel Analysis.” *PLOS ONE*, vol. 5, no. 10, 2010, p. e13214. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013214>.

Hassanzadeh, Jafar et al. “Association between social capital, health-related quality of life, and mental health: a structural-equation modeling approach.” *Croatian medical journal* vol. 57, no. 1, 2016, pp. 58-65. doi:10.3325/cmj.2016.57.58

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). “Rapport Annuel au Parlement sur l’immigration, 2021.”, 2021.  
<https://www.canada.ca/content/dam/ircc/documents/pdf/francais/organisation/publications-guides/annual-report-2021-fr.pdf>

Kawachi, Ichiro et Lisa F. Berkman. “Social cohesion, social capital, and health.” Dans: Kawachi, Ichiro et Lisa F. Berkman. “Social Epidemiology.” *New York: Oxford University Press*, 2000, pp. 174–190.

Kawachi, Ichiro et Lisa F. Berkman. “Social ties and mental health.” *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 78, no. 3, 2001, pp. 458-67. doi:10.1093/jurban/78.3.458

Kim, Seung-Sup, et al. “Association between Interpersonal Trust, Reciprocity, and Depression in South Korea: A Prospective Analysis.” *PLOS ONE*, vol. 7, no. 1, 2012, p. e30602.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030602>.

Landstedt, Evelina, et al. “Disentangling the Directions of Associations between Structural Social Capital and Mental Health: Longitudinal Analyses of Gender, Civic Engagement and Depressive Symptoms.” *Social Science & Medicine*, vol. 163, 2016, pp. 135–43.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.005>.

Lenoir, Rémi. “Capital social et habitus mondain.” *Sociologie*, vol. 7, no. 3, 2016, pp. 281–300.  
<https://www.cairn.info/revue-sociologie-2016-3-page-281.htm>

Lin, Nan. "Building a Network Theory of Social Capital." *Connections*, vol. 22, no. 1, 1999, pp. 28-51.

Loury, Glenn C. "A Dynamic Theory of Racial Income Differences." *Discussion Papers 225, Northwestern University, Center for Mathematical Studies in Economics and Management Science*, 1977. <https://ideas.repec.org/p/nwu/cmsems/225.html>

Lumley, Thomas. "survey: analysis of complex survey samples." R package version 4.0, 2020.

Luo, Hai, et Verena Menec. "Social Capital and Health Among Older Chinese Immigrants: a Cross-Sectional Analysis of a Sample in a Canadian Prairie City." *Journal of cross-cultural gerontology*, vol. 33, no. 1, 2018, pp. 65-81. doi:10.1007/s10823-017-9342-4

Masse, Samantha V. "Entre détresse psychologique et santé mentale positive: le cas des travailleurs de la restauration." *Canadian Journal of Public Health*, vol. 108, no. 5–6, 2017, pp. e510–15. <https://doi.org/10.17269/CJPH.108.6112>.

Mawani, Farah N. et Heather Gilmour. "Validation of Self-Rated Mental Health." *Health Reports*, vol. 21, no. 82, 2010, No. 82-003-XPE au catalogue de Statistique Canada. [https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2010003/article/11288-eng.pdf?st=3tE\\_bRzW](https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2010003/article/11288-eng.pdf?st=3tE_bRzW)

Montazer, Shirin. "Immigration, Visible-Minority Status, Gender, and Depression." *Society and Mental Health*, vol. 10, no. 3, 2020, pp. 218–36. <https://doi.org/10.1177/2156869319856930>.

Moore, Spencer et Ichiro Kawachi. "Twenty Years of Social Capital and Health Research: A Glossary." *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 71, no. 5, 2017, pp. 513–17. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208313>.

Nakhaie, M. Reza, et al. "Social Inequalities, Social Capital, and Health of Canadians." *Review of Radical Political Economics*, vol. 39, no. 4, 2007, pp. 562–85. <https://doi.org/10.1177/0486613407306823>.

Newbold, Bruce. "The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC." *Ethnicity & health*, vol. 14, no. 3, 2009, pp. 315-36. doi:10.1080/13557850802609956

Pahwa, Punam, et al. "Longitudinal Trends in Mental Health among Ethnic Groups in Canada." *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, vol. 32, no. 3, 2012, pp. 164-176.

Ponthieux, Sophie. "Le capital social." *La Découverte*, 2006.

Portes, Alejandro. "Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology." *Annual Review of Sociology*, vol. 24, 1998, pp. 1–24, <http://www.jstor.org/stable/223472>.

Putnam, Robert. "The Prosperous Community." *The American Prospect*, vol. 4, no. 13, 1993, pp. 35–42.

Puyat, Joseph H. “Is the Influence of Social Support on Mental Health the Same for Immigrants and Non-Immigrants?” *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 15, no. 3, 2013, pp. 598–605. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9658-7>.

R Core Team. “R: A language and environment for statistical computing.” *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria, 2020. URL <https://www.R-project.org/>.

Robert, Anne-Marie et Tara Gilkinson. “Mental health and well-being of recent immigrants in Canada: Evidence from the longitudinal survey of immigrants to Canada.” *Immigrant integration: Research implications for future policy*, 2012, pp. 191-210. Citoyenneté et Immigration Canada.

Saeri, Alexander K., et al. “Social Connectedness Improves Public Mental Health: Investigating Bidirectional Relationships in the New Zealand Attitudes and Values Survey.” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 52, no. 4, 2018, pp. 365–374. doi:10.1177/0004867417723990.

Salami, Bukola, et al. “Migration and Social Determinants of Mental Health: Results from the Canadian Health Measures Survey.” *Canadian Journal of Public Health*, vol. 108, no. 4, 2017, pp. 362–67. <https://doi.org/10.17269/CJPH.108.6105>.

Salami, Bukola, et al. “Access and Utilization of Mental Health Services for Immigrants and Refugees: Perspectives of Immigrant Service Providers.” *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 28, no. 1, 2019, pp. 152–61. <https://doi.org/10.1111/inm.12512>.

Song, Lijun. “Social Capital and Health.” *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, 2013, pp. 233–57. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3\\_12](https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_12).

Song, Lijun. “Social Capital and Psychological Distress.” *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 52, no. 4, 2011, pp. 478–92. <https://doi.org/10.1177/0022146511411921>.

Statistique Canada. “Guide de l'utilisateur de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale (ESCC)”, Ottawa, 2013.

Tieu, Yvonne et al. “Depression literacy among older Chinese immigrants in Canada: a comparison with a population-based survey.” *International psychogeriatrics*, vol. 22, no. 8, 2010, pp. 1318-26. doi:10.1017/S1041610210001511

Uphoff, Eleonora P. et al. “A Systematic Review of the Relationships between Social Capital and Socioeconomic Inequalities in Health: A Contribution to Understanding the Psychosocial Pathway of Health Inequalities.” *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, no. 1, 2013, p. 54. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-54>.

Vang, Zoua, et al. “The Healthy Immigrant Effect in Canada: A Systematic Review.” *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/ Un Réseau Stratégique de Connaissances Changements de Population et Parcours de Vie Document de Travail*, vol. 3, no. 1, 2015, <https://ir.lib.uwo.ca/plc/vol3/iss1/4>.

## Annexe

Tableau 5. Effets du capital social et d'autres déterminants sur la santé mentale auto reportée (n = 19-424). Convertie en rapport de cote						
Variables	Coefficient estimé - rapport cote	Intervalle de confiance de 95%		Erreur type	Valeur p	
(Intercepte)	2,161	0,956	4,887	0,415	0,064	
<i>Capital social cognitif</i>						
<b>Sentiment d'appartenance à la communauté (réf. Plutôt faible et très faible)</b>						
Très fort et fort	0,589	0,489	0,709	0,094	<0,0001	***
<b>Sentiment que les autres sont fondamentalement bons (réf. Une fois par semaine ou moins)</b>						
Plusieurs fois par semaine	0,504	0,389	0,651	0,131	<0,0001	***
<i>Capital social bonding</i>						
<b>Faire partie d'un groupe qui partage attitudes/croyances (réf. Entièrement en désaccord et en désaccord)</b>						
Tout d'accord et d'accord	0,424	0,313	0,576	0,155	<0,0001	***
<b>Avoir des relations basées sur la confiance et la chaleur (réf. Une fois par semaine ou moins)</b>						
Plusieurs fois par semaine	0,383	0,284	0,515	0,152	<0,0001	***
<b>A des personnes sur qui compter (réf. Entièrement en désaccord et en désaccord)</b>						
Tout d'accord et d'accord	0,802	0,488	1,318	0,253	0,382	
<b>Il y a des personnes sur qui je pourrais discuter de décisions importantes (réf. Entièrement en désaccord et en désaccord)</b>						
Tout d'accord et d'accord	0,624	0,385	1,010	0,245	0,055	
<b>A des personnes proches (réf. Entièrement en désaccord et en désaccord)</b>						
Tout d'accord et d'accord	1,015	0,634	1,624	0,239	0,950	
<b>A des relations où les compétences et le savoir-faire est reconnu (réf. Entièrement en désaccord et en désaccord)</b>						
Tout d'accord et d'accord	0,544	0,369	0,802	0,197	0,002 **	
<i>Contrôles</i>						
<b>Âge (réf. 20-24 ans)</b>						
25 - 29 ans	1,112	0,733	1,688	0,212	0,617	
30 - 34 ans	1,823	1,136	2,926	0,241	0,013 *	
35 - 39 ans	1,611	1,058	2,453	0,214	0,026 *	
40 - 44 ans	1,705	1,090	2,667	0,228	0,020 *	
45 - 49 ans	1,527	1,006	2,318	0,212	0,047 *	
50 - 54 ans	1,478	0,937	2,332	0,232	0,093 .	
55 - 59 ans	1,732	1,152	2,605	0,207	0,008 **	
60 - 64 ans	1,151	0,754	1,757	0,215	0,513	
65 - 69 ans	0,828	0,521	1,314	0,235	0,422	
70 - 74 ans	0,847	0,479	1,497	0,290	0,566	
75 - 79 ans	0,894	0,517	1,545	0,278	0,687	
80 ans et plus	1,220	0,704	2,116	0,280	0,477	
<b>Sexe (Réf. Homme)</b>	1,261	1,040	1,529	0,098	0,018 *	

<b>Statut matrimonial (réf. Marié(e))</b>						
Union libre	1,094	0,816	1,467	0,149	0,547	
Veuf(ve)	1,296	0,923	1,818	0,172	0,133	
Séparé(e)	1,966	1,077	3,586	0,306	0,028	*
Divorcé(e)	1,790	1,230	2,606	0,191	0,002	**
Célibataire	1,287	1,020	1,624	0,118	0,034	*
<b>Éducation (réf. moins qu'un diplôme secondaire)</b>						
Diplôme secondaire	0,700	0,525	0,934	0,147	0,015	*
Études postsecondaires	0,750	0,522	1,080	0,185	0,122	
Diplôme d'études postsecondaire	0,821	0,646	1,044	0,122	0,108	
<b>Statut immigrant (réf. Immigrant récent)</b>						
Immigrant de longue durée	2,316	1,387	3,867	0,261	0,001	**
Non immigrant	2,394	1,429	4,011	0,262	0,001	***
<b>Statut de minorité visible (réf. Blanc)</b>						
Noir	0,470	0,221	1,001	0,384	0,050	.
Philippin	0,903	0,212	3,850	0,737	0,890	
Chinois	0,783	0,423	1,450	0,313	0,436	
Sud-Asiatique	1,071	0,563	2,037	0,327	0,834	
Asiatique du Sud-Est	3,092	0,908	10,530	0,623	0,071	.
Arabe	0,397	0,128	1,231	0,575	0,109	
Asiatique occidentale	2,240	0,647	7,760	0,632	0,203	
Latino-américain	0,778	0,305	1,986	0,477	0,599	
Origines multiples	0,985	0,453	2,139	0,395	0,969	
Autre	0,470	0,212	1,046	0,406	0,064	.
<b>Langue maternelle (réf. anglais seulement)</b>						
Français seulement	0,407	0,319	0,520	0,125	<0,0001	***
Anglais et français seulement	0,964	0,605	1,536	0,237	0,877	
Anglais, français et autre	0,285	0,014	5,825	1,535	0,414	
Anglais et autre	0,645	0,400	1,040	0,243	0,072	.
Français et autre	0,671	0,222	2,026	0,562	0,478	
Ni anglais ni français	0,757	0,455	1,260	0,259	0,283	
<b>Revenu personnel de toutes sources (Réf. &lt; 10 000 \$)</b>						
10000\$-19999\$	0,866	0,663	1,131	0,136	0,292	
20000\$-29999\$	0,571	0,431	0,757	0,143	<0,0001	***
30000\$-39999\$	0,571	0,398	0,819	0,184	0,002	**
40000\$-49999\$	0,548	0,367	0,817	0,203	0,003	**
50000\$-59999\$	0,443	0,294	0,667	0,208	<0,0001	***
60000\$-69999\$	0,322	0,200	0,519	0,242	<0,0001	***
70000\$-79999\$	0,293	0,177	0,486	0,257	<0,0001	***
80000\$-89999\$	0,365	0,171	0,775	0,384	0,009	**
90000\$-99999\$	0,261	0,114	0,601	0,424	0,002	**
100000\$ et plus	0,195	0,115	0,331	0,269	<0,0001	***
*p < ,05 **p < ,01 ***p < ,001 (t-test bilatéral)						
<b>Pseudo R au carré de Nagelkerke : 0,1848061</b>						
Source: ESCC - Santé mentale (2012).						

<b>Tableau 6. Effets du capital social et d'autres déterminants sur la santé mentale auto reportée (n = 19-424). Coefficients de régression convertis en probabilités</b>	
<b>Variables</b>	<b>Probabilité d'avoir une mauvaise SM, en pourcentage</b>
<i>Capital social cognitif</i>	
<b>Sentiment d'appartenance à la communauté</b>	
Plutôt faible et très faible	7,9
Très fort et fort	4,8
<b>Sentiment que les autres sont fondamentalement bons</b>	
Une fois par semaine ou moins	10,0
Plusieurs fois par semaine	5,3
<i>Capital social bonding</i>	
<b>Faire partie d'un groupe qui partage attitudes/croyances</b>	
Entièrement en désaccord et en désaccord	11,9
Tout d'accord et d'accord	5,4
<b>Avoir des relations basées sur la confiance et la chaleur</b>	
Une fois par semaine ou moins	13,2
Plusieurs fois par semaine	5,5
<b>A des personnes sur qui compter</b>	
Entièrement en désaccord et en désaccord	7,0
Tout d'accord et d'accord	5,7
<b>Il y a des personnes sur qui je pourrais discuter de décisions importantes</b>	
Entièrement en désaccord et en désaccord	8,8
Tout d'accord et d'accord	5,7
<b>A des personnes proches</b>	
Entièrement en désaccord et en désaccord	5,7
Tout d'accord et d'accord	5,7
<b>A des relations où les compétences et le savoir-faire est reconnu</b>	
Entièrement en désaccord et en désaccord	9,9
Tout d'accord et d'accord	5,6
<i>Contrôles</i>	
<b>Âge</b>	
20 - 24 ans	4,5
25 - 29 ans	5,0
30 - 34 ans	7,9
35 - 39 ans	7,1
40 - 44 ans	7,5
45 - 49 ans	6,7
50 - 54 ans	6,5
55 - 59 ans	7,6
60 - 64 ans	5,2
65 - 69 ans	3,8
70 - 74 ans	3,9
75 - 79 ans	4,1
80 ans et plus	5,5
<b>Sexe</b>	
Homme	5,1
Femme	6,3
<b>Statut matrimonial</b>	
Marié(e)	4,9
Union libre	5,3
Veuf(ve)	6,2
Séparé(e)	9,2
Divorcé(e)	8,4
Célibataire	6,2
<b>Éducation</b>	

Moins qu'un diplôme secondaire	6,9
Diplôme secondaire	4,9
Études postsecondaires	5,3
Diplôme d'études postsecondaire	5,7
<b>Statut immigrant</b>	
Immigrant récent	2,6
Immigrant de longue durée	5,8
Non immigrant	6,0
<b>Statut de minorité visible</b>	
Blanc	5,9
Noir	2,9
Philippin	5,3
Chinois	4,7
Sud-Asiatique	6,3
Asiatique du Sud-Est	16,2
Arabe	2,4
Asiatique occidental	12,3
Latino-américain	4,6
Origines multiples	5,8
Autre	2,9
<b>Langue maternelle</b>	
Anglais seulement	6,9
Français seulement	2,9
Anglais et français seulement	6,7
Anglais, français et autre	2,1
Anglais et autre	4,6
Français et autre	4,8
Ni anglais ni français	5,3
<b>Revenu personnel de toutes sources</b>	
< 10 000 \$	10,1
10000\$-19999\$	8,9
20000\$-29999\$	6,1
30000\$-39999\$	6,1
40000\$-49999\$	5,8
50000\$-59999\$	4,8
60000\$-69999\$	3,5
70000\$-79999\$	3,2
80000\$-89999\$	4,0
90000\$-99999\$	2,9
100000\$ et plus	2,2

Source: ESCC - Santé mentale (2012),