



Université d'Ottawa • University of Ottawa



Université d'Ottawa - University of Ottawa

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES

FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES

Isabelle CARON

AUTEUR DE LA THÈSE - AUTHOR OF THESIS

M. A (sociologie)

GRADE - DEGREE

Département de sociologie

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT - FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

TITRE DE LA THÈSE - TITLE OF THE THESIS

L'INFLUENCE DU CAPITAL SOCIAL SUR LA SANTÉ : UNE ÉTUDE
EMPIRIQUE DU CAS CANADIEN

L. Laczko

DIRECTEUR DE LA THÈSE - THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR DE LA THÈSE - THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS DE LA THÈSE - THESIS EXAMINERS

L. Bouchard

A. Tremblay

J.-M. De Koninck, Ph.D.

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES ÉTUDES
SUPÉRIEURES ET POSTDOCTORALES

DEAN OF THE FACULTY OF GRADUATE
AND POSTDOCTORAL STUDIES

**L'INFLUENCE DU CAPITAL SOCIAL SUR LA SANTÉ:
UNE ÉTUDE EMPIRIQUE DU CAS CANADIEN**

Isabelle Caron

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
et postdoctorales de l'Université d'Ottawa en vue de
l'obtention de la Maîtrise ès arts en Sociologie

Département de sociologie
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

© Isabelle Caron, Ottawa, Canada, 2004



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

ISBN: 0-494-01432-6

Our file *Notre référence*

ISBN: 0-494-01432-6

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Résumé

Cette thèse s'intéresse à l'impact du capital social sur la santé des Canadiens. Elle vise à vérifier si la santé est influencée par une multitude de déterminants sociaux, dont le capital social. Pour ce faire, elle se base sur une méthodologie quantitative qui utilise des données individuelles tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, comprenant un échantillon de 82 000 répondants. Dans cette recherche, la santé est mesurée à partir de l'auto-évaluation de l'état de santé des gens. Le capital social est mesuré à partir de l'indice de soutien social perçu. En conclusion, cette thèse permet d'observer un lien entre le capital social, mesuré à partir du soutien social, et la perception de la santé, bien que celui-ci soit plutôt faible. Elle permet également de voir que les déterminants sociaux de la santé agissent de façon plurivoque et reliée sur la santé.

*à Jean-François
pour son soutien et ses encouragements*

*à mes parents
pour m'avoir transmis le goût d'apprendre*

Remerciements

Je désire remercier mon directeur, Leslie Laczko, pour avoir dirigé ma thèse ainsi que les membres mon comité, Louise Bouchard et André Tremblay, pour leur précieuse aide.

Table des matières

Introduction	8
Chapitre 1: Cadre théorique	12
1.1 La santé de la population	12
1.1.1 Définitions de la santé	12
1.1.2 Les modèles d'étude de la santé	14
1.1.3 Développement de l'approche de la santé de la population	15
1.1.4 Dimensions de l'approche de la santé de la population	16
1.2 Le capital social	18
1.2.1 Définir le capital social	18
1.2.2 Les formes de capital social	24
1.2.3 Distinctions entre capital humain et capital social	26
1.2.4 Distinctions entre cohésion sociale et capital social	28
1.2.5 Les sources de capital social	30
1.2.6 La notion de confiance et le capital social	32
1.2.7 La mesure du capital social	34
1.2.8 Le capital social comme déterminant de la santé	37
Chapitre 2: Méthodologie	42
2.1 Questions de recherche et hypothèses	42
2.2 Description de l'échantillon	47

	6
2.3 Description des données utilisées	49
2.4 Méthodes statistiques utilisées	57
Conclusion	58
Chapitre 3: Analyses statistiques des résultats	59
3.1 Variables utilisées	59
3.1.1 Respect des exigences concernant certaines analyses statistiques	60
3.1.2 Analyse descriptive des variables	62
3.1.3 Variables dépendantes	63
3.1.4 Variables indépendantes	64
3.2 Relations entre les variables	67
3.2.1 Facteurs qui influencent la santé	67
3.2.2 Analyse bivariée entre le capital social et la santé	75
3.2.3 Effets des déterminants sociaux sur le capital social	77
3.2.4 Effets combinés du capital social et des déterminants sociaux sur la santé	84
3.2.5 Synthèse	90
Chapitre 4: Avenues de recherche	94
4.1 Nouvelles questions de recherche	94
4.1.1 Les différentes mesures de la santé	94
4.1.2 Les différentes mesures de capital social	95
4.1.3 Doubles effets des déterminants sociaux	95
4.1.4 Comparaison des résultats	96
4.1.5 Impact du capital social selon les régions	97

	7
4.1.6 Impact des autres déterminants de la santé	97
4.1.7 Le capital social et la santé de la population	98
Conclusion	100
Annexe A: Libellé original de la question sur la perception de la santé	106
Annexe B: Libellés originaux des questions sur le capital social	107
Annexe C: Libellés des questions originales mesurant les autres déterminants sociaux	109
Annexe D: Nouvelles codifications des variables utilisées dans la recherche	112
Annexe E: Tableaux croisés: Impact des déterminants sociaux sur le capital social	115
Annexe F: Tableaux croisés: Impact des déterminants sociaux sur la santé	120
Annexe G: Débits SPSS pour les régressions	126
Bibliographie	142
Liste des figures	
Figure 1: Tableau comparatif entre le capital social et le capital humain	27
Figure 2: Schéma des questions de recherche	42
Figure 3: Impacts indirects de certains déterminants sociaux sur la santé	78
Liste des tableaux	
Tableau 1: Analyses descriptives des variables utilisées	63
Tableau 2: Fréquences de la perception de la santé	64
Tableau 3: Fréquences de l'indice de soutien social	65
Tableau 4: Matrice de corrélation des variables utilisées	69
Tableau 5: Corrélations entre les déterminants sociaux et la santé	71
Tableau 6: Tableau croisé entre la perception de la santé et le capital social	76
Tableau 7: Effets prédictifs des déterminants sociaux sur le capital social	79
Tableau 8: Effets prédictifs des déterminants sociaux sur la santé	86

Introduction

Les recherches des années 1990 ont mené à définir une nouvelle approche de la santé: la santé de la population. Cette approche a pour axiome l'idée que la santé d'une population est influencée par une série de déterminants sociaux, physiques, biologiques et comportementaux. Plusieurs recherches ont porté sur ces différents déterminants au cours des dernières années (Townson, 1999, Hayes et Dunn, 1998, Santé Canada, 1998, Miyaji et Lock, 1994; Romer, 1994; Cynader, 1994; Hertzman, 1994; Mustard, McCain et Bertrand, 2000; Wilkins, Houle, Berthelot et Ross, 2000; Ross, Roberts et Scott, 2000; Hertzman, 2000). Toutefois, au Canada, peu se sont intéressés au capital social.

Défini en premier lieu par des auteurs comme Bourdieu et Coleman (Hawe et Shiell, 2000), et ensuite repris par plusieurs autres comme Putnam, Glaeser, Woolcock, Schuller, Veenstra, Willms, ce déterminant social offre un grand intérêt parce qu'il fait référence à la valeur des réseaux sociaux (Putnam, 2000), ces derniers constituant une des caractéristiques changeantes de la société nord-américaine.

Cette recherche vise donc à évaluer l'impact du capital social comme déterminant social influençant la santé d'une population. Encore plus précisément, nous cherchons à observer l'impact du capital social sur la santé lorsque celui-ci agit de façon combinée avec les autres déterminants sociaux. Comme l'analyse de l'impact des déterminants sociaux sur la santé constitue une étude d'envergure et très complexe, nous ne visons pas à comprendre toutes les relations qui existent entre le capital social, les déterminants sociaux et la santé. Cette thèse se veut qu'un premier pas dans l'analyse d'un type de relation entre le capital social et la santé. Bien entendu, les résultats de cette recherche ne s'appliquent qu'au Canada en 1996 et 1997. De plus, nous avons choisi certains

indicateurs pour la santé et le capital social qui possèdent à leur tour des limites. Nous ne prétendons pas fournir une preuve de l'impact du capital social sur la santé mais plutôt observer quelles relations existent entre le capital social et la santé à l'intérieur de paramètres précis.

Dans un premier temps, nous développerons un cadre théorique à partir de l'approche de la santé de la population et du concept de capital social. Ce cadre théorique nous permettra d'établir les postulats de base sur lesquels reposent notre recherche. Une revue de la littérature nous permettra de voir l'évolution de la définition de la santé, en mettant l'emphase sur les particularités de l'approche la plus récente: l'approche de la santé de la population. De plus, ce cadre théorique nous permettra de définir le concept de capital social ainsi que de passer en revue les différentes recherches qui existent sur ce sujet.

Dans un second temps, nous présenterons la méthodologie utilisée pour cette recherche. Afin d'observer la relation entre le capital social et la santé au Canada, nous avons opté pour une approche quantitative. Nos analyses seront effectuées à partir des données de la base de données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997. Afin d'effectuer nos analyses, nous examinerons deux questions de recherche. Notre première question de recherche sera la suivante: Existe-t-il un lien entre le capital social et la santé au Canada? Les résultats de recherches antérieures effectuées aux États-Unis nous amèneront à émettre l'hypothèse qu'il existe bien un lien entre le capital social et la santé au Canada. Nous croyons que la santé des gens est meilleure chez ceux qui participent davantage à la vie sociale, soit par le biais d'organisations ou de réseaux communautaires, et chez ceux qui jouissent d'un fort support social. Afin de répondre à cette question, nous utiliserons un indicateur de capital social créé par Statistique Canada: l'indice de soutien social perçu. Cette variable agira comme représentante du capital social (variable *proxy*). De plus, la santé sera mesurée

à partir de la perception des gens (*self-rated health*).

Cette première question de recherche nous amènera à examiner une seconde question: Le capital social est-il lui-même influencé par d'autres déterminants sociaux (comme le sexe, l'âge, l'éducation, le revenu familial, l'occupation, la langue parlée, le nombre de personnes composant le ménage et la province de résidence)? Nous émettrons l'hypothèse que les déterminants sociaux ont effectivement un impact sur le capital social. Selon l'approche de la santé de la population, les déterminants sociaux agissent de façon plurivoque et reliée sur la santé. Nous croyons donc que les déterminants sociaux s'influencent entre eux et influencent également la santé. Ce qui nous amène à croire que le capital social est influencé par d'autres déterminants sociaux (comme le sexe, l'âge, l'éducation, le revenu familial, l'occupation, la langue parlée, le nombre de personnes composant le ménage et la province de résidence). Cette question nous permettra d'évaluer les liens entre les déterminants sociaux, le capital social et la santé.

La section "méthodologie" présentera donc de façon détaillée les questions de recherche ainsi que les hypothèses qui ont guidé notre analyse. De plus, on y retrouvera une description précise des différentes variables ainsi que des méthodes d'analyse utilisées dans cette recherche.

Dans un troisième temps, nous présenterons nos résultats d'analyse. Afin de répondre à nos questions de recherche et de vérifier nos hypothèses, nous procéderons à une série d'analyses statistiques. Tout d'abord, une série de statistiques descriptives nous permettra de mieux comprendre et mieux définir notre échantillon de recherche. Puis nous procéderons à des analyses bivariées qui nous permettront d'abord de voir les relations qui existent entre les variables choisies. Ensuite, nous verrons comment les divers déterminants sociaux influencent la santé sans tenir compte de l'effet combiné de ceux-ci sur la santé. De plus, nous verrons comment le capital social influence la santé

lorsque son impact est isolé (sans tenir compte des autres déterminants tels que le sexe, l'âge, l'éducation, le revenu familial, l'occupation, la langue parlée, le nombre de personnes composant le ménage et la province de résidence). Des analyses bivariées supplémentaires ainsi que des analyses multivariées nous permettront également de mesurer l'impact de certains déterminants sociaux (comme le sexe, l'âge, l'éducation, le revenu familial, l'occupation, la langue parlée, le nombre de personnes composant le ménage et la province de résidence) sur le capital social. Enfin, nous effectuerons des analyses multivariées qui nous permettront de voir d'une part, comment le capital social ainsi que les autres déterminants sociaux agissent de façon combinée sur la santé.

Le dernier chapitre portera sur les avenues de recherche suscitées par nos analyses. Nous chercherons à soulever de nouvelles questions de recherche qui vont au-delà de notre recherche afin d'ouvrir la voie à de futures analyses sur ce sujet. Nous verrons entre autres que les résultats de cette recherche ouvrent la porte à une série de recherches qui pourraient être entreprises dans le but d'identifier les meilleures stratégies qui pourraient influencer positivement le capital social de façon à ce qu'il agisse sur la santé de la population.

Enfin, en conclusion, nous passerons en revue les principaux résultats obtenus par nos analyses, ainsi que la façon dont ces résultats nous permettent de répondre à nos questions de recherche et de confirmer nos hypothèses de départ.

Chapitre 1 - Cadre théorique

Cette thèse s'intéresse à la relation entre le capital social et la santé. Avant de procéder à l'analyse statistique des variables, il s'avère essentiel de définir le cadre conceptuel qui entoure cette recherche. Ce chapitre vise à clarifier les concepts utilisés lors de cette thèse. Plus précisément, il vise à établir les bases de cette recherche en présentant l'approche conceptuelle nous permettant d'étudier la relation entre le capital social et la santé. Dans un premier temps, nous procéderons à un survol des diverses définitions de la santé, puis nous présenterons la définition adoptée dans le cadre de cette thèse. Nous présenterons ensuite l'approche de la santé de la population qui nous permettra de comprendre la dynamique de la relation entre le capital social et la santé. Dans un deuxième temps, nous présenterons le concept de capital social. Enfin, nous verrons comment ce concept s'insère dans une analyse utilisant une approche de la santé de la population.

1.1 La santé de la population

La santé occupe une place prépondérante dans la vie des gens. Que ce soit dans son aspect médical, social ou politique, la santé représente un des enjeux majeurs qui préoccupe autant les individus que nos gouvernements. La santé est tellement ancrée dans les fondements de notre société, qu'il s'avère aujourd'hui, plus que jamais, important d'en comprendre la définition, la portée et l'impact.

1.1.1 Définitions de la santé

Il existe plusieurs définitions de la santé qui varient selon la compréhension et l'explication que nous pouvons en donner. Quelle que soit sa définition, le concept de santé fait référence à une

norme. L'état de santé d'une personne est déterminé par la relation qui existe entre l'état de la personne et la norme. Cette norme nous indique ce que devrait être la bonne santé, ce que les gens devraient faire ou ne pas faire pour être en bonne santé. (Lacourse, 1998). Ainsi, tout ce qui dévie de la norme est considéré comme maladie ou mauvaise santé.

Nous pouvons regrouper les définitions de la santé sous deux grandes visions: la santé idéale et la santé fonctionnelle. Proposée en 1946 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) la vision de la santé idéale se définit comme "un état complet de bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité" (OMS, 1946). La santé idéale compte donc une dimension sociale et psychologique et permet d'intégrer la dimension psychologique à l'aspect biologique de la santé. Bien qu'amendée et enrichie à plusieurs reprises depuis 1946, cette définition demeure encore aujourd'hui un cadre de référence pour l'élaboration de politiques de santé (Lacourse, 1998). Toutefois, cette vision s'avère très globale.

Définie par René Dubos comme étant un "état physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance", la vision fonctionnelle de la santé "permet à l'individu considéré de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé" (Dubos, 1959).

Ces deux grandes visions de la santé offrent un cadre conceptuel qui permet de définir les trois grands modèles d'étude de la santé: le modèle bio-médical, le modèle biopsychosocial et le modèle écologique (Lacourse, 1998).

1.1.2 Les modèles d'étude de la santé

Il existe trois grands modèles d'étude de la santé qui proposent trois visions différentes de la santé. Ainsi, le modèle biomédical a été construit en Occident au XVIII^{ème} siècle. Il adopte une approche positiviste de la maladie, où cette dernière est vue comme quelque chose que l'on peut isoler du patient (Corin, 1985). Ce modèle introduit l'étiologie spécifique: "pour chaque maladie particulière, il existe un agent pathogène que le chercheur doit déterminer" (Lacourse, 1998: 59). Quelle que soit la maladie, il existe une cause à l'intérieur du corps humain. La prémisses fondamentale de cette approche consiste à soutenir que le monde peut être mesuré de façon empirique par un observateur objectif et que ces observations sont indépendantes de leur contexte socio-culturel et qu'elles ne sont nullement influencées par tout ce qui caractérise l'observateur (Yardley, 1997). Ce modèle est fortement inspirée d'une vision fonctionnelle de la santé.

Le modèle biopsychosocial, sans remettre en question le modèle biomédical, permet de tenir compte de nouveaux facteurs. Ce modèle introduit l'étiologie psychosociale et le concept de multicausalité. Désormais, seront incluses des dimensions comme l'environnement, les habitudes de vie et les facteurs psychologiques dans l'étude de la santé (Lacourse, 1998). Afin d'assurer une rigueur scientifique, ce modèle propose de créer des mesures quantitatives des variables psychosociales (Yardley, 1997). Une des conséquences de l'émergence de ce modèle est la reconnaissance des facteurs psychosociaux par les médecins dans la conception de la santé.

Le modèle écologique tente de comprendre l'interaction qui existe entre les divers déterminants. Seront désormais inclus les facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques dans l'étude de la santé. Ce modèle s'inscrit directement dans la vision idéale de la santé parce que, contrairement au modèle biopsychosocial, le modèle écologique place au coeur de son analyse

l'interaction des déterminants de la santé.

1.1.3 Origines et définitions de l'approche de la santé de la population

L'approche de la santé de la population, s'apparentant davantage au modèle écologique de la santé, remonte au Rapport Lalonde de 1974: *Une nouvelle perspective de la santé des Canadiens*.

Ce rapport identifiait alors quatre facteurs influençant la santé:

- la biologie humaine
- le milieu
- le mode de vie
- les organismes de soins de santé

Ce rapport a amené le gouvernement fédéral à orienter ses politiques vers l'amélioration de la santé de la population (Lalonde, 1974). Ainsi, pour la première fois, on reconnaissait que viser à améliorer la santé d'une population signifiait non seulement des investissements dans les systèmes de soins de santé mais aussi la promotion de la santé par des moyens non-médicaux (Conseil du Trésor, 2001).

Par "santé de la population" on entend "the analysis of major social, physical, behavioural and biological influences upon overall levels of health status within and between identifiable population groups and subgroups" (Hayes et Dunn (CIAR), 1998). L'approche de la santé de la population innove en se penchant sur l'influence qu'ont divers déterminants sur la santé d'une population en montrant leur part relative dans l'amélioration de la santé des populations. Ces déterminants peuvent être de plusieurs ordres: physiques, biologiques, comportementaux et sociaux. Or, l'aspect le plus innovateur de l'approche, et ce qui constitue en fait sa plus grande découverte, c'est que ces déterminants n'agissent pas de façon isolée et univoque sur la santé d'une population,

mais plutôt en interaction. L'approche de la santé de la population permet, pour la première fois, de s'appuyer sur des données scientifiques comme par exemple, le statut socio-économique mesuré par le niveau de revenu familial et le niveau d'éducation, ainsi que le niveau de santé mesuré par des indices de santé comme l'indice d'utilité en matière de santé (HUI) et l'indice d'auto-évaluation de la santé (Self-Rated Health) qui démontrent bien que les divers déterminants agissent de façon reliée et plurivoque sur la santé. Conséquemment, les stratégies d'action que propose l'approche de la santé de la population sont de type multisectoriel. De la pluralité des divers déterminants de la santé, se dégagent différentes dimensions dans l'approche de la santé de la population.

1.1.4 Dimensions de l'approche de la santé de la population

L'approche de la santé de la population est essentiellement un cadre de pensée qui sert d'orientation et de réflexion à des questions relatives à la santé. À ce titre, on remarque que la littérature ne s'intéresse jamais à l'ensemble des déterminants de la santé à l'intérieur d'une seule analyse, mais les analyses privilégient plutôt certains déterminants au détriment des autres. Ainsi, plusieurs chercheurs ont mis l'emphase sur l'impact des facteurs socio-économiques sur la santé alors que d'autres se sont plutôt penchés sur l'impact de d'autres facteurs tels le capital social, le développement sain de la petite enfance, le sexe, l'environnement social, l'éducation, les facteurs environnementaux (écologiques), etc. Ces différents emphases sur les déterminants de la santé constituent autant de dimensions de l'approche de la santé de la population.

En 1994, le CIAR a publié *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations* ainsi qu'un numéro spécial de la revue *Daedalus*, qui illustrent bien les différentes dimensions de l'approche de la santé de la population. Dans ces publications, les auteurs

se penchent sur ce qu'ils qualifient de "découvertes singulières" (*anomalous findings*) en ce qui concerne les déterminants de la santé, du point de vue de différentes disciplines. Par "découvertes singulières", ces chercheurs entendent les découvertes scientifiques qui sortent des normes généralement acceptées par la communauté scientifique et qui mènent inévitablement à un changement de paradigme de la conception de la santé. Par exemple, l'interaction entre les divers déterminants sociaux, l'effet conjugué des déterminants sociaux et génétiques. La nature multidisciplinaire du travail de ces chercheurs démontre la large conception de la santé de la population par le groupe. Les déterminants ne se limitent pas à un seul type mais peuvent être de nature diverse: hétérogénéité, croyances et pratiques culturelles, environnement, petite enfance, croissance économique, organisation du travail, conditions des classes socio-économiques (Evans, Barer et Marmor (CIAR), 1994; *Daedalus*, 1994). Or, certains chercheurs ont mis l'accent sur des déterminants sociaux spécifiques comme c'est le cas pour les travaux de Monica Townson, qui mettent l'accent que sur les facteurs socio-économiques. Elle privilégie la qualité de vie comme l'un des facteurs les plus déterminants de la santé (Townson, 1999). Ce ne sont pas nécessairement les pays les plus riches qui sont les plus en santé, mais plutôt les pays les plus égalitaires (égalité mesurée selon la répartition des richesses) (Townson, 1999).

Pour les fins de notre recherche, nous adopterons une approche globale de la santé de la population qui intègre plusieurs ensembles de déterminants de la santé, plutôt que de mettre l'emphase sur une seule catégorie telle que l'ensemble des facteurs socio-économiques. Cette approche globale est essentielle pour permettre l'analyse de l'importance du capital social, un concept qui appelle l'utilisation de vastes ensembles de déterminants de la santé.

1.2 Le capital social

Récemment, les sociologues et autres théoriciens du social se sont penchés sur les caractéristiques changeantes de la société occidentale, surtout en ce qui concerne la notion de *capital social*. Le concept de *capital social* a été développé par analogie aux concepts de capital physique et capital humain. Le capital social fait référence à la valeur des réseaux sociaux (Putnam, 2000).

1.2.1 Définir le capital social

Le terme *capital social* a été défini de façon indépendante par plusieurs auteurs différents au courant du vingtième siècle. Putnam rapporte que le premier à parler de capital social est L.J.Hanifan, en 1916, qui soulignait l'importance de l'implication au sein de la communauté dans la réussite des écoles. La définition de Hanifan du capital social réfère à: "those tangible substances [that] count for most in the daily lives of people: namely good will, fellowship, sympathy, and social intercourse among the individuals and families who make up a social unit" (Putnam, 2000: 19).

Ce concept a ensuite été redécouvert de façon indépendante dans les années 70 par l'économiste Glenn Loury. Ce dernier introduit le concept de capital social pour la première fois en économie et le présente comme une critique de la notion d'individualisme soutenue dans les théories économistes classiques. Loury prétend que les relations qui existent entre les individus représentent une ressource économique pour ceux-ci (Loury, 1977). En se basant sur l'étude des inégalités raciales salariales, Loury soutient que lors de l'étude de l'impact de l'investissement dans le capital humain, les théories traditionnelles ne tiennent pas compte des différences dans l'acquisition de ce savoir. Selon lui, une analyse approfondie des inégalités raciales salariales doit tenir compte non seulement du statut socio-économique des parents de l'individu, mais également des relations

sociales entre les groupes ethniques qui caractérisent l'environnement de cet individu (Loury, 1977; 1987). Selon Loury, le concept de capital social fait donc référence aux conséquences des contacts sociaux qui facilitent l'acquisition du capital humain (Loury, 1977; 1987).

Dans les années 80, Pierre Bourdieu introduit le concept de capital social au sein de la sociologie. Bourdieu fait référence à trois types de capital: économique, culturel et social. Le capital économique fait référence à ce qui peut être converti directement en argent et est institutionnalisé sous la forme de droits de propriété (Bourdieu, 1986). Selon Bourdieu, le capital culturel peut, dans certaines conditions, être transformé en capital économique et peut être institutionnalisé sous la forme de qualifications, de savoir-faire. Enfin, le capital social, formé d'obligations sociales, peut également être transformé en capital économique sous certaines conditions et est institutionnalisé sous la forme de titre de noblesse (Bourdieu, 1986). Bourdieu définit le capital social comme "the aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition - or in other words to membership of a group" (Bourdieu, 1986: 248). Selon lui, la quantité de capital social qu'un individu possède dépend de la grandeur du réseau auquel il appartient ainsi que de la quantité de capital économique et culturel qu'il possède (Bourdieu, 1986). Les profits en capital social qui découlent de la participation en un groupe forment la base de la solidarité sociale, qui à son tour rend possible les gains en capital social.

C'est le sociologue James S. Coleman qui a intégré le terme *capital social* à l'agenda intellectuel de façon définitive à la fin des années 80. Coleman définit le capital social par sa fonction: "It is not a single entity, but a variety of different entities having two elements in common: They all consist of some aspect of a social structure, and they facilitate certain actions of individuals

who are within the structure” (Coleman, 1990: 302). Coleman affirme que comme toutes les autres formes de capital, le capital social permet la réalisation de buts que l’on ne pourrait atteindre sans lui. Tout comme Bourdieu, il différencie le capital social des autres formes de capital, physique et humain, où le capital physique renvoie aux outils et à l’équipement qui permet la production, et où le capital humain fait référence au savoir et aux connaissances du travailleur. Selon Coleman, contrairement à ces autres formes de capital, le capital social réside dans la structure des relations entre les individus (Coleman, 1988). Dans son analyse du capital social, Coleman met l’emphase sur la nature “publique” du capital social. Contrairement au capital physique (machinerie) et au capital humain (savoir-faire) qui s’avèrent plus tangibles et qui impliquent nécessairement une possession par un individu, le capital social n’appartient à personne (Coleman, 1990).

Robert D. Putnam a également contribué de façon considérable au développement du concept de capital social. Tout comme Coleman, Putnam définit le capital social en l’opposant aux concepts de capital physique et de capital humain: “Whereas physical capital refers to physical objects and human capital refers to the properties of individuals, social capital refers to connections among individuals - social networks and the norms of reciprocity and trustworthiness that arise from them” (Putnam, 2000: 19). Ceci n’est pas sans rappeler Bourdieu selon qui, il existe trois formes de capital: économique, culturel et social. Selon Putnam, c’est le sentiment d’appartenance ainsi que la participation concrète à un réseau social qui amènent les individus à développer des communautés et à s’engager les uns envers les autres (normes de réciprocité), ce qui a pour effet de créer un tissu social dont peuvent bénéficier ces individus (Putnam, 2000). Le capital social réfère donc aux caractéristiques des organisations sociales, telles les réseaux, normes et la confiance qui facilitent la coordination permettant les bénéfices mutuels (Putnam, 1993). Ainsi, le capital social a pour effet de faciliter l’action commune au sein des communautés. Tout comme Coleman, Putnam souligne

la nature “publique” du capital social en affirmant que celui-ci ne peut être la propriété de ceux qui en bénéficient (Putnam, 1993), contrairement au capital physique et humain. Toutefois, il nuance la pensée de Coleman en insistant sur le fait que le capital social a un caractère à la fois public et privé puisqu’il a des retombées publiques (au niveau des communautés, de la société) et privées (dans la vie des individus) (Putnam, 2001). Cependant, les analyses de Putnam ne s’intéressent qu’au caractère public du capital social.

Ichiro Kawachi s’est également intéressé au capital social. Kawachi se réfère au capital social comme un produit des caractéristiques de l’organisation sociale qui facilite l’action collective, définition fortement inspirée des travaux de Coleman. Kawachi fait une distinction entre les effets individuels du capital social sur la santé et les effets collectifs. Les effets individuels renvoient au niveau de l’individu: si les caractéristiques psychosociales d’un individu peuvent avoir une influence sur sa santé, il est possible que les caractéristiques psychosociales du capital social qui se manifestent dans cet individu, aient un impact sur la santé de celui-ci (Kawachi et Berkman, 2000). Les effets collectifs renvoient bien entendu à un niveau collectif. Selon Kawachi et Berkman, le capital social peut avoir un impact sur les comportements liés à la santé en promouvant la diffusion d’informations liées à la santé. La promotion de comportements sains peut avoir comme effet l’adoption de comportements sains comme norme pour la société (Kawachi et Berkman, 2000). Kawachi fait donc la même distinction que Putnam en affirmant que les effets du capital social sur la santé peuvent donc être d’ordre privé et public.

Gerry Veenstra s’est également intéressé au concept du capital social. En se référant aux définitions du capital social apportées par d’autres chercheurs (Coleman, Bourdieu, Kawachi et Putnam), Veenstra définit plus spécifiquement le capital social comme la mesure de la confiance et de la participation à la vie civique (Veenstra, 2002). Sa conception du capital social fait surtout

référence à ce qui est propre à l'individu et non à ce qui concerne une collectivité en général, ce qui en fait une définition plus restreinte. Il se penche sur l'étude du capital social au Canada, plus particulièrement sur l'impact du capital social sur la santé. Veenstra applique de façon intéressante la définition du capital social. En définissant plus spécifiquement le capital social comme la mesure de confiance et de participation civique, il contribue à rendre le capital social plus tangible. Comme nous l'expliquerons plus loin, nous n'utiliserons pas exactement les mêmes indicateurs de capital social que Veenstra puisque nous croyons que le soutien social s'avère un indicateur plus juste du capital social que la participation civique. Or, les recherches de Veenstra demeurent intéressantes puisqu'elles sont effectuées dans un contexte canadien. De plus, comme nous le verrons plus loin, nos questions de recherche sont similaires à celles posées par Veenstra.

Michael Woolcock, chercheur américain du groupe de recherche en développement de la Banque mondiale, s'est penché sur l'impact du capital social sur les dimensions sociales et économiques (Woolcock, 2001). Selon Woolcock, il s'avère essentiel que toute définition du capital social mette l'accent sur ce qu'il est et non sur ce qu'il fait (Woolcock, 2001). Il définit le capital social comme suit: "le capital social fait référence aux normes et aux réseaux qui facilitent l'action collective" (Woolcock, 2001: 13). Woolcock souligne que même si la définition du capital social s'avère étroitement sociologique, il ne faut perdre de vue le contexte institutionnel dans lequel ces réseaux évoluent, particulièrement, le rôle de l'État (Woolcock, 2001). Le capital social ne peut être compris qu'en tenant compte de l'environnement qui entoure les réseaux. Woolcock a passé en revue les études les plus récentes qui portent sur le capital social. L'accent est mis sur l'application du capital social au développement économique, en particulier en ce qui concerne les pays de l'OCDE (Woolcock, 2001). Selon Woolcock des études au niveau micro, auprès de ménages et de communautés, mesurant les réseaux communautaires, ainsi que la participation des citoyens à la

communauté, et des études au niveau macro, des études urbaines et des statistiques de santé publique provenant des pays de l'OCDE, soutiennent un argument unificateur selon lequel "après avoir contrôlé les autres variables clés, les gens les mieux branchés sont plus susceptibles d'être logés, en santé, au travail et heureux" (Woolcock, 2001: 3). Par "gens branchés", Woolcock identifie les gens qui possèdent le plus de contacts à l'intérieur d'un réseau social. Woolcock soutient que le capital social devrait être considéré comme une variable relationnelle plutôt qu'individuelle (Woolcock, 2001).

Enfin, Sylvain Côté s'est également attardé aux rôles complémentaires que peuvent jouer le capital humain et le capital social. Côté soutient qu'il existe des liens étroits entre le capital social, l'éducation (capital humain) et la santé. Il explique le lien entre l'éducation (capital humain) et le capital social, en démontrant que l'éducation favorise les habitudes et aptitudes qui facilitent la cohésion sociale. Il associe également l'éducation à la diminution des inégalités sociales qui ont elles-mêmes un impact sur la santé (Côté, 2001). La relation entre le capital social et la santé étudiée par Côté repose plutôt sur les effets indirects du capital social. Côté démontre plutôt les effets du capital social sur certains déterminants sociaux qui influencent la santé (éducation, revenu familial) et non une relation directe entre capital social et santé.

Une comparaison des différentes définitions du capital social nous permet de voir que la définition proposée par Bourdieu semble surtout faire référence à des gains individuels alors que les définitions de Coleman, Putnam, Kawachi, Woolcock et Veenstra font plutôt référence à des gains sociaux. Selon Bourdieu, le capital social appartient à l'individu qui le possède (Bourdieu, 1986). Nous pouvons donc en déduire que les gains obtenus par ce capital appartiennent à ce même individu. Pour Coleman, Putnam, Kawachi, Woolcock et Veenstra, le capital social est de nature plutôt publique que privée (même si Putnam et Kawachi reconnaissent certains aspects privés du

capital social). Dans cet optique, c'est l'ensemble de la société qui bénéficie des gains obtenus par le capital social.

Afin de définir le capital social, Coleman, Putnam et Bourdieu le différencient des autres formes de capital. Coleman et Putnam identifient le capital physique et humain comme les deux autres formes de capital alors que Bourdieu identifie le capital économique et culturel comme les deux autres formes de capital. Le capital économique que décrit Bourdieu s'avère différent du capital physique décrit par Putnam et Coleman. Le capital économique offre une perspective plus large alors que le capital physique offre une perspective plus spécifique. Toutefois, le capital culturel tel que présenté par Bourdieu et le capital humain tel que présenté par Putnam et Coleman se recoupent puisqu'ils font tous les deux référence aux qualifications, aux connaissances et aux savoirs-faire.

Aujourd'hui, la plupart des auteurs s'entendent pour définir le capital social comme "l'ensemble des relations, des réseaux et des normes qui facilitent l'action collective" (Isuma, 2001: 8; Glaeser, 2001, Woolcock, 2001; Côté, 2001; Schuller, 2001; Veenstra, 2001; Putnam, 2001; Willms, 2001). C'est cette définition que nous adopterons pour cette thèse.

1.2.2 Les formes du capital social

Coleman identifie plusieurs formes de capital social, qui selon lui représentent des ressources utiles pour les individus (Coleman, 1990). La première forme qu'il décrit concerne les obligations et les attentes. Selon Coleman, lorsqu'un individu rend service à un autre, il prend pour acquis que cette personne lui rendra le service un jour. La confiance qui réside dans la réciprocité des contacts crée des obligations et des ressources qui forment un type de capital social. Coleman identifie une seconde forme de capital social: l'information potentielle qui réside au sein des relations sociales. En effet, la possession d'information de quelque nature qu'elle soit constitue souvent un avantage

important. L'acquisition de l'information se fait souvent par le biais de contacts et de réseaux sociaux, ce qui constitue une forme de capital social. Les normes et les sanctions efficaces constituent une troisième forme de capital social puisqu'elles permettent une action concertée. Coleman donne l'exemple des normes qui ont pour but d'empêcher la criminalité dans une ville et qui permettent aux femmes de marcher à l'extérieur le soir sans crainte. Cependant, il s'avère important de mentionner que ces normes ne font pas que faciliter l'action, dans certains cas, elles contraignent également certains individus (Coleman, 1990). Les relations d'autorité représentent une quatrième forme de capital social. Comme le mentionne Coleman, si un individu donne ses droits de contrôle concernant une action à un autre individu, ce dernier possède donc un capital social qui prend la forme de droits de contrôle (Coleman, 1990). Les organisations sociales appropriées constituent une cinquième forme de capital social. Selon Coleman, une organisation mise sur pied dans un but spécifique peut également être mise au profit d'un autre but constituant ainsi une forme de capital social. Enfin, Coleman soutient que les organisations intentionnelles constituent une sixième forme de capital social. En effet, certaines organisations peuvent être mises sur pied dans le but de créer un capital social, comme c'est le cas avec plusieurs organisations bénévoles (Coleman, 1990).

Selon Putnam, les formes de capital social sont également nombreuses. L'élaboration de catégories théoriques du capital social demeure encore une priorité à l'agenda de recherche dans ce domaine. Parmi les principales formes, Putnam identifie les suivantes: les relations de réciprocité (par exemple: faire quelque chose pour quelqu'un en s'attendant à recevoir la même chose en retour), le degré de civisme (par exemple: la politesse et la courtoisie), la participation sociale (par exemple: s'impliquer au sein d'associations, dans la communauté, etc), les réseaux sociaux (par exemple: le support social) et la solidarité sociale (par exemple: faire un don) (Putnam, 2001).

Ces différentes formes de capital social peuvent se regrouper en deux grands types: le capital social affectif (*bonding*) qui fait référence aux relations entre les membres d'une même famille, les amis et les voisins, ainsi que le capital social relationnel (*bridging*) qui fait référence aux amis plus éloignés, aux collègues de bureau (Putnam, 2000; 2001). Selon Michael Woolcock, ces deux types de capital social correspondent à la dimension horizontale du capital social qui implique des liens entre les gens qui partagent de manière large des caractéristiques démographiques semblables (Woolcock, 2000). Woolcock ajoute qu'il existe également une dimension verticale au capital social qui fait référence aux relations entre les diverses couches sociales (Woolcock, 2000).

Bien que d'apparence différente à première vue, les formes de capital social présentées par Coleman et Putnam se recoupent. En effet, les obligations et attentes décrites par Coleman renvoient aux relations de réciprocité décrites par Putnam. L'information potentielle décrite par Coleman fait référence à la participation sociale décrite par Putnam. Les normes et sanctions décrites par Coleman renvoient au civisme décrit par Putnam. Les organisations sociales appropriées et les organisations intentionnelles décrites par Coleman renvoient à la fois, aux réseaux sociaux, à la participation sociale et à la solidarité décrits par Putnam.

1.2.3 Distinctions entre capital humain et capital social

Il importe de faire une distinction entre le capital humain et le capital social. Le capital humain réfère à "l'ensemble des connaissances, aptitudes, compétences et caractéristiques individuelles qui facilitent la création du bien-être personnel, social et économique" (Côté, 2001: 26; Schuller, 2001; Glaeser, 2001). Le capital humain repose davantage sur les personnes alors que le capital social fait plutôt référence aux relations entre les personnes (Woolcock, 2001). Le tableau de Schuller (Figure 1) illustre bien les différences entre le capital humain et le capital social.

Figure 1

TABLEAU 1		
	Capital humain	Capital social
Orientation	Individu	Rapports
Mesures	Durée de scolarité Qualification	Attitudes/valeurs Appartenance / participation à un groupe Degrés de confiance
Résultats	Directs : revenus, productivité Indirects : santé, activité civique	Cohésion sociale Réalisation économique Plus de capital social
Modèle	Linéaire	Interactif/circulaire

Source: Schuller 2001

Coleman définit le capital humain en le comparant au capital physique. Selon lui, tout comme le capital physique qui est créé en transformant du matériel en outils, le capital humain est créé en transformant un individu afin de lui offrir les aptitudes et capacités qui lui permettent d'agir d'une nouvelle façon (Coleman, 1990). Coleman soutient que le capital social est créé lorsque les relations entre les individus se transforment de façon à faciliter les actions (Coleman, 1990). Le capital social est sans doute le type de capital le moins tangible, comparativement au capital physique et au capital humain. Tout comme le capital physique et humain, le capital social facilite les activités productives (Coleman, 1990). Coleman note que le capital social et le capital humain sont souvent complémentaires. En effet, si les pointes d'un triangle représentent le capital humain, les lignes reliant ces pointes et formant le triangle représentent le capital social (Coleman, 1990). Le capital social vient donc compléter le capital humain.

1.2.4 Distinctions entre cohésion sociale et capital social

La cohésion sociale constitue une catégorie intermédiaire entre le capital humain et le capital social. Si nous reprenons l'analogie du triangle de Coleman, les pointes du triangle représentent le capital humain, les lignes reliant les pointes et formant les côtés du triangle représentent le capital social et nous pourrions ajouter que le triangle lui-même représente la cohésion sociale. Sans cohésion sociale, il n'y a pas de capital social, ni de capital humain.

Selon Jane Jenson, la cohésion sociale renvoie à un processus qui "fait appel à un sentiment d'appartenance et à une volonté ou à une capacité de vivre ensemble dans une certaine harmonie" (Jenson, 1998: 6). Jenson identifie cinq dimensions à la cohésion sociale. La première dimension concerne le sentiment d'appartenance qui permet aux citoyens de se sentir engagés et de faire partie de la société (Jenson, 1998). La seconde dimension fait référence aux pratiques d'insertion. La cohésion sociale étant directement liée aux institutions qui composent la société, l'accès à ces institutions et par conséquent, l'insertion, constitue une importante dimension de la cohésion sociale (Jenson, 1998). La troisième dimension renvoie à la participation civile. Jenson soutient que "la cohésion sociale nécessite une participation active" (Jenson, 1998: 18). Une non-participation, souvent liée au désenchantement aurait un effet néfaste sur la cohésion sociale (Jenson, 1998). La quatrième dimension concerne la reconnaissance. Jenson mentionne que la société est caractérisée par un pluralisme. La reconnaissance de ce pluralisme et de la diversité qui existe au sein de la communauté constitue un critère essentiel à la cohésion sociale (Jenson, 1998). Enfin, la dernière dimension de la cohésion sociale fait référence à la légitimité des institutions et des individus qui composent la communauté. Comme le souligne Jenson, "la cohésion sociale est fonction, en partie du moins, du maintien de la légitimité des institutions publiques et privées qui agissent comme médiateurs et qui maintiennent les espaces à l'intérieur desquels la médiation peut se dérouler"

(Jenson, 1998: 19).

Selon Côté, ce sont les caractéristiques individuelles (par exemple, les connaissances, les habiletés, les savoirs-faire, etc) qui définissent le capital humain qui sont tributaires des éléments constitutifs de la cohésion sociale. Ils en délimitent les formes et les possibilités. À leur tour, les éléments constitutifs de la cohésion sociale agissent sur le capital social à titre de facteur de bien-être alors que la cohésion sociale permet différentes formes de participation sociale. C'est cette relation entre capital humain et capital social qui permet à Côté de définir la cohésion sociale comme "une réconciliation d'un système organisationnel reposant sur les forces du marché, la liberté de choisir et d'entreprendre, avec un engagement envers les valeurs de la solidarité et du soutien mutuel qui assure un accès aux avantages et une protection pour tous les membres de la société" (Côté, 2001: 27) et d'affirmer que "ces éléments, qui servent d'assise au partage des valeurs et à l'engagement envers la collectivité, sont essentiels à la cohésion sociale, que l'on peut dès lors considérer comme un facteur important de la croissance économique et du bien-être humain" (Côté, 2001: 27).

La cohésion sociale est très intimement liée aux inégalités socio-économiques et au bien-être. Jenson parle de "l'existence d'une corrélation positive entre des mesures de bien-être économique et social et une répartition équitable du revenu" (Jenson, 1998: 7). Ainsi, le niveau d'inégalités économiques est lié au niveau de capital social qui à son tour, a des répercussions négatives sur la santé. Plusieurs auteurs dont Monica Townson se sont penchés sur l'impact des inégalités socio-économiques sur la santé. Ceci amène Hayes et Dunn analyser l'impact de déterminants sociaux tels les inégalités socio-économiques et la cohésion sociale sur la santé (Hayes et Dunn 1998).

Les concepts de cohésion sociale et de capital social sont donc intimement liés. L'importance de la cohésion sociale dans l'étude de l'impact des inégalités socio-économiques sur la santé nous démontre donc la pertinence de l'utilisation du capital social comme déterminant social de la santé.

1.2.5 Les sources du capital social

Comme le mentionne Woolcock, c'est la nature multidimensionnelle du capital social qui nous permet de comprendre la diversité des résultats que nous pouvons observer dans la littérature et qui "permettent l'adoption d'une composante dynamique selon laquelle les combinaisons optimales changent avec le temps" (Woolcock, 2001: 4).

Les sources du capital social sont multiples. Côté a identifié les principales sources:

- les familles
- les écoles
- les communautés locales
- les entreprises
- les entités administratives
- les autres institutions nationales et internationales

Les sources du capital social énumérées par Putnam peuvent être regroupées en trois grandes catégories: la participation politique, la participation civique et la participation informelle. La participation politique comprend bien entendu le vote mais aussi tout ce qui s'y rattache: le contact avec les représentants locaux et nationaux, le travail pour des partis politiques, les discussions politiques avec les voisins, la participation à des réunions publiques et à des campagnes politiques, le port de macarons partisans, la signature de pétitions, la participations à des lignes ouvertes radiophoniques, etc (Putnam, 2000). La participation politique implique aussi le savoir politique et l'intérêt pour ce type de connaissances (Putnam, 2000).

La participation civique comprend la participation à des organisations sociales formelles: associations à but non lucratif, associations bénévoles, groupes scolaires, groupes récréationnels, etc.

Selon Putnam, les associations bénévoles peuvent être divisées en trois types d'associations: les associations à caractère religieux, les associations communautaires et les associations reliées au travail (syndicats, associations professionnelles, etc.) (Putnam, 2000).

Enfin, la participation informelle comprend les gens qui se rencontrent pour prendre un verre

ensemble après le travail par exemple, les pique-niques entre amis ou entre proches, le bavardage avec des collègues du travail, des individus qui se croisent régulièrement en faisant de la course, les contacts avec les proches, etc. (Putnam, 2000).

Selon Côté, une trop grande attention a été accordée au rôle des organisations bénévoles et civiques au détriment des autres sources de capital social telles les familles, les écoles, etc. (Côté, 2001). Putnam tient à se défendre, face à certaines critiques, en affirmant qu'il ne croit pas, pour sa part, que les associations représentent une forme privilégiée de capital social mais que ces formes facilitent les recherches parce qu'elles ont tendance à répertorier des informations sur leurs membres (Putnam, 2001).

Certaines sources de capital social sont très institutionnalisées: une association parents-maîtres, une organisation nationale, un syndicat, alors que d'autres formes sont plus officieuses: un groupe de personnes se réunissant dans un bar le jeudi soir (Putnam, 2001). Certaines formes se recoupent aussi: un groupe de collègues de travail qui se réunissent le samedi pour jouer aux quilles (Putnam, 2001). Putnam souligne qu'il est important de ne pas trop négliger les rapports sociaux informels. Toutefois, il s'avère parfois ardu d'évaluer et de comptabiliser ce genre de rapports.

Côté adopte une approche d'identification des sources qui fait référence aux institutions sociales alors que Putnam adopte une approche qui réfèrent à l'action sociale. Côté recherche les sources de capital social dans les institutions sociales comme les écoles, les communautés locales, les familles, les entreprises, etc., alors que Putnam recherche les sources dans l'action civile, ce qui l'amène à définir des grandes catégories comme la participation politique, civique et informelle. Bien que les approches d'identification des sources de capital social de Côté et de Putnam diffèrent, elle se recoupent également d'une certaine façon. Par exemple, il s'avère intéressant de chercher dans la participation civique quelles institutions favorisent le capital social. Les deux approches

s'entrecourent.

Pour sa part, Coleman ne discute pas de façon explicite des sources du capital social. Cependant, il pave la voie à la recherche des sources de capital social, ce que font Côté et Putnam. En effet, on retrouve implicitement dans la pensée de Coleman, une recherche des sources de capital social à travers les relations entre les individus. Côté et Putnam dépassent la pensée de Coleman car, en recherchant les actions sociales et les institutions sociales, ce qu'ils étudient réellement ce sont les relations entre les institutions et les individus membres de ces institutions ou les individus qui font partie intégrante des actions sociales. C'est pourquoi nous affirmons que l'approche de Côté et de Putnam peuvent s'intégrer l'une à l'autre.

1.2.6 La notion de confiance et le capital social

Il existe certains débats qui concernent la notion de confiance et le capital social. La plupart des auteurs s'entendent pour inclure la confiance dans la définition du capital social. Putnam s'avère plus confus en ce qui concerne la notion de confiance et le capital social. En effet, dans ses premières publications qui portent sur le capital social, Putnam soutient que le capital social fait référence aux caractéristiques des organisations sociales telles la confiance, les normes et les réseaux, qui peuvent améliorer l'efficacité de la société en facilitant les actions concertées (Putnam, 1993). Cette notion de confiance revient dans plusieurs de ses écrits (Putnam, 1995, 2000). Toutefois, dans un article de la revue *Isuma* en 2001, Putnam semble changer sa position concernant l'inclusion de la notion de confiance dans le concept de capital social. En effet, il soutient que la confiance ne fait pas partie de la définition du capital social mais s'avère plutôt une conséquence de celui-ci et que par conséquent, elle ne peut être qu'une mesure indirecte (Putnam, 2001). Woolcock et Côté rejettent également la notion de confiance. Tout comme Putnam, ils soutiennent que la notion de confiance

sociale ne s'insère pas dans la définition du capital social; elle est plutôt une conséquence directe, l'aboutissement de celui-ci et qu'il s'avère important de faire une distinction entre les sources du capital social et ses effets (Woolcock, 2001, Côté, 2001). Ces auteurs considèrent donc la confiance comme un effet du capital social plutôt qu'une source.

Coleman inclue la notion de confiance dans sa définition du capital social. Selon Coleman, le capital social consiste en une multitude d'entités qui facilitent les actions des individus qui font partie de la structure sociale. Comme il l'a démontré en décrivant l'obligation et l'attente comme formes de capital social, la confiance dans les relations entre les individus est un élément nécessaire du capital social (Coleman, 1990).

Veenstra inclue également la confiance comme composante du capital social. Dans son article intitulé "Explicating Social Capital: Trust and Participation in the Civil Space", il soutient que le capital social est en fait la mesure de la confiance et de la participation à la vie publique (Veenstra, 2002). Les résultats de ses recherches indiquent que la confiance est générée par les réseaux sociaux. Toutefois, la relation entre la confiance et la participation civique n'est pas simple puisque la confiance, la participation civique et la nature même des réseaux sociaux peuvent prendre plusieurs formes (Veenstra, 2002). Ceci amène Veenstra à soutenir que le capital social n'est pas simplement le produit de communautés formées de gens qui manifestent de la confiance. L'étude du capital social doit tenir compte de la nature des associations et de la nature de la confiance elle-même puisque certains types de confiance peuvent avoir plus d'impact que d'autres et par conséquent, certaines associations peuvent avoir plus d'impact que d'autres dans la mesure du capital social (Veenstra, 2002). Les recherches de Veenstra ont démontré que ceux qui participaient à des associations secondaires ou à des groupes religieux et des associations co-opératives démontrent davantage de confiance que ceux qui ne participent pas à ces regroupements (Veenstra,

2002).

1.2.7 La mesure du capital social

La relation entre les éléments qui caractérisent nos sociétés contemporaines est devenue si complexe qu'il s'avère essentiel de trouver des outils de mesure du capital social autres que les indicateurs traditionnels (*Isuma*, 2001). Or, comme l'étude de l'impact du capital social sur la société s'avère quelque chose de relativement récent, les questions de mesure soulèvent de nombreux débats. Il s'avère donc essentiel de se questionner sur la façon dont on peut mesurer le capital social. Comme le mentionne Putnam, il est beaucoup plus facile de mesurer la participation des gens à des associations officielles puisque ces dernières tiennent des registres de leurs membres. Or, les associations officielles ne représentent pas la seule forme de capital social, ni la plus importante. Il existe plusieurs formes officieuses de capital social: des rencontres entre amis, des soupers en famille, des sorties dans des bars entre amis, etc. Mais ces formes s'avèrent plutôt difficiles à mesurer. Comme le mentionne l'éditorialiste de la revue *Isuma*:

La recherche sur le capital social offre de nombreuses perspectives pour contrer ce qui apparaît comme une place trop grande laissée à l'individu dans les études économiques et pour chercher à saisir les relations complexes entre les éléments qui caractérisent nos sociétés modernes. Il s'agit cependant là de réalités extrêmement complexes que les indicateurs de mesure traditionnels du capital social - la participation à des organismes ou à des réseaux institutionnalisés ou non, l'ampleur des dons de charité ou le degré de confiance - ne suffisent pas à évaluer. Par conséquent, nul ne sera surpris de constater que le débat tourne essentiellement autour des questions de définition et de mesure. (*Isuma*, 2001: 9)

Nous pouvons donc faire la distinction entre les indicateurs traditionnels et des indicateurs non-traditionnels du capital social. Parmi les indicateurs traditionnels on retrouve le soutien social, la participation sociale et les contacts sociaux. Le soutien social renvoie aux ressources qui émergent des liens entre les individus. La participation fait référence à l'implication au niveau de

réseaux, de groupes ou d'associations sociales. Comme nous l'avons mentionné, Putnam a beaucoup utilisé cet indicateur en raison de la disponibilité de ces données. Enfin, les contacts sociaux concernent les liens forgés entre les individus qui forment les réseaux sociaux.

Les indicateurs non-traditionnels ont été bien présentés par Van Der Gaag et Snijders ainsi que Stone. Van Der Gaag et Snijders ont présenté trois indicateurs non-traditionnels. Le premier indicateur fait référence aux types de relations qui existent à l'intérieur d'un réseau social, qui lui-même représente un sous-groupe de la population générale (Van Der Gaag et Snijders, 2002). Cet indicateur renvoie à la nature multidimensionnelle des relations qui existent entre les individus, même si ceux-ci font partie d'un même groupe. Le second indicateur concerne la production de capital social. Selon Van Der Gaag et Snijders, la production de capital social se mesure par les relations entre les individus qui ont accès au capital social et les buts visés par les individus. Méthodologiquement, il importe de se questionner à savoir s'il existe une relation entre l'accès des individus au capital social et les buts visés par les individus, si cette relation est positive, et si c'est le cas, quelle est sa force? Afin de mesurer cet indicateur, Van Der Gaag et Snijders soulignent qu'il faut chercher les ressources qui permettent d'atteindre les buts fixés par un individu mais qui sont en fait détenus par des membres d'un réseau social (Van Der Gaag et Snijders, 2002). Le dernier indicateur non-traditionnel fait référence à l'accès aux ressources. Selon Van Der Gaag et Snijders, mesurer le capital social signifie aussi faire l'inventaire des ressources disponibles à l'intérieur d'un réseau social (Van Der Gaag et Snijders, 2002).

Stone présente également trois indicateurs non-traditionnels du capital social. Le premier indicateur renvoie aux types de réseaux, à savoir par exemple si ceux-ci sont formels ou informels (Stone, 2001). Par exemple, un réseau officiel de praticiens de la santé oeuvrant tous dans le même domaine et qui s'échangent des ressources constitue un réseau formel. Or, un groupe de mères qui

va marcher plusieurs fois par semaine constitue un réseau informel. Le second indicateur fait référence à la qualité verticale ou horizontale du réseau (Stone, 2001). Un réseau vertical est composé de relations d'autorité hiérarchiques alors qu'un réseau horizontal est formé de relations égales et démocratiques. Stone soutient que les réseaux horizontaux s'avèrent plus importants car ils représentent davantage de confiance que les réseaux verticaux (Stone, 2001). Enfin, le dernier indicateur présenté par Stone concerne les normes présentes dans les réseaux. Stone souligne qu'il s'avère important de les identifier car ce sont les normes qui forment et qui régulent les relations entre les individus (Stone, 2001). De plus, elles permettent la tolérance et la diversité à l'intérieur d'un groupe (Stone, 2001).

Les indicateurs non-traditionnels offrent des nouvelles mesures du capital social qui s'avèrent très intéressantes. Toutefois, ces indicateurs présentent d'importantes limites. En effet, la limitation la plus importante concerne le très peu d'informations que nous permet d'utiliser ces types d'indicateurs (Van Der Gaag et Snijders, 2002; Stone, 2001). De plus, Van Der Gaag et Snijders mentionnent que de tenter de mesurer les ressources qui permettent aux individus d'atteindre un but fixé pose problème puisque ceci ouvre la porte à une panoplie de ressources extrêmement variées nous obligeant à élargir le spectre des ressources possibles et qui finalement, nous amène à considérer tout contact entre les individus comme une ressource (Van Der Gaag et Snijders, 2002). Ils mentionnent également que la mesure de l'accès aux ressources nous amène à répertorier seulement une parcelle des ressources potentielles, et ce pour deux raisons: l'utilisation des ressources personnelles fausse les données, et le fait que plusieurs individus qui donnent accès à la même ressource rend difficile l'observation nécessaire à l'inventaire des ressources (Van Der Gaag et Snijders, 2002). Enfin, il s'avère difficile de mesurer directement la plupart des indicateurs non-traditionnels. Ceux-ci doivent très souvent passer par d'autres indicateurs qui donnent une

approximation des indicateurs non-traditionnels (Grootaert et van Bastelaer, 2001). Par exemple, les années de scolarité ou d'expérience sont souvent utilisés comme variables *remplaçant* le capital humain (Grootaert et van Bastelaer, 2001).

La disponibilité des données mesurant les indicateurs non-traditionnels étant très rare, voire nulle, nous avons opté pour un indicateur traditionnel: l'indice de soutien social perçu. La description détaillée des indicateurs traditionnels utilisés du capital social sera abordée dans la section sur la description des données¹.

1.2.8 Le capital social comme déterminant de la santé

Depuis quelques années, plusieurs autres auteurs se sont penchés sur l'importance des effets du capital social sur la santé (Putnam, 2001; Woolcock, 2001; Veenstra, 2001; Côté, 2001, Kawachi et al., 1997, Lynch et Kaplan, 1997).

Robert Putnam s'est penché sur les effets du capital social sur une série de variables dont la santé. Comme le mentionne Putnam, "si l'on tient compte de la composition chimique de votre sang, de votre âge, de votre sexe, du fait que vous fassiez ou non de la course à pied, et de tous les autres facteurs de risque, vos risques de décéder au cours de l'année suivante sont diminués de moitié si vous faites partie d'un groupe, et divisés par quatre si vous adhérez à deux groupes" (Putnam, 2001: 15). Donc, selon cette perspective, l'appartenance à un groupe favoriserait la santé. Putnam affirme également que lorsque le capital social est plus élevé, le bien-être des enfants est meilleur, le taux de crimes violents est plus bas, les gens sont d'humeur moins batailleuse, les fraudes fiscales sont plus basses, la tolérance, l'égalité économique et civique sont plus élevées et enfin, le niveau de bonheur des individus augmente (Putnam, 2001). Quoique intéressants, les

¹Le choix du sondage et des variables utilisées sera expliqué dans la section sur la méthodologie.

travaux de Putnam méritent deux bémols dans le cadre de notre recherche. D'abord, comme nous l'avons mentionné précédemment, la distinction de Putnam entre la nature et les effets du capital social n'est pas claire. Comme l'a mentionné Wilson, Putnam définit souvent le capital social par ses effets plutôt que par ses éléments constitutifs (Wilson, 2001). Ensuite, les recherches de Putnam portent sur des données américaines reflétant ainsi uniquement la situation aux États-Unis. Putnam ne se penche pas sur le cas du Canada.

Ichiro Kawachi, Bruce Kennedy et d'autres collègues se sont penchés sur le lien entre le capital social, l'inégalité des revenus et la santé. Les recherches de Kawachi ont permis d'identifier des liens importants entre le capital social, l'inégalité des revenus et la mortalité (Kawachi et al., 1997). Les résultats ont démontré que plus les inégalités sociales sont fortes, moins on retrouve de participation à la vie sociale, ce qui influence la santé (Kawachi et al., 1997). Ainsi, plus les inégalités de revenus sont importantes, moins le capital social est fort, ce qui diminue le niveau de santé (Kawachi et al., 1997). Tout comme Monica Townson, Kawachi met l'emphase sur l'aspect socio-économique qui détermine la santé. Contrairement à Kawachi, Townson n'explore pas en profondeur le lien entre capital social, inégalités de revenus et santé. Kawachi établit la relation entre inégalités de revenu et niveau de capital social et il démontre que les inégalités de revenus ont pour effet de diminuer le niveau de capital social qui à son tour influence la santé (Kawachi et al. 1997). Kawachi, Kennedy et Glass ont démontré par la suite que ce lien existe également si l'on mesure la perception qu'ont les gens de leur santé (Kawachi, Kennedy et Glass, 1999).

Enfin, Gerry Veenstra s'est intéressé aux liens entre la participation à des associations secondaires (adhésion sur une base volontaire) et aux scrutins et le taux de mortalité en Saskatchewan. Contrairement aux chercheurs précédents, Veenstra n'a pu démontrer qu'une très faible relation entre le capital social et le taux de mortalité. Il n'a pu démontrer de relation entre le

capital social et les inégalités de revenu en Saskatchewan (Veenstra, 2001). Il s'avère important de préciser que ces recherches ont été effectuées à partir de données agrégées. Les résultats sont donc ceux d'une population. Or, Gerry Veenstra s'est également intéressé au lien qui existe entre le capital social et la perception qu'ont les gens de leur santé, à partir de données individuelles. Veenstra souligne l'importance de comparer les résultats issus d'analyses portant sur des données agrégées à des résultats d'analyses portant sur des données individuelles (Veenstra, 2000). Veenstra a cherché à voir s'il existait un lien entre le capital social et la perception qu'ont les gens de leur santé, en se basant sur des données individuelles. Son échantillon comprenant 534 répondants, tous situés en Saskatchewan. Il a mesuré le capital social à partir des indicateurs suivants: engagement social (fréquence des contacts), perceptions socio-psychologiques (confiance, bonheur, engagement, identité) et participation civique (association politiques). Même s'il a pu observer le lien entre le capital humain et la santé chez les adultes et les aînés (mais non chez les jeunes) et un lien entre l'engagement social et la santé, il n'a pu observer de relation entre la participation civique (vote, associations politiques, etc.) et la santé, ni entre les perceptions socio-psychologiques et la santé. Ses résultats ne lui ont donc pas permis d'observer un lien significatif entre le capital social et la santé.

Les résultats de Veenstra ne s'appliquent qu'à la Saskatchewan. Cela nous amène à nous questionner à savoir si nous pouvons observer davantage de liens entre le capital social et la santé dans l'ensemble de la population canadienne, à partir de données individuelles.

Conclusion du chapitre

Cette thèse vise à mesurer l'impact du capital social sur la santé en empruntant l'approche de la santé de la population pour comprendre le rôle du capital social comme déterminant social de la santé. Dans ce premier chapitre, nous avons passé en revue les auteurs qui se sont penchés sur la question du lien qui existe entre le capital social et la santé. Notre recherche diffère des recherches effectuées par les auteurs mentionnés précédemment de plusieurs façons. D'abord, bien que Woolcock souligne la relation entre le capital social et la santé, les recherches de celui-ci portent généralement davantage sur les liens entre le capital social et le développement économique. Notre recherche ne met pas l'emphase sur l'aspect économique et ne s'attarde qu'au Canada comme pays d'étude. Ensuite, lorsque Côté souligne la relation entre le capital social et la santé c'est dans le cadre de la complémentarité des rôles du capital social et du capital humain. Le lien démontré entre la santé et le capital social est plutôt indirect, le capital social ayant une influence sur certains déterminants sociaux qui influencent la santé (éducation, revenu familial). Bien que cette relation soit intéressante et que nous comptons l'étudier au cours de notre recherche, elle ne constitue pas la relation principale que nous cherchons à observer. Les recherches de Putnam et de Kawachi, Kennedy et Glass portent sur le capital social et la santé et c'est ce lien qu'ils observent que nous désirons étudier. Toutefois, ces résultats ne s'appliquent qu'aux États-Unis. Notre recherche se penchera sur le cas canadien. De plus, les recherches de Veenstra se penchent, dans un premier temps, sur la relation entre le capital social et le taux de mortalité en Saskatchewan. Comme nous l'avons vu, ses résultats ne sont pas concluants. Pour notre part, nous cherchons plutôt à voir l'effet du capital social sur la santé, et non sur le taux de mortalité. Bien que le taux de mortalité et l'état de santé s'avèrent des mesures très liées lorsque les données sont agrégées, nous préférons mesurer la santé des gens à l'aide de critères objectifs ou en se basant sur la perception qu'ont les gens de

leur santé, puisque nous utiliserons des données individuelles. Dans un deuxième temps, Veenstra a également étudié le lien entre le capital social et la santé en Saskatchewan, à partir de données individuelles. Veenstra a alors utilisé un échantillon de 534 répondants de la Saskatchewan. À la différence de Veenstra, notre échantillon comprend environ 82 000 répondants. Les résultats de cette recherche de Veenstra ne sont pas très concluants. Celui-ci a réussi à démontrer un faible lien entre le capital social et la santé (Veenstra, 2000). Cependant, nos données sont différentes de celles de Veenstra puisque nous travaillons à partir d'un plus grand échantillon qui couvre l'ensemble du Canada. Bien que cela ne constitue pas le but de cette thèse, nous croyons qu'il s'avère intéressant de voir si nous obtiendrons des résultats différents de ceux obtenus par Veenstra.

Chapitre 2 - Méthodologie

2.1 Questions de recherche et hypothèses

L'approche de la santé de la population nous a permis de voir que la santé est fortement influencée par une multitude de déterminants sociaux. Comme nous l'avons vu, plusieurs auteurs se sont penchés sur l'étude de ces déterminants sociaux afin de voir de quelle façon ceux-ci agissent sur la santé. Cette thèse se base sur le postulat que le capital social peut être reconnu comme un déterminant de la santé. Notre cadre théorique a soulevé de nombreuses recherches étudiant l'impact du capital social sur la santé. Ceci nous amène à poser deux questions de recherche. La figure qui suit présente une modélisation des questions et hypothèses de recherche.

Figure 2

Facteurs DS	⇒	Capital social	⇒	Santé
Âge Sexe Éducation Revenu familial Occupation Langue parlée Province de résidence Nombre de personnes dans le ménage		Indice de soutien social		mesure basée sur la perception qu'ont les gens de leur santé

Ainsi, le but de cette thèse est de voir de quelles façons ces trois colonnes sont inter-reliées. Nous cherchons à voir comment la santé est influencée par le capital social ainsi que par les autres déterminants. Notre première question de recherche est la suivante: Existe-t-il un lien entre le capital social et la santé au Canada? Si nous nous référons à la figure 2, cette question cherche à voir s'il existe un lien entre la colonne du centre et celle de droite.

Afin de répondre à notre question de recherche nous émettons l'hypothèse qu'il existe un lien positif entre le capital social et la santé au Canada. En nous basant sur les résultats de recherches similaires menées aux États-Unis et décrites dans le chapitre précédent (Putnam,

Kawachi et al.), nous croyons que parmi les gens qui participent davantage à la vie sociale, soit par le biais d'organisations ou de réseaux communautaires, et parmi ceux qui jouissent d'un fort support social, nous comptons un niveau de capital social plus élevé. Comme nous l'avons vu, ces liens ont été démontrés aux États-Unis et nous croyons qu'ils peuvent exister également au Canada. Cependant, il s'avère important de mentionner que les États-Unis et le Canada démontrent plusieurs différences qui peuvent peut-être influencer les résultats. Par exemple, il existe des différences majeures entre les deux pays en ce qui concerne le système de santé. Au Canada, le système de santé est universel et gratuit et repose essentiellement sur la solidarité sociale, ce qui n'est pas exactement le cas aux États-Unis. Cette différence pourrait influencer nos résultats. Par contre, nous croyons que les différences entre ces deux pays ne sont pas d'ordre suffisamment important pour nous empêcher d'effectuer au Canada, le même genre d'analyse qui a été effectuée aux États-Unis. Il s'avère important de rappeler que le but de cette thèse n'est pas d'effectuer une analyse comparative entre les deux pays. Veenstra, pour sa part, n'a trouvé qu'une faible corrélation entre le capital social et la santé des gens en Saskatchewan. Nous croyons cependant qu'il s'avère intéressant d'effectuer une recherche similaire avec des données sur l'ensemble du Canada et de comparer les résultats avec ceux de Veenstra afin de voir si les relations observées en Saskatchewan sont les mêmes que pour l'ensemble du Canada. Toutefois, il faut noter que les indicateurs utilisés pour cette recherche ne sont pas les mêmes que ceux utilisés par Veenstra puisque nous ne cherchons pas à effectuer une analyse comparative.

Ces réflexions soulèvent une seconde question de recherche: Est-ce que le capital social est lui-même influencé par d'autres déterminants sociaux de la santé (comme le sexe, l'âge, l'éducation, le revenu familial, l'occupation, la langue parlée, le nombre de personnes composant le ménage et la province de résidence)? En nous référant à la figure 1, ces deux questions de recherche cherchent

à voir dans un premier temps s'il existe des liens entre la colonne de gauche et la colonne du centre, et dans un deuxième temps, si les colonnes de gauche et du centre ont ensemble un impact sur la colonne de droite. Comme nous l'avons mentionné précédemment, selon l'approche de la santé de la population, les déterminants sociaux n'agissent pas de façon isolée et univoque sur la santé. Ils agissent plutôt de façon reliée et plurivoque sur celle-ci. Ceci nous porte à croire que certains déterminants sociaux (comme le sexe, l'âge, l'éducation, le revenu familial, l'occupation, la langue parlée, le nombre de personnes composant le ménage et la province de résidence) ont un impact sur le capital social et que ces facteurs agissent de façon combinée sur la santé. Nous croyons que les déterminants sociaux s'influencent entre eux pour ensuite agir ensemble sur la santé. Certains autres déterminants sociaux (comme le sexe, l'âge, l'éducation, le revenu familial, l'occupation, la langue parlée, le nombre de personnes composant le ménage et la province de résidence) auraient donc également un impact indirect sur la santé.

L'impact sur la santé de certains déterminants sociaux tels l'âge, le sexe, l'éducation et le revenu familial a déjà été étudié par plusieurs chercheurs. Afin de suivre la tradition de recherche qui inclut ces déterminants sociaux dans des analyses portant sur l'impact des déterminants sociaux sur la santé, nous avons également décidé d'inclure ces déterminants dans notre analyse. Les recherches déjà effectuées nous permettent d'émettre certaines hypothèses quant à la relation entre ces déterminants sociaux et la santé. En effet, nous émettons l'hypothèse qu'il existe une relation négative entre l'âge et la santé: parmi les gens plus âgés, on compte moins de gens en excellente santé. Les personnes âgées sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé que les personnes appartenant aux autres groupes d'âge, ce qui entraînerait une diminution de l'état de santé. Les problèmes de solitude et de dépression qui touchent les aînés nous amènent à croire que le capital social diminue avec l'âge (RCS, 2003).

En se basant sur les recherches de l'Institut canadien de recherches sur les femmes, nous émettons l'hypothèse que les femmes sont en moins bonne santé que les hommes. En effet, bien que l'espérance de vie des femmes au Canada soit supérieur à celle des hommes, on compte davantage de femmes que âgées entre 20 et 44 décédant des suites d'un problème de santé comparativement aux hommes du même groupe d'âge (ICREF, 2003). On compte également plus de dépressions, d'anxiété et de fatigue chez les femmes que chez les hommes (ICREF, 2003). Nous émettons l'hypothèse que les femmes possèdent légèrement plus de capital social que les hommes. Nous croyons que les femmes possèdent davantage de facilité à chercher du soutien et de l'aide lorsqu'elles en ressentent le besoin.

L'éducation et le revenu familial s'avèrent des déterminants sociaux souvent utilisés par les chercheurs dans les analyses de santé. En nous basant sur les résultats de recherche d'autres chercheurs, nous émettons l'hypothèse qu'il existe une relation positive entre l'éducation et la santé (Santé Canada, 2003). En effet, nous croyons que parmi les gens plus éduqués, on en compte davantage qui possèdent un état de santé supérieur comparativement aux gens qui sont moins éduqués. Dans le même sens, nous émettons l'hypothèse qu'il existe une relation positive entre le revenu familial et la santé: parmi les gens plus aisés, on en compte davantage qui jouissent d'une excellente santé comparativement aux gens plus pauvres (Santé Canada, 2003; Townson, 1999). En effet, les gens qui ont un revenu familial plus élevé ainsi que ceux ayant un niveau d'éducation plus élevé (le revenu familial et l'éducation étant également intimement liés) possèdent davantage de contrôle sur leur vie ainsi qu'une plus grande capacité de réagir aux événements (Santé Canada, 2003). Dans le même ordre d'idées, nous croyons que cette capacité d'agir et d'exercer un contrôle sur sa vie permet aux individus de mieux développer des réseaux sociaux et du soutien social.

Afin de compléter notre recherche, nous avons inclus des déterminants sociaux autres que ceux couramment utilisés par les chercheurs. Nous avons trouvé intéressant d'inclure le nombre de personnes composant le ménage, l'occupation des répondants, la province de résidence et la langue parlée. Puisque notre analyse porte sur l'impact du capital social sur la santé, nous avons trouvé intéressant d'inclure dans notre analyse, le nombre de personnes composant le ménage. En effet, nous croyons que le nombre de personne composant le ménage peut avoir un effet positif sur le capital social puisque les nombreux contacts entre les membres du ménage permettent le développement d'un soutien social.

Nous avons également inclus des données sur l'occupation des répondants, à savoir s'ils travaillent (salaire rémunéré) ou non. Nous croyons que les gens qui travaillent ont davantage l'opportunité de développer des réseaux sociaux que ceux qui demeurent à la maison. De plus, nous croyons que les gens qui travaillent ont un niveau de santé supérieur puisque parmi les répondants qui affirment ne pas travailler, nous comptons les gens qui ne peuvent travailler à cause de leur état de santé.

Notre analyse inclus des données sur la province de résidence des répondants. Nous trouvons cette variable intéressante afin de voir s'il existait des différences au sein des grandes régions canadiennes.

Enfin, nous avons inclus des données sur la langue parlée par les répondants. Tout comme pour la province, nous trouvons intéressant d'observer les différences entre les gens parlant français, anglais ou une autre langue. Comme le français est majoritairement parlé au Québec c'est au Québec que nous retrouvons le plus faible de taux de bénévolat au Canada (Statistique Canada, 2000) ainsi que le taux des donateurs et le don annuel moyen les plus faibles au Canada, nous croyons que le capital social sera plus faible que dans les autres provinces. Si tel est le cas, nous

croyons également que le niveau de santé sera inférieur au Québec comparativement à aux autres provinces.

2.2 Description de l'échantillon

Afin de vérifier nos hypothèses, nous effectuerons une analyse quantitative des données. Les données utilisées sont extraites de la base de données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 (ENSP). L'Enquête nationale sur la santé de la population a été conçue afin de recueillir de l'information relative à la santé des Canadiens (ENSP, 1994). En 1991, le Conseil national d'information sur la santé a recommandé l'élaboration d'une enquête continue nationale sur la santé de la population. Cette recommandation a été faite en prenant en considération les pressions économiques et fiscales sur le système de soins de santé ainsi que la demande constante d'information servant à améliorer l'état de santé de la population canadienne (ENSP, 1994). Les données disponibles à l'époque ne parvenaient pas à donner une vue d'ensemble du statut de santé de la population canadienne ainsi que des divers facteurs influençant la santé (ENSP, 1994). En 1992, Statistique Canada a reçu des fonds afin de développer une enquête nationale sur la santé.

Les objectifs de l'Enquête nationale sur la santé de la population sont les suivants (ENSP, 1994; 1996):

1. Fournir une aide dans le domaine des politiques publiques en fournissant des mesures du niveau, de la tendance et de la distribution du statut de santé de la population;
2. fournir des données pour des études analytiques qui contribueront à la compréhension des déterminants de la santé;
3. améliorer la compréhension de la relation entre le statut de santé et l'utilisation des soins de santé, en incluant les services alternatifs/complémentaires ainsi que les services conventionnels;

4. fournir de l'information sur un échantillon d'individus qui seront suivis au cours des ans afin d'observer le processus dynamique de santé et de maladie;
5. fournir aux provinces et territoires ainsi qu'à d'autres clients une enquête sur la santé permettant l'ajout de contenu ou d'échantillons supplémentaires;
6. offrir la possibilité de relier les données de l'enquête aux données administratives récoltées de façon habituelle comme par exemple, les statistiques vitales, les mesures environnementales, les variables portant sur les communautés, et l'utilisation des services de santé.

Ces objectifs nous permettent de constater que l'Enquête nationale sur la santé de la population vise essentiellement à éclairer les décisions politiques en fournissant une banque d'informations sur la santé permettant une meilleure compréhension de certaines dimensions telles que l'impact des déterminants de la santé sur celle-ci, l'utilisation des services de soins de santé, etc. Pour les fins de cette recherche, nous utiliserons cette base de données afin d'étudier l'impact d'un déterminant social précis sur la santé, soit le capital social.

L'Enquête nationale sur la santé de la population est réalisée tous les deux ans et les données sont recueillies chaque trimestre auprès des mêmes Canadiens. L'enquête de 1994-1995 est la première enquête d'une étude longitudinale sur la santé des Canadiens (Santé Canada, 2001). Les enquêtes de 1994, 1996 et 1998 comprennent deux échantillons:

- échantillon pour étude longitudinale
- échantillon transversal (qui porte sur un point précis dans le temps)

À partir de 2000, l'Enquête nationale sur la santé de la population a conservé seulement l'échantillon pour l'étude longitudinale. L'autre échantillon est désormais couvert par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes qui recueille des données dans le domaine de la santé à des niveaux géographiques intraprovinciaux (Statistique Canada, 2003). Nous n'utiliserons pas cette enquête pour les fins de cette thèse mais plutôt l'Enquête nationale sur la santé de la population.

L'Enquête nationale sur la santé de la population que nous utiliserons dans cette thèse a été

réalisée en 1996 et 1997 par Statistique Canada auprès d'un échantillon aléatoire tiré parmi les résidents des ménages de toutes les provinces, à l'exception des réserves indiennes, de l'armée canadienne et de quelques régions éloignées (Statistique Canada, 2001). Dans chaque ménage sélectionné, des questions ont été posées à tous les membres et un des membres âgé de 12 ans ou plus a été sélectionné au hasard afin de faire l'objet de l'étude à tous les deux ans. Un minimum de 1200 ménages par provinces ont été sélectionnés. Nous avons utilisé une variable de pondération créée par Statistique Canada spécifiquement pour cette base de donnée afin d'assurer une représentativité canadienne. L'enquête de 1996-1997 comprend un échantillon de 28 641 000 répondants après pondération des données (82 000 répondants avant pondération des données). Les questions de l'enquête ont été conçues de façon à être posées par un interviewer utilisant un ordinateur programmé pour récolter des données de sondage (Statistique Canada, 2001). Selon Statistique Canada, 95% des entrevues de l'enquête de 1994 ont été effectuées au téléphone et ont duré en moyenne une heure (Statistique Canada, 2001). Les entrevues sur place ont eu lieu seulement dans le cas où les répondants n'avaient pas le téléphone.

Pour les fins de notre recherche, nous avons choisi l'enquête de 1996-1997. Bien qu'il ne s'agisse pas de la dernière enquête, il s'agit de la plus récente contenant des données sur le capital social (section sur le soutien social).

2.3 Description des données disponibles

Nous avons choisi d'utiliser cette base de données en particulier plutôt qu'une autre parce qu'on y retrouve à la fois des données canadiennes sur le capital social et sur la santé, ce que les autres bases de données n'offraient pas: General Social Survey, Community Health Survey, Berger Population Health Monitor, etc.

Il s'avère toutefois essentiel de présenter certaines variables qui auraient pu être utilisées dans cette analyse. Dans cette enquête, il existe plusieurs indicateurs pouvant mesurer les différentes dimensions de la santé: la perception de la santé, l'indice d'utilité en matière de santé, l'indice des maladies chroniques. La perception de la santé mesure l'état de santé d'un individu en se basant sur son auto-évaluation. Il s'agit d'une mesure plus subjective puisqu'elle ne se base sur aucun critère précis. Les répondants doivent simplement évaluer leur état de santé en se référant aux catégories suivantes: pauvre, passable, bonne, très bonne, excellente. Bien que cette mesure soit plutôt subjective, la perception de la santé d'une personne permet de tenir compte de certains aspects qui ne peuvent être évalués avec la méthode qui s'appuie sur des critères objectifs préétablis. Par exemple, une personne peut paraître en parfaite santé si elle répond de façon positive à tous les critères qui évaluent ses capacités physiques. Or, si vous demandez à cette personne si elle se sent en parfaite santé, elle pourrait répondre qu'elle n'est pas en bonne santé parce qu'elle se sent fatiguée, stressée et un peu déprimée.

Afin de mesurer la santé à partir de critères plus spécifiques, l'indice d'utilité en matière de santé a été développé à l'Université McMaster par le Centre for Health Economics and Policy Analysis. Cet indice mesure la santé à partir de critères tels la vision, l'ouïe, le langage, la motricité, la dextérité, la cognition, l'émotion, la douleur et l'inconfort. Il permet de faire une synthèse à la fois de l'aspect quantitatif et qualitatif de la santé (ENSP, 1994). Les valeurs de cette variable varient entre -0.360 et 1, le score le plus haut signifiant une excellente santé, 0 signifiant la mort et tout ce qui est négatif signifiant des souffrances pires que la mort. Cette mesure permet de se baser sur des critères précis pour mesurer l'état de santé d'individu.

L'enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 contient également un indice de santé reposant sur les maladies chroniques. Les répondants devaient simplement indiquer s'ils

souffraient de maladies chroniques telles l'arthrite, le diabète, la haute tension, etc. Un indice a été créé par Statistique Canada afin de compiler les résultats des différentes questions concernant les maladies chroniques et de fournir de l'information sur le nombre de répondants souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques. Nous n'utiliserons pas cette mesure puisqu'elle mesure seulement un aspect de la santé, soit les maladies chroniques. Elle ne permet pas de tenir compte de l'aspect psychologique.

Pour les fins de cette recherche, nous utiliserons la mesure de la santé reposant sur la perception des gens. Nous aurions pu autant utiliser l'une ou l'autre des deux mesures (indice d'utilité en matière de santé ou perception de la santé) mais nous avons opté pour la seconde approche. L'indice d'utilité en matière de santé possède certaines limites. En effet, les critères sélectionnés amènent l'individu à mettre plutôt l'emphase sur les capacités physiques de l'individu au détriment de l'aspect psychologique. L'indice n'accorde pas vraiment d'importance à la présence de maladies chroniques graves, ce qui a évidemment un impact sur l'état de santé d'un individu. De plus, cet indice présente une difficulté conceptuelle quant aux scores de santé. Les scores représentant l'état de santé des individus varient entre -0.360 et 1 où 1 représente une excellente santé, 0 représente la mort et tout ce qui est inférieur à 0 s'avère pire que la mort. En définissant les scores de cette façon, lorsque les chercheurs identifient un état pire que la mort, ils font référence à la qualité de vie d'un individu. Cependant, il est difficile de concevoir une qualité de vie pire que la mort lorsque la mort signifie qu'il n'y a pas de vie, d'où la difficulté conceptuelle. Pour ces raisons, nous avons décidé d'utiliser la mesure de la santé reposant sur la perception des gens.

La mesure de la santé à partir de la perception des gens comporte également des limites. En effet, elle n'offre aucun critère auxquels se référer afin d'évaluer son état de santé. Elle n'assure donc pas une uniformité quand à la façon dont les gens mesureront leur état de santé. L'évaluation

peut être influencée par l'état de santé ponctuel de l'individu au moment où il répond à la question. Par exemple, si l'individu souffre d'une grippe ou d'un malaise au moment de l'évaluation, la perception de son état de santé pourrait être faussée. Toutefois, cette mesure de la santé offre aussi des avantages. Elle permet de tenir compte de tous les aspects pouvant influencer la santé. En effet, lorsque les gens évaluent l'état de leur propre santé, ils tiendront compte de facteurs tels le sentiment de se sentir entouré, de se sentir utiles, de faire partie d'un groupe, d'un réseau, de ne pas ressentir l'isolement, de se sentir stressé et angoissé ou non, déprimé ou non, etc. Nous croyons que ces facteurs contribuent à influencer la perception qu'ont les gens de leur santé. Ainsi, l'évaluation de l'état de santé d'un individu faite à partir de sa propre perception nous apparaît la mesure la plus complète parmi les mesures de santé disponibles dans cette enquête. D'autres auteurs présentés lors du chapitre précédent ont également utilisé l'auto-évaluation de la santé comme mesure de la santé dans l'analyse de l'impact du capital social sur celle-ci. C'est le cas pour Kawachi, Kennedy et Glasse (1999) et Gerry Veenstra (2000).

Le capital social peut également être mesuré de plusieurs façons. Comme nous l'avons souligné dans la littérature, plusieurs indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer le capital social. En effet, afin de mesurer le capital social, Putnam utilise principalement la participation des individus à des associations. Face aux critiques lui reprochant de sur utiliser la participation à des associations formelles comme seule mesure du capital social, Putnam se défend en soulignant la difficulté à mesurer le capital social due à la nature souvent informelle de celui-ci. En effet, comme le mentionne Putnam, il n'existe pas de répertoire comptabilisant les pic-niques familiaux qui ont eu lieu au cours d'une année. Si on veut mesurer le capital social, il faut souvent utiliser les données qui sont disponibles, par conséquent, l'utilisation des données de participation à des associations formelles s'avère souvent l'indicateur le plus utilisé (Putnam, 2001).

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 contient trois indices pouvant servir à la mesure du capital social: l'indice de soutien social perçu, l'indice d'implication sociale et l'indice de fréquence des contacts. L'indice de soutien social perçu (perceived social support index) est composé des réponses à plusieurs questions cherchant à savoir si les répondants estiment avoir quelqu'un dans leur entourage à qui ils peuvent se confier, sur qui ils peuvent compter, de qui ils peuvent recevoir des conseils, qui les aime (ENSP, 1994). Cet indicateur fait surtout référence au capital social affectif tel que décrit par Woolcock et Côté (Woolcock, 2001; Côté, 2001). En effet, le soutien social provient surtout des membres de la famille, des amis proches ou voisins. Le libellé exact de ces questions est présenté à l'annexe C. Le deuxième indicateur de capital social que nous retrouvons dans l'ENSP de 1996-1997 concerne la dimension d'implication sociale (social involvement dimension). Cet indicateur est composé de deux items mesurant la fréquence de l'implication sociale: la participation à des associations ou à des organismes bénévoles ainsi que la participation à des services religieux (ENSP, 1994). Cet indicateur fait surtout référence au capital social relationnel (Woolcock, 2001; Côté, 2001). En effet, l'implication sociale permet surtout des contacts avec des amis plus éloignés, des collègues, des connaissances. Le troisième indicateur de capital social se trouvant dans l'ENSP de 1996-1997 concerne la fréquence des contacts. Cet indicateur mesure le nombre de contacts que le répondant a eu au cours des 12 derniers mois avec des membres de sa famille et des amis. Cet indicateur fait surtout référence au capital social affectif (Woolcock, 2001; Côté, 2001). Il mesure les contacts avec les membres de la famille, les amis proches ou les voisins.

Ces trois indicateurs permettent de mesurer le capital social. Bien entendu, le capital social ne se limite pas au soutien social, à la participation à des associations officielles ou encore à des services religieux ou à la fréquence des contacts. Toutefois, comme le mentionne Putnam, il s'avère

ardu de répertorier la participation à des activités récréatives non-officielles comme aller patiner à toutes les semaines avec un groupe d'amis (Putnam, 2001). Aucune variable de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 ne mesurait cet aspect du capital social.

Afin de faciliter nos analyses, nous avons tenté de créer un indice de capital social dans le but de combiner ces trois indicateurs mesurant le capital social. Toutefois, avant de créer le nouvel indice de capital social à partir des variables composant les trois autres indices contenus dans l'ENSP, nous avons procédé à des tests de fidélité qui ont échoué à prouver la fiabilité de ce nouvel indice. Nous avons utilisé l'alpha de Cronbach afin de vérifier la fidélité d'une nouvelle échelle créée. L'alpha de Cronbach permet de vérifier si un ensemble de variables mesurent une seule dimension. Si c'est le cas, la création d'une échelle regroupant ces variables est possible. Par contre, si les variables mesurent plus d'une dimension, ces variables ne peuvent former une échelle mesurant un seul concept (UCLA, 2003). Un alpha supérieur à 0,80 est généralement accepté en sciences sociales et nous indique que les variables peuvent être regroupées (UCLA, 2003). En combinant l'ensemble des variables composant nos trois indices, l'alpha de Cronbach était trop faible (Alpha = 0,5898) pour nous permettre de créer cette nouvelle échelle de capital social. Nous avons également tenté de combiner seulement deux indices à la fois mais ces analyses sont arrivées à la même conclusion: l'alpha était trop faible pour nous permettre de créer une nouvelle échelle de capital social composée de ces variables. La nature multimensionnelle des variables utilisées ne nous permet pas de compiler ces variables afin de créer un indice mesurant le capital social.

Les difficultés rencontrées lors du choix de l'indicateur de capital social reflètent celles évoquées par plusieurs chercheurs concernant le défi d'obtenir des données sur le capital social (Van Kemenade, 2003). En effet, il existe peu de données disponibles portant sur le capital social. La plupart des indicateurs utilisés n'ont pas été conçu spécifiquement pour mesurer le capital social,

comme c'est le cas pour l'Enquête nationale sur la santé de la population. Les variables pouvant être utilisées pour mesurer le capital social, mesurent aussi d'autres dimensions, compliquant ainsi la création d'indices spécifiques au capital social (Van Kemenade, 2003). De plus, les types de réseaux les plus fréquemment utilisés dans la mesure du capital social et le contexte dans lequel ils sont utilisés sont souvent méconnus. Le besoin d'une certaine uniformité concernant la mesure du capital social se fait de plus en plus sentir (Krishna et Shrader, 1999).

Afin de remédier à ces problèmes, les auteurs ont souvent recours à des variables "proxy" pour mesurer le capital social (Stone, 2001). Pour les fins de cette recherche, nous avons décidé d'utiliser une seule variable représentant le capital social (proxy). Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'ENSP de 1996-1997 contient trois indices pouvant servir à mesurer le capital social. Pour les fins de cette recherche, nous avons décidé d'utiliser l'indice de soutien social perçu puisque nous croyons qu'il s'agit de la plus juste mesure de capital social. Nous aurions également pu utiliser les deux autres indices mais nous croyons que l'indice de soutien social s'avère plus complète que les deux autres indices. La fréquence des contacts ne nous permet pas de tenir compte de la nature des contacts entretenus et la participation sociale ne nous permet pas de mesurer liens sociaux développés par les individus par le biais de ces organisations. Nous croyons que le soutien social permet de saisir la nature des liens entre les individus. Bien entendu, la fréquence des contacts et l'implication sociale demeurent de bons indicateurs de capital social mais nous croyons que l'essence même du capital social se trouve dans le soutien social qui se trouve directement au centre des réseaux sociaux de tous les types. Tout au long de cette recherche, le capital social sera donc mesuré à partir de l'indice de soutien social perçu.

L'utilisation d'une variable "proxy" au lieu d'une échelle mesurant le capital social comporte des avantages et des inconvénients. Une échelle permet de capturer l'information provenant de

plusieurs variables à la fois. Cependant, ce regroupement ne nous permet pas de bien saisir l'impact de chacune des variables. De plus, comme nous l'avons expliqué précédemment, afin de pouvoir créer une échelle, les variables qui la composent doivent être de nature unidimensionnelle, ce qui n'est pas le cas pour les variables utilisées dans cette analyse. L'utilisation d'une variable "proxy" permet de bien observer l'impact d'une variable sur la variable dépendante. Or, l'utilisation d'une seule variable restreint la portée de l'analyse, la limitant à une seule mesure. Comme le capital social comporte plusieurs dimensions, l'utilisation d'une variable "proxy" ne nous permet de mesurer une seule de ces dimensions. Une analyse plus poussée aurait pu consister à utiliser chacun des indices comme variable "proxy" pour le capital social et à comparer l'impact de chacune de ces variables. Or, comme nous tentons de nous en tenir à un modèle simple d'analyse, nous avons décidé d'utiliser une seule variable "proxy" mesurant le capital social, tout en demeurant conscient des limites de ce choix et des résultats obtenus par cette analyse.

Enfin, il s'avère important de faire une distinction entre des données individuelles, des données individuelles agrégées et des données écologiques. Les données individuelles sont des données recueillies auprès d'individus et compilées. Des données agrégées signifient que les données individuelles ont été regroupées par classe (ex: données représentant une communauté autochtone, données représentant une région spécifique). Les données écologiques sont des données du niveau supra-individuel (ex: taux de mortalité). Selon Veenstra, il s'avère essentiel de faire la distinction entre un rapport qui caractérise des individus et un rapport écologique. Veenstra définit le rapport écologique comme "un rapport entre les collectivités (ou les sociétés) qui est axé sur des attributs au plan de la collectivité plutôt que sur les caractéristiques des individus" (Veenstra, 2001: 2). Cette distinction est importante puisqu'un rapport sur le plan individuel ne se traduit pas nécessairement par un rapport écologique (Veenstra, 2001). Les données contenues dans l'Enquête

nationale sur la santé de la population ont été recueillies à l'aide de questionnaires distribués à des individus. Bien que compilées, ces données représentent toujours des données individuelles, non agrégées. Il s'avère donc important de mentionner que les corrélations qui peuvent exister entre les variables représentent des rapports individuels et non collectifs. Ces résultats ne signifient pas nécessairement que nous pourrions retrouver ces mêmes relations sur le plan comparatif entre plusieurs pays ou collectivités.

2.4 Méthodes statistiques utilisées

Avant de procéder à l'analyse quantitative des données, il s'avère essentiel de présenter les méthodes statistiques utilisées dans cette recherche. Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse des fréquences de chaque variable afin de mieux comprendre notre échantillon. Dans un deuxième temps, nous avons effectué une série de tableaux croisés ainsi qu'une matrice de corrélation entre les différentes variables afin d'observer les relations qui existent entre elles. Comme le soutient Healey, l'analyse des coefficients de corrélation s'avère un des outils statistiques les plus puissants pour observer des relations entre les variables. Cependant, cet outil possède également des limites. En effet, même si les coefficients d'association permettent d'observer de fortes relations entre certaines variables, ils ne permettent pas de prouver qu'il s'agit de relations causales (Healey, 1999). Tout en étant conscient des limites de cette technique, nous avons quand même décidé de procéder à l'analyse de tableaux croisés et d'une matrice de corrélation puisque ces méthodes s'avèrent très utiles pour observer les relations entre les variables.

Nous avons également effectué des régressions linéaires multiples en utilisant la technique "enter". Les régressions linéaires multiples permettent de prédire la variance de la variable dépendante à partir de plusieurs variables indépendantes. Comme le soutient Healey, la régression

linéaire multiple s'avère un des outils les plus puissants pour prédire la variance d'une variable. Cette technique est flexible et procure un important volume d'informations sur la relation entre la variable dépendante et les variables indépendantes (Healey, 1999). Les analyses de régression s'avèrent également une des techniques quantitatives les plus flexibles et fortement utilisée (Hardy, 1993). Or, cette technique possède également des limites. Afin que l'information qu'elle procure soit fiable, certaines exigences (assumptions) doivent être respectées. Nous nous attarderons à ces exigences à la section 3.1.1.

Enfin, afin de vérifier la significativité des coefficients utilisés, nous avons procédé à la vérification des tests de significativité produits par le logiciel SPSS lors de l'analyse des coefficients de corrélation, et à l'analyse des T produits lors de l'analyse des régressions. Dans tous les cas, les coefficients étaient significatifs.

Conclusion

Ce chapitre a présenté les deux questions de recherche et les hypothèses qui guideront notre recherche. Nous avons illustré les questions de recherche à l'aide de schéma afin de faciliter la compréhension de celles-ci. Nous avons ensuite procédé à la description de l'échantillon et à la description des données disponibles dans cette base de données et qui auraient pu être utilisées dans notre analyse. Nous avons ensuite expliqué le choix des variables que nous utiliserons pour cette analyse. Enfin, nous avons présenté les méthodes statistiques qui seront utilisées dans cette analyse. Ce chapitre avait pour but de présenter les données qui serviront à l'analyse statistique des données qui fait l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 3 - Analyses statistiques des résultats

3.1 Variables utilisées

Dans un premier temps, nous procéderons à une description plus détaillée des variables utilisées dans cette recherche. Comme nous l'avons indiqué dans la section précédente, nous utiliserons la mesure de perception de la santé afin de mesurer la santé des répondants. Nous utiliserons également l'indice de soutien social perçu comme mesure du capital social. Nous avons justifié le choix de ces variables dans la section précédente. De plus, puisque notre recherche inclut l'étude de l'impact de certains déterminants sociaux sur la santé et également sur le capital social, nous avons choisi d'utiliser les variables suivantes: sexe, âge, revenu familial, niveau d'éducation, nombre de personne composant le ménage, province de résidence, langue parlée.

Afin de faciliter la compréhension et l'utilisation de certaines variables dans nos analyses, nous avons procédé à la recodification de certaines d'entre elles. De façon à respecter la tradition, nous avons recodifié les variables binaires en leur attribuant les valeurs 0 et 1. Nous avons donc attribué de nouvelles valeurs à la variable sexe. Nous avons regroupé certaines catégories des variables âge, éducation, revenu familial et occupation afin de faciliter la compréhension. De plus, afin de pouvoir inclure dans notre analyse les variables "province de résidence" et "langue parlée", nous avons créé des variables binaires. La dichotomie de variables exige le choix d'un groupe de référence pour chaque variable binaire. Selon Hardy, le choix de ce groupe de référence s'avère tout à fait arbitraire (Hardy, 1993). En ce qui concerne la province de résidence, nous avons regroupé les provinces en deux grandes catégories: le Québec et les autres provinces. Des analyses bivariées (tableaux croisés présentés à l'annexe E) nous ont permis de constater que c'est au Québec que nous retrouvons le plus faible taux de capital social. Afin de mieux comprendre la situation du Québec par rapport au reste du Canada, nous avons décidé d'isoler la province Québec par rapport aux autres

provinces canadiennes. Nous avons donc créé une variable factice où la valeur 0 représente le reste du Canada et la valeur 1 représente le Québec. Nous avons procédé de la même façon pour la variable “langue parlée”. La question de la langue parlée questionnait le répondant à savoir quelle(s) langue(s) celui pouvait parler. Il pouvait y avoir plus qu’une langue. Il ne s’agit pas nécessairement de la langue maternelle mais plutôt de l’ensemble des langues parlées par le répondant. Puisque l’anglais représente la langue la plus parlée au Canada, nous avons décidé de l’isoler et de créer une variable factice où le 0 représente le reste du Canada et le 1 représente l’anglais. Il est important de noter que parmi les gens qui composent la catégorie “autres langues”, on retrouve entre autres des gens qui parlent à la fois français et anglais. Comme il nous est impossible de connaître la principale langue parlée par ces gens, nous avons décidé de ne pas inclure ces gens parmi la catégorie des gens parlant l’anglais seulement afin de pouvoir bien mesurer l’impact de la langue anglaise.

3.1.1 Respect des exigences concernant certaines analyses

Comme nous l’avons expliqué dans la section précédente, l’utilisation de la régression linéaire multiple exige le respect de certaines conditions. Avant de procéder à l’analyse des données, il s’avère essentiel de présenter quelques unes de ces exigences et d’indiquer jusqu’à quel degré les données utilisées répondent à ces celles-ci.

La régression linéaire multiple s’avère une technique robuste. Cependant, afin d’obtenir des résultats fiables, certaines conditions doivent être respectées. Tout d’abord, les données doivent être de bonne qualité (Healey, 1999). Les données utilisées pour cette recherche s’avèrent des données de qualité puisqu’elles ont été compilées dans le cadre d’une étude longitudinale effectuée par Statistique Canada avec la collaboration de Santé Canada. De plus, notre échantillon s’avère important.

Ensuite, les données doivent répondre à une série de conditions (assumptions) (Healey, 1999). Par exemple, chaque variable indépendante doit être liée à la variable dépendante de façon linéaire. Afin de vérifier cette exigence, nous avons effectué un histogramme présentant la courbe de la variable dépendante lors de la régression. Les résultats nous ont permis de constater que la courbe de la variable "santé" s'avère plutôt asymétrique lors d'une régression impliquant certains déterminants sociaux. La courbe de la variable "capital social" est plutôt négativement dissymétrique lors d'une régression impliquant certains déterminants sociaux et mesurant leur impact conjoint sur le capital social. Or, même si les deux courbes ne sont plutôt asymétriques, nous avons quand même décidé de poursuivre l'analyse tout en demeurant conscient que le non-respect de cette exigence diminue la fiabilité des résultats. En effet, le peu de variation au niveau de la répartition des réponses diminuera peut-être l'impact des autres variables sur celles-ci.

De plus, il ne doit pas exister de relation entre les variables indépendantes (Healey, 1999). Nous avons utilisé une matrice de corrélation qui nous a permis de constater qu'il existe des relations entre les variables indépendantes. Or, en pratique, il ne faut pas que les relations soient trop fortement corrélées (on considère qu'un r de Pearson supérieur à 0.7 (en valeur absolue) s'avère trop fortement corrélé). Les relations observées entre les variables indépendantes ne s'avèrent pas trop fortement corrélées. Nous sommes toutefois conscient que cette exigence est enfreinte, ce qui diminue la fiabilité des résultats.

Enfin, la régression linéaire multiple exige l'utilisation de données quantitatives seulement. Toute variable nominale doit être recodifiée de façon binaire (SPSS, version 11). Comme nous l'avons mentionné précédemment, afin de répondre à cette exigence, nous avons recodifié nos variables nominales de façon à ce qu'elles soient binaires.

En sommes, l'utilisation de la régression linéaire multiple suppose le respect de certaines conditions. Nous avons présenté quelques unes de ces conditions. Comme nous l'avons démontré, nos variables respectent en partie les conditions présentées. Nous sommes conscient que le fait qu'elles ne respectent pas totalement ces exigences a pour effet de diminuer la fiabilité des résultats de la régression linéaire multiple. Or, nous avons quand même décidé d'utiliser la régression linéaire multiple comme méthode d'analyse puisqu'il s'agit d'une technique robuste qui donne souvent des résultats valables même si les exigences ne sont pas parfaitement respectées. De plus, ces résultats sont utiles sur le plan heuristique puisqu'ils nous permettent de voir, sur le plan hypothétique, ce à quoi ressemblerait les relations étudiées si toutes les exigences étaient respectées.

3.1.2 Analyse descriptive des variables

Le tableau 1 présente les moyennes de chaque variable qui sera utilisée dans cette analyse. Il est important de noter que la codification de chaque variable est présentée en entier à l'annexe D.

Tableau 1

Analyses descriptives des variables utilisées

Variable	Moyenne
sexe (0 = homme; 1 = femme)	0,51
âge (1 = 0-14; 7 = 65 et plus)	3,69
occupation (0 = ne travaille pas; 1 = travaille)	0,62
éducation (1 = pas de diplôme d'études secondaires; 4 = diplôme collégial ou universitaire)	2,60
revenu familial (1 = moins de 10 000\$; 6 = 80 000\$ et plus)	3,67
nombre de personnes dans le ménage (1 = personne seule; 5 = 5 ou plus)	3,17
province (résidence au Québec) (0 = autres provinces; 1 = Québec)	0,25
usage exclusif de l'anglais (0 = autres langues et 1 = anglais seulement)	0,54
perception de la santé (1 = pauvre; 5 = excellente)	2,86
Soutien social (0 = nul; 4 = excellent soutien social)	3,77
N pondéré = entre 22 176 432 et 28 641 735	

3.1.3 Variable dépendante

La variable dépendante utilisée dans cette recherche s'avère la santé. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la variable dépendante utilisée pour mesurer la santé dans le cadre de cette analyse est donc la perception de sa propre santé (*Self-Rated Health*). Les gens sont simplement amenés à évaluer leur propre état de santé sur une échelle allant de *mauvaise* à *excellente*. Le libellé exact de cette question est présenté à l'annexe A et D. Cette variable nous permet de mesurer la santé de façon plus subjective, les gens n'ayant recours qu'à leurs propres critères pour évaluer leur état de santé.

Les répondants de notre échantillon estiment en moyenne avoir une très bonne santé. C'est parmi la catégorie "très bonne santé" que nous retrouvons le plus de répondants, contrairement à

l'indice d'utilité en matière de santé où l'on retrouvait le plus de répondants dans la catégorie la plus élevée. La distribution de cette variable s'avère quelque peu asymétrique. De façon générale, les répondants de cet échantillon estiment être en bonne santé puisque nous retrouvons seulement 8% qui estiment avoir une santé passable à faible. 92% des répondants affirment avoir une santé variant de bonne à excellente. Nous pouvons même remarquer qu'un répondant sur 3 affirme avoir une excellente santé. La catégorie "très bonne" s'avère la réponse médiane à cette question. Le tableau 2 présente les fréquences de cette variable.

Tableau 2

Fréquences de la perception de la santé

	Pourcentage valide	Pourcentage cumulatif
pauvre	1,9	1,9
passable	6,5	8,4
bonne	24,6	33,0
très bonne	37,3	70,4
excellente	29,6	100,00
Total	100,00	
N pondéré: 28 641 735		

3.1.4 Variables indépendantes

La principale variable indépendante de cette recherche s'avère le capital social. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, bien qu'il existe trois indices dans la base de données qui auraient pu servir à la création d'un nouvel indice de capital social, la nature multidimensionnelle des variables utilisées ne permet pas de créer un indice valide permettant de mesurer le capital social. Par conséquent, nous avons décidé d'utiliser une variable représentant le capital social (variable proxy), soit l'indice de soutien social perçu.

L'analyse descriptive de cet indice nous permet de constater que la majorité des répondants affirment posséder un soutien social élevé (72%). Seulement 4% des répondants affirment ne pas posséder de soutien social ou que très peu. La distribution de la principale variable indépendante étant plutôt asymétrique, il s'avère essentiel de mentionner que cela pourrait avoir un impact sur les résultats de notre recherche. Puisqu'il n'y a que peu de variation au sein de la distribution de la principale variable indépendante, et comme nous l'avons vu précédemment, puisque la distribution de la variable dépendante s'avère également asymétrique, il pourrait s'avérer plus difficile d'observer l'impact de la variable indépendante sur la variable dépendante. Or, malgré ces difficultés, nous croyons quand même utile de procéder à notre analyse tout en demeurant conscient des limites des indicateurs utilisés. Le tableau 3 présente les résultats de l'indicateur de capital social.

Tableau 3

Fréquences de l'indice de soutien social

	Pourcentage valide	Pourcentage cumulatif
nul	1,1	1,1
faible	1,8	2,9
passable	2,6	5,5
bon	7,7	13,3
élevé	86,8	100,00
Total	100,00	
N pondéré	23 625 976	23 625 976

Afin de procéder à notre analyse, nous avons également sélectionné une série de déterminants sociaux (âge, sexe, éducation, revenu familial, occupation, usage exclusif de l'anglais, nombre de personnes dans le ménage, résidence au Québec) que nous inclurons dans nos analyses statistiques. Il est important de mentionner que certaines de ces variables ont été recodées afin de faciliter leur compréhension dans l'analyse bivariée. La liste détaillée des nouvelles codifications de ces variables est présentée à l'annexe D.

Les analyses nous ont révélé que parmi notre échantillon, nous retrouvons légèrement plus de femmes (51%) que d'hommes (49%). Nous avons également pu constater que parmi notre échantillon, l'âge moyen des répondants se situe entre 35 et 44 ans (18%). Si nous comparons l'âge de l'échantillon avec celui de la population, nous pouvons constater que selon le recensement de 2001, c'est parmi les 40-44 ans que nous retrouvons le plus de gens (Statistique Canada, 2002). Les répondants de notre échantillon sont donc représentatifs en terme d'âge de la population canadienne en générale.

En moyenne, le plus haut niveau d'éducation complété par les répondants de notre échantillon s'avère un diplôme collégial ou universitaire (37%). Toutefois, il est important de noter que cette moyenne est influencée par les catégories extrêmes puisque l'autre catégorie où l'on retrouve le plus de répondants est la suivante: 31% des répondants n'ont pas terminé leur secondaire. Nous pouvons donc affirmer que les répondants ont soit un haut niveau ou soit un très bas niveau de scolarité.

Le revenu annuel moyen du ménage des répondants se situe entre 20 000\$ et 39 999\$ (29%). Le ménage "est généralement défini comme une personne ou un groupe de personnes qui habitent ensemble ou qui occupent le même logement" (Statistique Canada, 2002). Il s'avère également intéressant de noter que le revenu annuel moyen du ménage pour 28% des répondants se situe entre

40 000\$ et 59 999\$. Cela signifie donc que 57% des répondants ont un revenu annuel familial moyen se situant entre 20 000\$ et 59 999\$ et que 75% des répondants de notre échantillon ont un revenu familial annuel égal ou inférieur à 59 999\$.

Puisque notre recherche porte sur l'influence du capital social, l'occupation des répondants (c'est à dire s'ils travaillent ou non) s'avère une variable importante puisque le travail représente une importante source de contacts favorisant la création des réseaux sociaux. Afin de faciliter l'utilisation de cette variable, nous avons regroupé les répondants en deux catégories: ceux qui travaillent et ceux qui ne travaillent pas. Parmi les gens qui travaillent, nous comptons, ceux qui ont un emploi rémunéré à temps plein ou à temps partiel. Parmi les répondants, nous comptons davantage de gens qui travaillent (62%).

Parmi notre échantillon, 54% des répondants affirment parler l'anglais seulement alors que 46% des gens parlent une autre langue. Nous avons également constaté que 26% des répondants vivent dans un ménage comptant 4 personnes et 25% vivent dans un ménage où on compte 2 personnes. Seulement 11% vivent seuls. Enfin, le Québec compte 25% des répondants et le reste du Canada en compte 75%.

3.2 Relations entre les variables

3.2.1 Facteurs qui influencent la santé

Comme nous l'avons expliqué dans notre cadre théorique, selon l'approche de la santé de la population, la santé serait influencée par divers déterminants sociaux. L'objectif de notre recherche est de voir comment un de ces déterminants, le capital social, agit sur la santé de la population. Tel que nous l'avons mentionné précédemment, le capital social n'agit pas seul sur la santé. Il agit en relation avec une série de déterminants sociaux qui eux aussi agissent sur la santé.

Ces déterminants sociaux agissent de façon directe sur la santé mais également de façon indirecte, en influençant le capital social. Avant de nous pencher sur la relation qui existe entre capital social et santé, voyons comment les autres variables utilisées dans cette recherche influencent chacune à leur façon la santé. Dans un premier temps, nous avons effectué une matrice de corrélation afin de voir les relations entre les variables. Le tableau 4 présente la matrice de corrélation des variables utilisées.

Tableau 4

Matrice de corrélation des variables utilisées

	santé	cap soc	revenu fam.	éduc	âge	sexe	occup	nbre pers	prov Qc	langue anglaise
santé R Pearson Sig*.	1,000 -									
cap soc R Pearson Sig*.	0,108 0,000	1,000 -								
revenu fam R Pearson Sig*.	0,199 0,000	0,124 0,000	1,000 -							
éducation R Pearson Sig*.	0,156 0,000	0,044 0,000	0,244 0,000	1,000 -						
âge R Pearson Sig*.	-0,328 0,000	-0,112 0,000	-0,131 0,000	0,007 0,000	1,000 -					
sexe R Pearson Sig*.	-0,036 0,000	0,078 0,000	-0,068 0,000	-0,005 0,000	0,036 0,000	1,000 -				
occup R Pearson Sig*.	0,213 0,000	0,054 0,000	0,350 0,000	0,270 0,000	-0,232 0,000	-0,152 0,000	1,000 -			
nbre pers R Pearson Sig*.	0,170 0,000	0,090 0,000	0,321 0,000	-0,049 0,000	-0,490 0,000	-0,032 0,000	0,121 0,000	1,000 -		
province Qc R Pearson Sig*.	0,022 0,000	-0,083 0,000	-0,088 0,000	-0,046 0,000	0,018 0,000	0,002 0,000	-0,035 0,000	-0,065 0,000	1,000 -	
langue anglaise R Pearson Sig*.	0,026 0,000	0,077 0,000	0,055 0,000	0,008 0,000	-0,038 0,000	0,012 0,000	0,033 0,000	0,007 0,000	-0,588 0,000	1,000 -

* selon un seuil de 95%

La matrice de corrélation nous permet d'observer les relations entre les variables. Dans un premier temps, nous nous sommes penchés sur les relations entre les variables indépendantes. Les relations entre les déterminants sociaux (y compris le capital social) et la santé sont présentées plus

loin dans notre analyse. Certaines relations qui existent entre les variables indépendantes sont déjà bien connues. Parmi les variables utilisées pour cette analyse, nous pouvons observer une forte relation entre l'âge et le nombre de personnes composant le ménage (-0,490): plus les gens sont âgés, moins il y a de personnes composant le ménage. Cette relation se comprend facilement par le fait que les enfants ont quitté le foyer et que seuls les parents composent désormais le ménage. Nous pouvons également observer une forte relation entre l'occupation et le revenu familial (0,350): le revenu familial est plus élevé parmi les gens qui travaillent. Il existe une forte corrélation entre le revenu familial et le nombre de personnes composant le ménage (0,350): le revenu familial augmente avec le nombre de personnes composant le ménage puisqu'il est possible que le nombre de travailleurs soit plus élevé parmi les plus gros ménages. On observe une forte corrélation entre l'âge et l'occupation (-0,232): on compte moins de travailleurs parmi les gens plus âgés, ceci pouvant s'expliquer par le fait que les gens prennent leur retraite à partir d'un certain âge. Comme nous pouvons le constater, l'âge influence fortement la taille du ménage et l'occupation. Ceci peut peut-être s'expliquer par le fait que les personnes âgées ne travaillent plus et vivent dans de petits ménages. Il existe une forte corrélation entre l'éducation et l'occupation (0,270): on compte davantage de travailleurs parmi les gens les plus éduqués. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les gens qui ont plus d'éducation se trouvent plus facilement un emploi. On peut observer une forte relation entre l'éducation et le revenu familial (0,244): les gens plus éduqués gagnent plus puisque les études permettent souvent d'accéder à des postes de plus haut niveau. On observe une relation modérée entre le sexe et l'occupation (-0,152): on compte davantage de femmes parmi les gens qui ne travaillent pas, ceci s'expliquant que plus de femmes que d'hommes décident de demeurer à la maison pour s'occuper des enfants. Il existe une relation modérée entre le revenu familial et l'âge (-0,131): les gens plus âgés gagnent moins, ceci pouvant s'expliquer par le fait que ces gens sont

à la retraite, ce qui signifie souvent une diminution des revenus. Enfin, nous pouvons observer une relation modérée entre l'occupation et le nombre de personnes dans le ménage (0,121): on compte plus de travailleurs parmi les plus gros ménages. Ceci peut s'expliquer par le fait que plus de personnes sont susceptibles de travailler parmi les plus gros ménages.

Dans un deuxième temps, après avoir étudié les relations entre les différentes variables indépendantes, nous avons observé les liens entre certains déterminants sociaux (sexe, âge, éducation, revenu familial, occupation, usage exclusif de l'anglais, nombre de personnes dans le ménage, résidence au Québec) et la santé. Afin de bien comprendre ces relations, nous avons effectué une série de tableaux croisés. L'ensemble des tableaux croisés est présentée à l'annexe F. Le tableau 5 présente les coefficients de corrélation nous permettant d'analyser les relations entre les variables.

Tableau 5

Corrélations entre les déterminants sociaux et la santé perçue

Variables	Coefficients de corrélation R Pearson
sexe (0 = homme; 1 = femme)	-0,036*
âge (1 = 0-14; 7 = 65 et plus)	-0,328*
occupation (0 = ne travaille pas; 1 = travaille)	0,213*
éducation (1 = pas de diplôme d'études secondaires; 4 = diplôme collégial ou universitaire)	0,156*
revenu familial (1 = moins de 10 000\$; 6 = 80 000\$ et plus)	0,199*
nombre de personnes dans le ménage (1 = personne seule; 5 = 5 ou plus)	0,170*
province (résidence au Québec) (0= autres provinces; 1 = Québec)	0,022*
usage exclusif de l'anglais (0 = anglais; 1 = autres)	0,026*
N entre 28 640 849 et 22 176 433	* sig: 0,000 selon un seuil de 95%

Les tableaux croisés démontrent que parmi les hommes, on en compte davantage qui se considèrent en excellente santé comparativement aux femmes: 31% des hommes affirment être en excellente santé comparativement à 29% des femmes. La différence entre les hommes et les femmes est légère. Ceci confirme notre hypothèse de départ selon laquelle la santé des hommes est supérieure à celle des femmes. Il s'avère toutefois essentiel de mettre un bémol à cette affirmation puisque la différence n'est que légère. L'âge et la santé sont intimement également liés. En effet, il existe une forte corrélation entre la perception de la santé et l'âge des répondants. La relation entre l'âge et la santé est négative: parmi les répondants plus jeunes, on en compte davantage qui se perçoivent en excellente santé. Ceci confirme notre hypothèse de départ. En effet, 52% des répondants de moins de 15 ans se considèrent en excellente santé alors que seulement 12% des gens de 65 ans et plus juge être en excellente santé. Cette relation pourrait s'expliquer par le fait que les personnes âgées ont tendance à souffrir d'un plus grand nombre de maladies. Des études plus approfondies pourraient vérifier cette hypothèse. Cette relation entre l'âge et la santé a également été observée par Kawachi et al. En effectuant une régression entre l'état de santé et des caractéristiques des individus (déterminants sociaux), Kawachi et al. ont pu observer la même relation que nous: le niveau de santé diminue avec l'âge (Kawachi et al. 1999).

Il existe également une forte corrélation positive entre la santé perçue et le revenu familial, confirmant ainsi notre hypothèse. Parmi les gens qui ont un revenu familial plus élevé, on en compte davantage qui se considèrent en excellente santé: 41% des gens ayant un revenu familial de 80 000\$ et plus affirment être en excellente santé alors que seulement 24% des gens ayant un revenu familial de moins de 10 000\$ se considèrent en excellente santé. Il serait intéressant de vérifier si cela est dû au fait que les gens qui ont un meilleur revenu familial possèdent davantage de ressources pour

mieux s'alimenter, se soigner et se loger et prévenir la maladie (activités sportives parfois coûteuses). Kawachi et al. ont pu observer la même relation que nous: le niveau de santé augmente avec le revenu familial (Kawachi et al., 1999).

Nous pouvons observer une corrélation positive modérée entre l'éducation et la santé perçue: parmi les gens plus éduqués, on en retrouve davantage qui se considèrent en excellente santé. 30% des répondants détenant un diplôme collégial ou universitaire se considèrent en excellente santé alors que 20% des répondants détenant moins qu'un diplôme secondaire se considèrent en excellente santé. Notre hypothèse se trouve confirmée. Il serait intéressant d'approfondir cette relation afin de voir si elle est due au fait que les gens plus éduqués comprennent mieux les facteurs influençant la santé. De plus, comme nous l'avons observé à l'aide de la matrice de corrélation, l'éducation et le revenu familial étant des variables fortement corrélés, les gens plus aisés possèdent davantage de ressources permettant de se soigner, de prévenir la maladie et de maintenir le niveau de santé.

Les analyses ont démontré qu'il existe une forte corrélation entre l'occupation et la santé perçue: parmi les travailleurs, on en retrouve davantage qui se considèrent en excellente santé comparativement aux gens qui ne travaillent pas. En effet, 29% des gens qui travaillent se considèrent en excellente santé comparativement à 20% des gens qui ne travaillent pas. Des analyses plus approfondies pourraient nous indiquer si cela peut s'expliquer par le fait que les gens qui travaillent possèdent un revenu familial plus élevé donnant ainsi accès à plus de ressources permettant de se soigner, de prévenir la maladie et de maintenir la santé. Comme nous l'avons vu précédemment, le revenu familial et l'occupation sont des variables très fortement corrélées.

Il existe une corrélation positive entre le nombre de personne dans le ménage et la perception de la santé. 35% des gens vivant dans un ménage comptant quatre individus se considèrent en excellente santé comparativement à 24% des gens vivant seuls. Nous croyons que cette relation

s'explique à partir de la relation positive qui existe entre le nombre de personnes dans le ménage et le revenu familial. Ceci nous permet de confirmer notre hypothèse de départ.

Enfin, la relation entre l'usage exclusif de l'anglais et la perception de la santé et celle entre la résidence au Québec et la perception de la santé s'avèrent plutôt faibles. Parmi les gens vivant au Québec, on en compte légèrement davantage qui estiment avoir un excellent niveau de santé comparativement au gens vivant ailleurs au Canada. Cependant, cette différence n'est que très légère. De plus, parmi les anglophones, on compte légèrement plus de répondants qui estiment avoir un excellent niveau de santé, comparativement aux gens parlant une autre langue. Mais encore une fois, cette différence s'avère légère. Le fait de demeurer au Québec ou de parler seulement anglais a un impact plutôt mince sur la santé des gens. Cependant, ces analyses s'avèrent intéressantes puisqu'elles nous permettent de constater que c'est au Québec que l'on retrouve le plus de gens en bonne santé mais c'est parmi les anglophones que l'on retrouve le plus de capital social. Comme le Québec est majoritairement composé de francophones, nous pouvons constater que ce n'est pas au Québec que l'on retrouve le plus de capital social. Notre hypothèse de départ soutenait que le capital social influençait de façon positive la santé des gens. En suivant cette logique, c'est au Québec qu'on aurait dû retrouver le plus de capital social. Par contre, nos résultats nous indiquent le contraire. Ces analyses préliminaires nous donnent déjà une idée du genre de relation que nous observerons probablement au cours de nos analyses. Nous soupçonnons donc déjà qu'il existe qu'une faible relation entre le capital social et la santé.

Ces résultats nous ont permis de constater que la perception de la santé est principalement influencée par l'âge, l'occupation, le revenu familial, l'éducation et le nombre de personnes composant le ménage. Le sexe, l'usage exclusif de l'anglais par les répondants et le fait de résider au Québec n'ont qu'une faible relation avec la santé. Il est toutefois important de noter que ces

analyses bivariées mesurent seulement l'impact unique d'un déterminant sur la santé, sans tenir compte de l'effet combiné de d'autres déterminants. Ceci pourrait expliquer la forte corrélation entre certaines variables et la santé (nombre de personnes dans le ménage, occupation, etc.) Des analyses multivariées s'avèrent donc nécessaires afin de voir si, une fois que l'on tient compte de l'effet combiné de divers déterminants sociaux (âge, sexe, éducation, revenu familial, occupation, usage exclusif de l'anglais, nombre de personnes dans le ménage et résidence au Québec) si l'impact de ces déterminants sur la santé demeure le même.

3.2.2 Analyse bivariée entre capital social et santé perçue

Comme nous l'avons mentionné dans la section "Méthodologie", notre première question de recherche est la suivante: existe-t-il un lien entre le capital social et la santé au Canada? Nous avons émis l'hypothèse qu'il existe un lien positif entre le capital social et la santé au Canada. Nous croyons que la santé des gens est meilleure chez ceux qui participent davantage à la vie sociale, soit par le biais d'organisations ou de réseaux communautaires, et chez ceux qui jouissent d'un fort support social. Afin de répondre à cette question, nous avons donc effectué, dans un premier temps, une analyse bivariée des variables par le biais d'une matrice de corrélation et de tableaux croisés. Ces premières analyses avaient pour but d'observer la relation entre le capital social et la santé uniquement. Ils ne tiennent pas compte de l'impact d'autres variables qui pourraient influencer le capital social, ou encore la santé. Tout en poursuivant notre analyse bivariée, voyons maintenant quel est l'impact du capital social seul sur la santé. Nous nous attarderons plus tard à l'impact combiné des déterminants sociaux et du capital social sur la santé. Il est important de mentionner que la mesure du capital social s'est effectuée à partir de l'indice soutien social tel qu'expliqué au début de cette section.

Nous avons procédé dans un premier temps à l'analyse de tableaux croisés. Le tableau 6 présente la relation entre le capital social et la santé perçue.

Tableau 6
Tableau croisé entre la perception de la santé et le soutien social (capital social)

Perception de la santé	Soutien social (capital social)					Total
	nul	faible	passable	bon	élevé	
pauvre	5,2%	5,6%	3,1%	3,6%	1,6%	1,9%
passable	20,6%	12,7%	13,6%	8,9%	6,6%	7,2%
bonne	31,5%	31,5%	39,8%	31,7%	26,0%	26,9%
très bonne	22,2%	32,8%	29,9%	33,6%	40,0%	38,9%
élevée	20,4%	17,4%	13,6%	22,3%	25,8%	25,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N pondérés	253 646	422 278	615 666	1 822 669	20 511 717	
N = 23 625 976 R Pearson: 0,108 (sig. 0,000 à un seuil de 95%)						

Le tableau croisé ci-dessus nous permet de constater qu'il n'existe qu'une faible corrélation entre le capital social et la santé perçue. Nous pouvons observer une faible tendance à ce que les gens qui ont un capital social bon ou élevé soient ceux qui se considèrent en meilleure santé. Parmi les gens qui possèdent un niveau de capital social élevé, 66% estiment avoir un niveau de santé très bon ou élevé alors que parmi les gens qui ne possèdent pas de capital social, 42,6% d'entre eux estiment avoir ce même niveau de santé.

Une régression linéaire bivariée entre le capital social et la santé perçue nous a permis de constater que le capital social a bel et bien un effet prédictif sur la santé mais que la force de la régression entre ces deux variables, mesurée par le coefficient de régression Bêta (r), est de 0,108 soit plutôt modérée. Il s'avère important de noter que ce faible impact peut être dû au fait que la distribution de la variable indépendante est fortement asymétrique. La majorité des répondants se

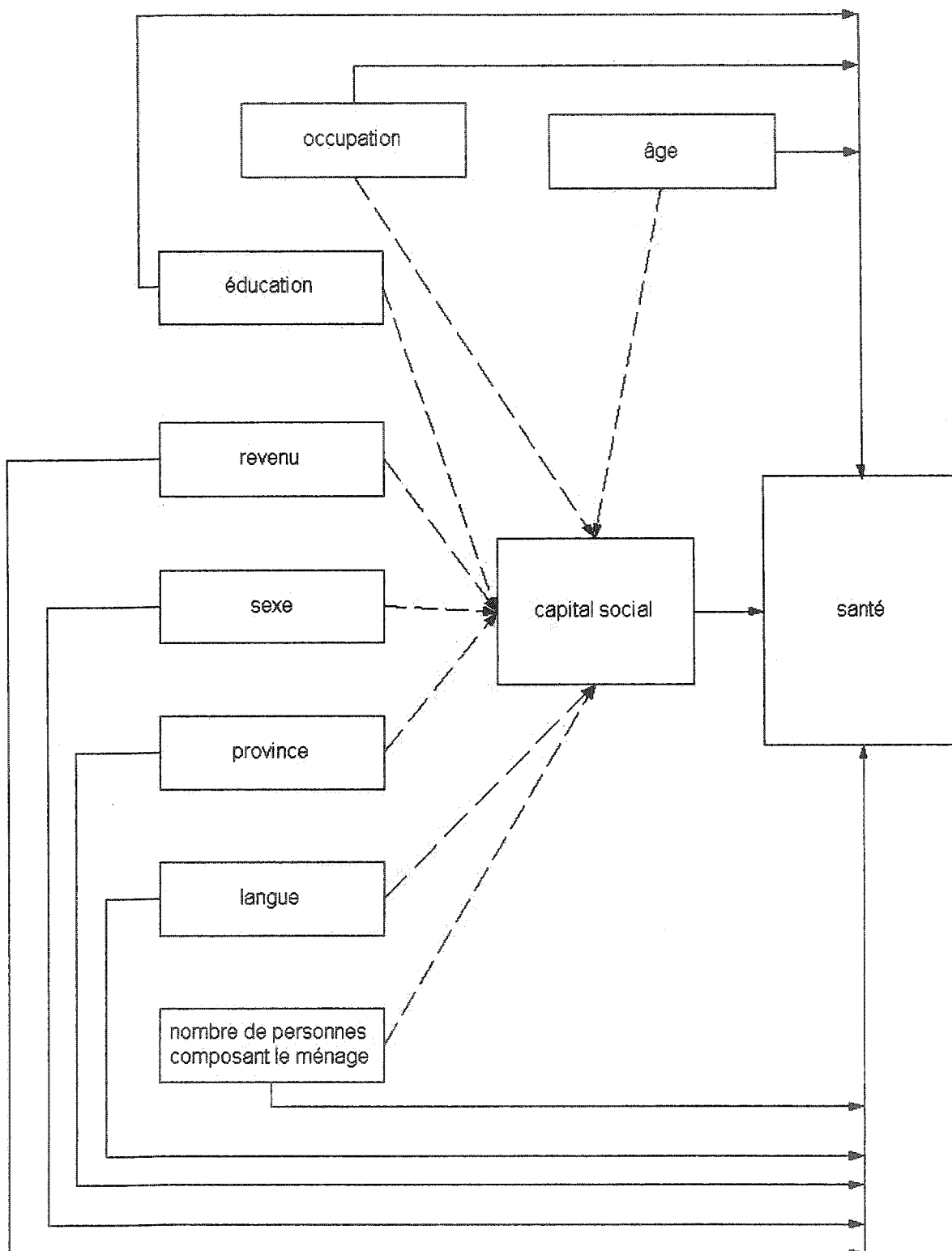
trouve dans les catégories “bon” et “élevé”. Cette distribution a pour effet de diminuer l’impact de la variable indépendante sur la variable dépendante.

Ces premières analyses bivariées nous ont permis de répondre en partie à notre question principale de recherche et de confirmer en partie notre hypothèse de départ: capital social a bel et bien un effet sur la santé perçue. Cependant, bien qu’il soit significatif, cet effet est plutôt faible. Il est important de noter que jusqu’ici, nous n’avons tenu compte de l’impact d’aucune autre variable indépendante qui pourraient influencer ces résultats. Ces analyses seront effectuées plus loin.

3.2.3 Effets des déterminants sociaux sur le capital social

Nous avons vu que le capital social a un impact, même s’il est faible, sur la santé lorsqu’il agit seul sur celle-ci. Puisque nous savons que le capital social n’est pas le seul déterminant social qui influence la santé, et que les déterminants sociaux s’influencent également entre eux, nous avons posé une autre question de recherche: le capital social est-il influencé par les autres déterminants sociaux? Cette question nous permet d’observer le double impact de certains déterminants sociaux sur la santé. En effet, en plus d’avoir un impact direct sur la santé, certains déterminants sociaux, en influençant le capital social, auraient-ils également un impact indirect sur la santé? La figure 3 illustre bien ce double impact. Bien entendu, notre analyse ne permet pas l’examen en profondeur de toutes les relations présentées dans ce schéma. Cependant, ce schéma permet d’illustrer les différents liens qui existent entre les déterminants sociaux et la santé et ainsi que nos questions de recherche.

Figure 3 : Impacts indirects de certains déterminants sociaux sur la santé



Afin de répondre à cette question, voyons de quelle façon certains déterminants sociaux (sexe, âge, éducation, revenu familial, occupation, usage exclusif de l'anglais, nombre de personnes dans le ménage, résidence au Québec) influencent le capital social. Le tableau 7 présente l'effet prédictif de certains déterminants sociaux sur le capital social.

Tableau 7
Effet prédictif des déterminants sociaux sur le soutien social (capital social)

Variables	R bivarié (effet seul)	Coefficients normalisés (Bêtas) (Effets combinés)
âge (1= 0-14 ans; 7= 65 ans et plus)	-0,110*	-0,095*
sexe (0= homme; 1= femme)	0,085*	0,095*
revenu familial (1= moins de 10 000\$; 6= 80 000\$ et plus)	0,125*	0,107*
éducation (1= pas de diplôme d'études secondaires; 4= diplôme collégial ou universitaire)	0,054*	0,016*
occupation (0= ne travaille pas; 1= travaille)	0,054*	-0,002*
Nombre de personnes dans le ménage (1= 1 personne; 5= 5 personnes ou plus)	0,084*	0,017*
Usage exclusif de l'anglais (0= autres; 1 = anglais seulement)	0,087*	0,048*
Province (résidence au Québec) (0= reste du Canada; 1= Québec)	-0,097*	-0,054*
	N pondéré = 18 077 968 *Sig= 0,000 à un seuil de 95%	N pondéré = 18 077 968 R ² = 0,046 *Sig= 0,000 à un seuil de 95%

Dans un premier temps, nous avons procédé à des analyses bivariées entre le capital social et certains déterminants sociaux (sexe, âge, revenu familial, éducation, occupation, nombre de personnes dans le ménage, usage exclusif de l'anglais, résidence au Québec) afin d'observer

l'effet seul de chaque déterminant social sur le capital social. Les tableaux croisés utilisés pour cette analyse se trouvent à l'annexe E. Il s'avère important de mentionner qu'en effectuant cette analyse, nous perdons le tiers de notre échantillon. C'est en ajoutant les variables "éducation" et "revenu familial" que nous perdons la majorité de ces répondants. Afin de connaître qui sont ces non-répondants, nous avons procédé à des analyses bivariées qui nous ont permis de constater que parmi les non-répondants pour le revenu, on retrouve le plus de non-répondants parmi les gens qui ont un diplôme d'études secondaires ou moins. On peut donc penser que les non-répondants sont surtout des gens qui ont un faible revenu. Nous avons également constaté que parmi les non-répondants pour l'éducation, on retrouve le plus de non-répondants parmi les gens qui ont un revenu familial entre 20000\$ et 59999\$. On peut donc penser que les non-répondants sont surtout des gens qui ont un niveau d'éducation moyen. Ces analyses nous permettent donc de constater que les non-répondants s'avèrent des gens qui ont un faible revenu familial et un niveau d'éducation moyen. Si on reprend la logique de notre modèle d'analyse, le revenu familial et l'éducation ayant un impact positif sur la santé, on peut donc croire que les non-répondants sont des gens qui ont un niveau de capital social moins élevé.

Comme nous pouvons le constater en observant la colonne des R bivariés du tableau 7, la relation la plus forte s'avère celle entre le revenu familial et le capital social (0,125). Bien que cette relation s'avère plutôt faible, elle démontre quand même que les gens qui ont un revenu familial plus élevé sont ceux qui jouissent d'un capital social élevé: 92% des gens ayant un revenu familial de 80 000\$ et plus affirment avoir un niveau de capital social élevé comparativement à 78% des gens gagnant moins de 10 000\$ affirmant avoir le même niveau de capital social. Ceci confirme notre hypothèse de départ. La seconde relation la plus forte s'avère l'âge et le capital social ($R = -0,110$). En effet, ces résultats nous démontrent que les personnes plus âgées sont celles qui ont le plus bas niveau de capital social: 90% des répondants de moins de 15 ans affirment avoir un niveau

de capital social élevé comparativement à 80% des gens de 65 ans et plus qui affirment avoir le même niveau de capital social. Ces résultats nous permettent de confirmer notre hypothèse selon laquelle le capital social diminue avec l'âge. Des études approfondies permettraient de mieux comprendre cette relation.

Les R bivariés présentés au tableau 7 nous ont également permis d'observer une relation entre le sexe et le capital social ($R = 0,085$). Les femmes ont un plus haut niveau de capital social: 90% des femmes affirment avoir un niveau de capital social élevé comparativement à 84% des hommes affirmant avoir le même niveau de capital social. Notre hypothèse est donc infirmée puisque nous croyions qu'il n'existait pas de différence entre les hommes et les femmes. Des études approfondies pourraient peut-être démontrer que les femmes sont plus ouvertes au soutien social que les hommes. Aussi, comme la plupart des chefs de familles monoparentales sont des femmes, celles-ci peuvent peut-être avoir davantage recours aux groupes de soutien ou aux réseaux sociaux pour leur venir en aide. Cela expliquerait peut-être pourquoi on retrouve plus de femmes présentant un haut niveau de capital social.

Nous avons également pu noter une relation entre le nombre de personnes dans le ménage et le capital social (0,084). En effet, le capital social est plus fort dans les foyers où on retrouve le plus d'individus: 89% des gens qui vivent dans un foyer comptant 5 personnes ou plus affirment avoir un niveau de capital social élevé comparativement à 79% des gens vivant seul qui affirment avoir le même niveau de capital social. Ceci nous permet de confirmer notre hypothèse. Cette relation s'explique peut-être par le fait qu'un plus grand nombre de personnes vivant dans le même foyer favorise l'interaction et le soutien.

Le fait de demeurer au Québec comparativement au reste du Canada influence que très peu le capital social. En effet, 89% des gens qui habitent à l'extérieur du Québec ont un niveau de capital social élevé comparativement à 80% des gens qui habitent au Québec, qui ont ce même

niveau de capital social. Le capital social est donc moins fort au Québec comparativement au reste du Canada ($r = -0,097$).

L'impact de l'usage exclusif de l'anglais s'avère également plutôt faible. Les tableaux croisés nous ont permis de constater que parmi les anglophones, 90% affirment avoir un niveau de capital social élevé comparativement aux 84% des gens parlant d'autres langues et qui affirment avoir ce même niveau de capital social ($r = 0,087$). Ces résultats confirment ceux des provinces alors que c'est au Québec que l'on retrouve le moins de capital social et le plus de francophones. Des études approfondies nous permettraient de mieux comprendre l'impact de la langue sur le capital social.

L'impact isolé de l'éducation sur le capital social s'avère faible ($R = 0,054$). Parmi les gens les plus éduqués, on retrouve que très légèrement plus de gens ayant un capital social élevé (89% chez les gens possédant un diplôme universitaire comparativement à 85% chez les gens ne possédant pas un diplôme d'études secondaires).

Enfin, l'impact isolé de l'occupation sur le capital social s'avère également faible ($R = 0,054$). 88% des gens qui travaillent affirment posséder un niveau de capital social élevé comparativement à 84% des gens qui ne travaillent pas.

Afin de mesurer l'effet combiné des certains déterminants sociaux (sexe, âge, éducation, revenu familial, occupation, usage exclusif de l'anglais, nombre de personnes dans le ménage, résidence au Québec) sur le capital social, nous avons procédé à des régressions multivariées. Les débits SPSS de cette régression sont présentés à l'annexe G. La colonne des Bêtas du tableau 7 nous présente les coefficients de régressions. Nos analyses nous ont permis de constater que l'effet combiné des divers déterminants sociaux permettent d'expliquer 4,6% ($R^2 = 0,046$) de la variance du capital social. Bien que les déterminants sociaux sélectionnés ont un impact sur le

capital social, plusieurs autres facteurs influencent la variance de celui-ci.

Nous avons pu constater que lorsque l'on tient compte de l'effet combiné des autres déterminants sociaux, la relation la plus forte s'avère celle entre le revenu familial et le capital social (0,107). Bien que plutôt faible, cette relation demeure significative. Les gens qui gagnent le plus possèdent un niveau plus élevé de capital social. Le revenu familial, que l'on tienne compte ou non de l'effet combiné des autres variables, demeure la variable qui a le plus d'impact sur le capital social. La seconde variable ayant le plus d'impact sur le capital social en tenant compte de l'effet combiné des variables s'avère le sexe des répondants (0,095). Bien que faible cette relation est significative: les femmes ont un niveau plus élevé de capital social. La troisième variable ayant le plus d'impact sur le capital social en tenant compte de l'effet combiné des déterminants sociaux est l'âge (-0,095). Cette relation est également faible mais significative: les gens plus jeunes ont davantage de capital social.

Il s'avère intéressant de noter que l'effet prédictif de chacun des déterminants sociaux sur le capital social diminue légèrement lorsque l'on tient compte de l'effet combiné de toutes les variables. Cela peut être expliqué par la co-détermination entre certaines variables. En effet, les fortes corrélations entre les déterminants sociaux observées précédemment ont pu fausser légèrement l'impact de certaines variables sur le capital social si on ne tenait pas compte de l'effet combinées de ces variables. La régression multivariée nous a permis de contrôler les variables.

Ces analyses nous ont permis de constater que le capital social est influencé par trois principales variables: le revenu familial, le sexe et l'âge. Si on ne tient pas compte de l'effet combiné des déterminants sociaux, nous pouvons également observer une relation entre le nombre de personnes dans le ménage (0,084). Toutefois, en tenant compte de l'effet combiné des déterminants sociaux sur le capital social, nous pouvons constater que l'effet du nombre de personnes dans le

ménage diminue considérablement (0,017). Nous croyons que cette diminution peut être attribuée à la forte corrélation qui existe entre le revenu familial et le nombre de personnes dans le ménage. En tenant compte de l'effet combiné des variables, l'effet du nombre de personnes dans le ménage devient presque nul.

Ces analyses nous ont également permis de constater que le capital social est lui-même influencé par les autres déterminants sociaux qui eux-mêmes, influencent la santé. Cela répond donc à notre question de recherche qui cherchait à voir si les autres déterminants sociaux influencent le capital social. Notre hypothèse est donc confirmée: le capital social est lui-même influencé par les déterminants sociaux de la santé. Ces résultats confirment le postulat de base de l'approche de la santé de la population selon lequel les déterminants sociaux n'agissent pas de façon isolée et univoque sur la santé mais plutôt de façon plurivoque et reliée. Les déterminants sociaux influencent d'une part la santé de façon directe mais aussi le capital social qui lui-même a un impact sur la santé. L'impact des déterminants sociaux sur la santé est donc à la fois direct et indirect.

3.2.4 Effets combinés du capital social et d'autres déterminants sociaux sur la santé perçue

Jusqu'ici nous avons observé l'impact des déterminants sociaux sur le capital social. Nous avons également observé les relations entre le capital social et la santé sans tenir compte d'autres variables indépendantes qui pourraient influencer cette relation. Or, il s'avère intéressant d'observer l'effet combiné des autres déterminants sociaux dans la relation entre le capital social et la perception de la santé. Les analyses qui suivent tiennent compte de l'influence de plusieurs variables indépendantes. Dans un premier temps, nous avons procédé à des régressions linéaires entre la santé et les divers déterminants sociaux sans inclure le capital social. Dans un deuxième temps, nous avons effectué des régressions linéaires qui incluent l'ensemble des variables en

ajoutant le capital social afin de mesurer l'impact combiné de celui-ci et de certains déterminants sociaux sur la santé. Cela nous permet de mesurer l'impact du capital social sur l'effet des autres variables indépendantes lorsqu'elles agissent de façon combinée sur la santé perçue. Le tableau 8 présente les effets prédictifs des déterminants sociaux sur la santé perçue. Les débits SPSS des régressions sont présentés à l'annexe G.

Tableau 8

**Effets prédictifs des déterminants sociaux sur la santé
mesurée à partir de la perception des gens**

Variable	Coefficients normalisés (Bêtas)		
	Effet seul ou R bivarié	Effet combiné sans capital social	Effet combiné avec capital social
sexe (0= homme; 1= femme)	-0,036*	-0,006*	-0,013*
âge (1= 0-14 ans; 7= 65 ans et plus)	-0,328*	-0,178*	-0,171*
éducation (1= pas de diplôme d'études secondaires; 4= diplôme collégial ou universitaire)	0,156*	0,098*	0,096*
revenu familial (1= moins de 10 000\$; 6= 80 000\$ et plus)	0,199*	0,133*	0,125*
occupation (0= ne travaille pas; 1= travaille)	-0,213*	0,098*	0,098*
usage exclusif de l'anglais (0= autres; 1= anglais)	0,026*	0,028*	0,024*
nombre de personnes dans le ménage (1= 1 personne; 5= 5 personnes ou plus)	0,170*	-0,025*	-0,026*
province (résidence au Québec) (0=reste du Canada; 1= Québec)	0,022*	0,068*	0,072*
capital social (0= nul; 5= élevé)	0,108* R ² = 0,01*	-	0,075*
N pondéré = 18 077 968			
* = Sig. 0,000 (selon un seuil de 95%)		R ² = 0,102*	R ² = 0,107*

Comme nous pouvons le constater en observant les R² du tableau 8, lorsque nous tenons compte seulement des autres variables indépendantes, sans le capital social, nous pouvons constater que l'ensemble des autres variables indépendantes peuvent expliquer 0,102 (ou 10%) de la variance de la santé perçue. Si nous tenons compte de l'effet combiné des variables indépendantes

avec le capital social, nous pouvons voir qu'ensemble, elles expliquent 0,107 (ou 11%) de la variance de la santé perçue. Ces résultats nous permettent de constater que l'ajout du capital social comme déterminant de la santé n'a pas un très grand impact. Il ajoute seulement 0,005 à la variance. De plus, le pourcentage de la variance expliquée demeure plutôt bas. En tenant compte d'une série de déterminants sociaux, nous ne parvenons qu'à expliquer 0,107 de la variance de la santé. Ces résultats démontrent la nature complexe de la santé. Celle-ci est influencée par de nombreux facteurs et il s'avère difficile, voire même pratiquement impossible de tous les identifier et de comprendre leur relation sur la santé. Or, cette analyse nous permet tout de même de saisir une parcelle de cette variance. De plus, comme nous l'avons mentionné précédemment, puisque la distribution de la principale variable indépendante (capital social) était très asymétrique, il s'avère normal que l'impact de celle-ci sur la variable dépendante (santé) soit faible. Puisque la majorité des répondants affirment posséder un niveau bon à élevé de capital social, il est difficile d'observer le véritable lien entre le capital social et la santé. Ces observations renvoient aux difficultés notées par plusieurs chercheurs qui concernent l'élaboration d'indicateurs précis mesurant le capital social. L'indicateur utilisé dans cette recherche ne permet peut-être pas de bien mesurer le véritable niveau de capital social des gens. Des études plus approfondies comparant d'autres indicateurs de capital social seraient nécessaires afin de vérifier la précision des divers indicateurs de capital social utilisés par les chercheurs.

Comme nous le présentons dans le tableau 8, des régressions linéaires multivariées nous ont permis de constater que certains déterminants sociaux ont davantage d'impact sur la santé que d'autres. L'âge s'avère la variable qui a le plus d'influence sur la santé perçue. En effet, si nous mesurons l'effet combiné de l'âge avec les autres déterminants sociaux, sans tenir compte du capital social, nous pouvons constater que l'impact de l'âge sur la santé est plus faible que lorsque nous tenons compte de l'effet du capital social. Le capital social diminue que très légèrement l'effet de

l'âge sur la santé perçue.

Le revenu familial s'avère la seconde variable ayant le plus d'impact sur la santé perçue. Le revenu familial a une influence modérée sur la santé. L'impact du revenu familial est légèrement plus fort si l'on tient compte de l'effet combiné des déterminants sociaux sans tenir compte du capital social. Si on ajoute l'influence du capital social, l'effet prédictif du revenu familial diminue légèrement.

Enfin, les deux autres variables ayant le plus d'impact sur la santé s'avèrent l'éducation et l'occupation. Ces variables ont un effet plutôt faible sur la santé perçue qui diminue également dans le cas de l'éducation, lorsque l'on ajoute le capital social à l'effet combiné des déterminants sociaux sur la santé. L'impact de l'occupation demeure le même lorsqu'on ajoute le capital social. Il s'avère intéressant de noter que lorsque nous tenons compte de l'effet combiné des déterminants sociaux sur la santé en y incluant le capital social, l'effet des autres déterminants sociaux a tendance à diminuer légèrement. Cela signifie que le capital social compense pour la diminution de l'effet de ces variables. Cela est dû à la co-détermination qui existe entre ces variables puisque comme nous l'avons vu précédemment, ces déterminants sont corrélés entre eux. Il s'avère également intéressant de noter que l'usage exclusif de l'anglais, la résidence au Québec, le nombre de personnes composant le ménage et le sexe n'ont qu'un très faible impact sur la santé perçue, que l'on tienne compte ou non de l'effet ajouté du capital social.

Maintenant que nous avons observé les variations de l'effet des autres déterminants sociaux sur la santé perçue selon l'ajout du capital social ou non, voyons si l'impact du capital social lui-même sur la santé demeure le même lorsque l'on tient compte des autres déterminants sociaux. Avant de tenir compte des autres variables indépendantes, l'influence du capital social sur la perception qu'ont les gens de leur santé, mesuré par le R de Pearson, est de 0,108 ($R^2 = 0,01$).

Lorsque nous tenons compte de l'impact combiné des autres variables, l'influence du capital social sur la santé perçue passe à 0,075 (Bêta). L'effet du capital social diminue comme tous les autres déterminants sociaux lorsque l'on tient compte de l'effet combiné de ceux-ci sur la santé. Cela signifie que les déterminants sociaux agissent bien d'une façon reliée et plurivoque sur la santé puisqu'ils sont corrélés entre eux.

Nos analyses permettent de confirmer l'hypothèse selon laquelle le capital social a un impact sur la perception de la santé par les Canadiens. Toutefois, il s'avère essentiel de souligner que cet impact est plutôt faible. Comme nous l'avons vu, le capital social a effectivement un impact sur la santé perçue. Il agit à titre de déterminant social de la santé. Or, selon l'approche de la santé de la population, les déterminants de la santé n'agissent pas seuls sur celle-ci; ils agissent de façon plurivoque. Nos analyses nous ont permis de constater que lorsqu'il est mis en relation avec d'autres déterminants sociaux de la santé, l'effet du capital social sur celle-ci diminue. Nous avons également pu constater que l'ajout du capital social aux autres déterminants sociaux n'ajoute qu'une très faible contribution à la compréhension de la variance de la santé perçue lors d'une analyse des effets combinés des déterminants sociaux. Cela nous amène donc à soutenir que le capital social s'avère bel et bien un déterminant social de la santé mais que son effet prédictif sur celle-ci est plutôt minime comparativement à d'autres déterminants sociaux tels le revenu familial, l'âge, l'éducation et l'occupation. Il s'avère toutefois important de préciser que les résultats obtenus à partir des régressions linéaires multiples s'avèrent hypothétiques puisque nos données ne respectaient pas parfaitement toutes les exigences de la régression linéaire multiple. Par conséquent, nous ne pouvons confirmer ces corrélations sans aucun doute. Les résultats nous donnent une idée des relations qui pourraient être observées si toutes les exigences de la régression linéaire multiple étaient respectées.

3.2.5 Synthèse

Ce chapitre d'analyse avait pour objectif de répondre à deux questions de recherche ainsi que de vérifier nos hypothèses de recherche. Dans un premier temps, nous nous sommes attardés aux facteurs qui influencent la santé. La santé était mesurée à partir de la perception des gens. Les relations entre les déterminants sociaux et la santé étaient observées de façon bivariée, sans tenir compte pour le moment de l'effet combiné des variables sur la santé. Ces analyses nous ont permis de constater que si l'on ne tient pas compte de l'effet combiné des déterminants sociaux, la santé perçue est principalement influencée par l'âge, l'occupation des répondants (s'ils travaillent ou non) le revenu familial, le nombre de personne composant le ménage et l'éducation. Le sexe, l'usage exclusif de l'anglais et la résidence au Québec n'influencent que très faiblement la santé.

Dans un deuxième temps, nous avons posé notre première question de recherche: existe-il un lien entre le capital social et la santé au Canada? Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle nous croyons que la santé des gens est meilleure chez ceux qui participent davantage à la vie sociale, soit par le biais d'organisations ou de réseaux communautaires, et chez ceux qui jouissent d'un fort support social. Le capital social était mesuré à partir de l'indice de soutien social perçu. Nous avons tout d'abord procédé à une série d'analyses bivariées entre le capital social et la santé. Ces analyses préliminaires ne tenaient pas compte de l'effet combiné des déterminants sociaux sur la santé. Nous cherchions tout d'abord à voir s'il existe un lien entre les deux variables. Nos résultats nous ont permis de constater qu'il existe une relation entre le capital social, mesuré à partir du soutien social perçu et la perception de la santé au Canada. Cela confirme donc en partie notre première hypothèse. Or, cette relation s'avère plutôt faible.

Ensuite, nous avons posé une seconde question de recherche: le capital social est-il influencé par les autres déterminants sociaux? Nous avons émis l'hypothèse que le capital social est

influencé par les autres déterminants sociaux. Nos résultats nous ont permis de constater que le capital social, mesuré à partir du soutien social perçu est bel et bien influencé par les autres déterminants sociaux. Le revenu familial, le sexe et l'âge s'avèrent les déterminants sociaux qui ont l'impact le plus important sur le capital social. Ces résultats confirment donc notre hypothèse selon laquelle, en plus d'influencer les déterminants sociaux, le capital social est lui-même influencé par ceux-ci.

Dans un troisième temps, nous avons observé l'effet combiné du capital social et des autres déterminants sociaux sur la perception de la santé. Nos résultats nous ont permis de constater que lorsqu'on ajoute l'effet du capital social combiné aux autres déterminants sociaux, l'effet des déterminants sociaux a tendance à diminuer légèrement. Cela signifie que le capital social, mesuré par le soutien social perçu compense pour la diminution de l'impact des déterminants sociaux. Ces analyses nous ont également permis de constater qu'en relation avec d'autres déterminants sociaux, l'impact du capital social sur la perception de la santé de la population diminue aussi légèrement. Le capital social agit donc de la même façon que les autres déterminants sociaux lorsqu'on tient compte de l'effet combiné de ceux-ci sur la santé. De plus, la proportion de la variance expliquée de la santé (R^2) augmente que très légèrement lorsqu'on ajoute l'effet du capital social combiné aux autres déterminants sociaux (sexe, âge, éducation, revenu familial, occupation, usage exclusif de l'anglais, nombre de personnes dans le ménage, résidence au Québec). Le capital social s'avère donc un déterminant social qui a un impact sur la santé. Cependant, en combinaison avec d'autres déterminants sociaux, le capital social apporte peu à l'explication de la variance de la santé. Il s'avère toutefois important de noter que la distribution asymétrique de la variable dépendante (santé) peut également entraîner la diminution de l'impact des autres variables sur celles-ci. Ceci nous indique peut-être que la mesure de capital social ne réussit pas à mesurer adéquatement celui-ci.

Ces analyses nous ont donc permis de répondre à la première question de recherche en confirmant notre hypothèse selon laquelle il existe bel et bien une relation entre le capital social, mesuré par le soutien social perçu et la perception de la santé au Canada. Il faut toutefois mettre un bémol à cette affirmation puisque si l'on se base sur l'approche de la santé de la population pour déterminer le rôle de certains déterminants sociaux sur la santé, le rôle du capital social s'avère plutôt faible lorsqu'en relation avec d'autres déterminants sociaux. Nous avons également pu répondre à notre seconde question de recherche secondaire confirmant, tel que précédemment, l'impact de certains déterminants sociaux sur la santé.

Si nous comparons nos résultats avec ceux de certains chercheurs, nous pouvons constater qu'ils s'apparentent à ceux de Veenstra. Les résultats de Veenstra lui ont permis d'observer une relation entre le capital social et la santé seulement lorsqu'il utilisait la fréquence de contacts et la participation à des services religieux comme indicateur du capital social. La relation s'avérait plus faible lorsqu'il utilisait la participation à des associations comme mesure du capital social. Il n'a pu observer de relation entre le capital social mesuré à partir de la participation civique et la santé (Veenstra, 2000). Nos résultats nous ont permis d'observer qu'une faible relation entre le capital social et la santé en utilisant le soutien social comme mesure de capital social. Or, notre indicateur de capital social était différent de celui utilisé par Veenstra.

Kawachi et al. ont observé un lien entre le capital social et la santé. Tout comme Veenstra, les indicateurs de capital social utilisés par ces chercheurs diffèrent des nôtres. Kawachi et al. ont utilisés des indicateurs mesurant la confiance des gens. De plus, l'influence du capital social se fait souvent de façon indirecte. Par exemple, le capital social existant dans un quartier peut avoir un impact sur la santé puisqu'il augmentera l'accès aux services locaux (Kawachi et al., 1999). La relation que nous avons étudiée entre le capital social et la santé s'avère plus directe que celle

étudiée par Kawachi et al. Cela explique peut-être les différences en termes de résultats.

En somme, ce chapitre a permis de répondre à nos deux questions de recherche. Nos analyses nous ont permis de vérifier nos hypothèses de recherche. Nos résultats nous ont permis d'atteindre l'objectif principal de cette recherche, soit d'observer le lien entre le capital social et la perception de la santé au Canada. Il s'avère cependant essentiel de mentionner que ces résultats ne s'avèrent qu'hypothétiques puisque nous n'avons pu respecter toutes les exigences de la régression linéaire multivariée. Les résultats obtenus nous donnent une idée des types de relations que nous pourrions observer si nos variables répondaient à toutes les exigences de la régression multivariée.

Chapitre 4 - Avenues de recherche

4.1 Nouvelles questions de recherche

L'objectif premier de cette recherche visait à voir s'il existe un lien entre le capital social et la santé au Canada. Nos analyses nous ont permis de confirmer l'existence de ce lien, bien que plutôt faible, au sein de notre échantillon de recherche. Notre recherche a soulevé deux questions de recherche. Nos résultats nous ont permis de répondre à ces questions de recherche et de vérifier nos hypothèses. Or, ces analyses ont soulevé de nouvelles questions de recherche qui vont au-delà de l'objectif de la présente recherche. Les pages qui suivent portent sur les avenues de recherche suscitées par nos analyses. Nous ne chercherons pas à répondre à ces questions mais plutôt à les soulever afin d'ouvrir la voie à de futures analyses sur ce sujet.

4.1.1 Les différentes mesures de la santé

Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre portant sur la méthodologie, la santé peut être mesurée de plusieurs façons. Pour les fins de cette recherche, nous avons opté pour l'approche mesurant la perception qu'ont les gens de leur santé. Nous avons également présenté l'indice d'utilité en matière de santé qui mesure la santé à partir de critères précis. Nous avons expliqué notre choix d'utiliser la première mesure. Toutefois, bien que chaque mesure comporte des avantages et des inconvénients, il serait intéressant d'effectuer la même analyse avec plusieurs mesures de santé et de comparer les résultats afin de voir si l'impact du capital social demeure le même lorsqu'on utilise une mesure de santé différente. Nous avons quand même effectué une analyse de corrélation entre l'indice d'utilité en matière de santé et la mesure de perception de la santé qui nous a permis de constater que même si ces deux mesures ne sont pas parfaitement corrélées, elles sont quand même fortement reliées.

4.1.2 Les différentes mesures de capital social

Comme nous l'avons mentionné dans le second chapitre, pour cette analyse, nous avons utilisé l'indice de soutien social comme variable "proxy" pour le capital social. Bien entendu, l'utilisation d'un seul indice mesurant une seule dimension de capital social limite la portée des résultats de notre analyse. Puisque nous voulions nous en tenir à une analyse simple, nous avons utilisé une seule variable "proxy" pour le capital social. Or, il serait intéressant de procéder aux mêmes analyses en utilisant différentes variables "proxy" pour mesurer le capital social et comparer les résultats. Par exemple, nous pourrions voir si la fréquence des contacts ou la participation sociale influence davantage la santé que le soutien social. De plus, il serait intéressant d'essayer de trouver des variables qui pourraient former un indice de capital social et de comparer ces résultats à ceux obtenus à l'aide des variables "proxy".

4.1.3 Doubles effets des déterminants sociaux

Nous avons observé une corrélation entre le capital social et les déterminants sociaux de la santé. Ces derniers, agissent aussi de façon directe sur la santé ainsi que de façon indirecte sur celle-ci. En effet, en influençant le capital social, les déterminants influencent indirectement la santé des gens. Ceci nous permet de croire que les déterminants sociaux de la santé ont également un double impact sur la santé des gens: un impact direct et indirect.

Comme le but de notre recherche visait principalement à étudier la relation entre le capital social et la santé, nous n'avons pas approfondi l'étude du double rôle (direct et indirect) des autres déterminants sociaux. Cependant, il serait intéressant de voir jusqu'à quel point ces déterminants s'influencent entre eux, et comment s'articule ce double rôle.

4.1.4 Comparaison des résultats

Comme nous l'avons vu dans notre cadre théorique, Veenstra a effectué une recherche sur le capital social et la santé en Saskatchewan à partir de données individuelles. Pour cette recherche, Veenstra a mesuré le capital social à partir de trois indices: engagement social (fréquence des contacts), perceptions socio-psychologiques (confiance, bonheur, engagement, identité) et participation civique (association politiques). Il a d'abord observé le lien entre le capital humain et la santé et a pu constater que ce lien existait chez les adultes et les aînés mais non chez les jeunes (Veenstra, 2000). De notre côté, nous avons observé un faible lien entre le capital social et la santé mais nous n'avons pas dirigé nos recherches de façon à voir si ce lien était plus présent chez les gens plus âgés. Cette comparaison s'avérerait intéressante afin de voir si la relation observée par Veenstra en Saskatchewan peut être observée dans l'ensemble du Canada.

Veenstra a observé un lien entre l'engagement social et la santé. Or, il n'a pas réussi à observer un lien significatif entre la participation civique et la santé ni entre les perceptions socio-psychologiques et la santé. À première vue, Veenstra ne semble pas avoir pu observer une forte relation entre le capital social et la santé (Veenstra, 2000). Nos résultats sont différents puisque notre mesure de capital social n'était pas composée des mêmes indicateurs. Comme nous l'avons indiqué précédemment, nous avons choisi d'utiliser l'indice de soutien social perçu comme variable représentant le capital social (variable proxy). Ainsi, nos résultats sont difficilement comparables à ceux de Veenstra. Cependant, il s'avérerait intéressant d'effectuer une recherche en utilisant les mêmes indices que Veenstra de façon à voir si ses résultats s'appliquent seulement à la Saskatchewan ou à l'ensemble du Canada.

4.1.5 Impact du capital social selon les régions

Notre recherche visait à observer le lien entre capital social et santé au Canada. Nos résultats s'appliquent à l'ensemble du Canada. Nous avons pu constater que le niveau de capital social est plus faible au Québec mais que les différences entre provinces sont plutôt faibles. Cependant, lorsque nous mesurons l'impact du capital social sur la santé en tenant compte de l'effet combiné des autres déterminants sociaux (dont la province), nous pouvons constater que la province de résidence a un impact plutôt faible sur la santé. Or, nous croyons qu'il serait intéressant d'effectuer le même genre de recherche en comparant les résultats des gens vivant en milieu métropolitain et de ceux vivant en milieu rural.

De plus, il est intéressant de s'interroger à savoir si les régions canadiennes qui sont plus riches possèdent plus de capital social et si par conséquent, ont un meilleur niveau de santé. Si tel est le cas, nous devrions observer un niveau de capital social plus élevé en Ontario et dans l'Ouest canadien. Des études plus poussées pourraient être entreprises dans le but de mieux comprendre la répartition du capital social parmi les provinces canadiennes.

4.1.6 Impact des autres déterminants de la santé

Pour les fins de cette recherche, nous avons sélectionné un nombre restreint de déterminants sociaux de la santé. Nous avons sélectionné les déterminants que nous jugeons les plus importants et ceux qui étaient disponibles parmi les variables de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997. Or, il existe d'autres déterminants qui ont été identifiés par Santé Canada qui pourraient être inclus dans une recherche similaire: déterminants physiques, biologiques et comportementaux. Par exemple, il serait intéressant de voir l'effet de l'environnement physique, des conditions de travail, des facteurs biologiques et génétiques, des pratiques personnelles en

matière de santé et de la capacité d'adaptation, du développement de la petite enfance (vécu) ainsi que des services de santé disponibles pour le répondant (ceux-ci peuvent varier selon les différentes régions). Il serait intéressant de voir si l'impact du capital social demeure le même lorsque nous tenons compte de l'effet combiné de ces nouveaux déterminants. Or, nous sommes conscients que certains de ces déterminants s'avèrent difficiles à mesurer, ce qui rend une telle recherche plutôt ardue. De plus, comme nous l'avons mentionné dans notre analyse, il existe plusieurs corrélations entre les déterminants sociaux. Il serait intéressant d'approfondir les analyses de ces corrélations pour mieux comprendre ces liens.

4.1.7 Le capital social et la santé de la population

Enfin, nos résultats nous ont démontré que le capital social a un impact positif, bien que plutôt faible, sur la santé: parmi les gens qui possèdent un niveau de capital social élevé, on retrouve davantage de gens qui se considèrent en meilleure santé. Comme nous l'avons vu dans notre cadre théorique, selon l'approche de la santé de la population, la santé est influencée par plusieurs déterminants sociaux. Le capital social s'avère un déterminant social qui influence la santé de la population. Les résultats de cette recherche ouvrent la porte à une série de recherches qui pourraient être entreprises dans le but d'identifier les meilleures stratégies qui pourraient influencer positivement le capital social de façon à ce qu'il agisse sur la santé de la population. Nous croyons que plusieurs autres études sur les déterminants sociaux de la santé s'imposent afin d'identifier des programmes d'action en vue d'agir sur ces déterminants afin qu'ils aient un impact positif sur la santé de la population.

En somme, comme nous avons pu le constater, les résultats de cette recherche ouvrent la porte à une panoplie d'autres recherches dans le même domaine. Il serait intéressant d'approfondir

certaines aspects de notre analyse afin de mieux saisir l'impact du capital social et des autres déterminants sociaux sur la santé. Notre recherche ne se veut qu'un premier pas dans l'analyse de l'impact du capital social sur la santé de la population.

Conclusion

Afin d'effectuer cette recherche, nous avons fondé notre cadre théorique sur l'approche de la santé de la population et le concept de capital social. Selon l'approche de la santé de la population, la santé est influencée par de nombreux déterminants de plusieurs ordres: physiques, biologiques, comportementaux et sociaux. Ces déterminants agissent sur la santé de la population de façon reliée et plurivoque. Parmi les déterminants sociaux qui agissent sur la santé, nous retrouvons le capital social. Comme nous l'avons défini dans notre cadre théorique, le capital social désigne "l'ensemble des relations, des réseaux et des normes qui facilitent l'action collective" (Isuma, 2001: 8; Glaeser, 2001; Woolcock, 2001; Côté, 2001; Schuller, 2001; Veenstra, 2001; Putnam, 2001; Willms, 2001). Plusieurs recherche ont démontré un lien entre le capital social et la santé de la population (Putnam, 2001; Kawachi et al. 1997; Kawachi, Kennedy et Glass; 1999). Or, ces recherches portaient sur les États-Unis. Au Canada, Gerry Veenstra s'est intéressé au lien entre le capital social et le taux de mortalité en Saskatchewan mais n'a pu observer de relation significative entre les deux variables. Il s'est également intéressé au lien qui existe entre le capital social et la perception qu'ont les gens de leur santé. Veenstra a mesuré le capital social à partir de trois indices: engagement social (fréquence des contacts), perceptions socio-psychologiques (confiance, bonheur, engagement, identité) et participation civique (association politiques). Veenstra a observé un lien entre l'engagement social et la santé. Or, il n'a pas réussi à observer un lien significatif entre la participation civique et la santé ni entre les perceptions socio-psychologiques et la santé. Notre recherche se démarque du fait qu'elle utilise un indicateur de capital social différent de ceux utilisés par Veenstra et du fait qu'elle porte sur l'ensemble du Canada et non sur une province en particulier.

Afin de procéder à nos analyses, nous avons opté pour une approche quantitative. Les données utilisées pour cette analyse ont été extraites de la base de données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997.

Pour les fins de cette recherche, nous avons utilisé une seule mesure de santé: la santé mesurée à partir de la perception des gens. Nous avons mesuré le capital social à partir d'un indice créé par Statistique Canada: l'indice de soutien social perçu. Il existait d'autres indices qui auraient également pu être utilisés pour mesurer le capital social. Cependant, la nature multidimensionnelle de ces variables ne nous permettait pas de créer un indice de capital social valide. Nous avons donc utilisé l'indice de soutien social perçu comme variable représentant le capital social (variable proxy). Il est important de noter que l'utilisation d'une seule variable "proxy" pour mesurer le capital social restreint la portée de nos résultats. En effet, nous n'avons pu que mesurer une dimension du capital social, soit le soutien social. Des analyses plus poussées seraient requises afin de mieux comprendre les multiples facettes du capital social.

Ceci nous a donc amené à poser deux questions de recherche. La première était: Existe-t-il un lien entre le capital social et la santé au Canada? Nous avons émis l'hypothèse qu'il existe bel et bien un lien entre ces deux variables: parmi les gens qui participent davantage à la vie sociale, soit par le biais d'organisations ou de réseaux communautaires, et parmi ceux qui jouissent d'un fort support social, nous retrouvons davantage de gens en excellente santé. Afin de vérifier notre hypothèse, nous avons procédé à une série d'analyses bivariées et multivariées. Nos résultats nous ont permis de constater qu'il existe réellement un lien entre le capital social, mesuré par le soutien social et la santé au Canada, mesurée à partir de la perception des gens. Cependant, ce lien s'avère plutôt faible. Les Canadiens qui ont un niveau de capital social élevé jouissent d'une bonne santé. Nos analyses nous ont démontré que la proportion de la variance expliquée de la santé perçue

augmente que très légèrement lorsqu'on ajoute le capital social aux autres déterminants sociaux (sexe, âge, éducation, revenu familial, occupation, usage exclusif de l'anglais, nombre de personnes composant le ménage, résidence au Québec) ce qui nous démontre bien les relations qui existent entre les déterminants de la santé. Le faible impact du capital social sur la santé peut également être expliqué par le fait que la distribution de la variable indépendante principale (capital social) est très asymétrique. En effet, la plupart des gens considèrent posséder un niveau de capital social bon ou élevé. Ces faibles variations au niveau de la distribution de la variable "capital social" ne nous ont pas permis de constater un fort impact de cette variable sur la santé. Ceci nous amène donc à croire que l'indice de soutien perçu ne s'avère peut-être pas la mesure de capital social la plus adéquate. Ce qui nous ramène aux difficultés mentionnées par plusieurs auteurs concernant la mesure du capital social. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par Veenstra. En effet, ce dernier n'a pu observer qu'un faible lien entre un indicateur de capital social et la santé. Il n'a pu observer aucun lien entre l'implication sociale et la santé (Veenstra, 2000).

Ces résultats nous ont amené à poser une seconde question de recherche: le capital social est-il lui-même influencé par les autres déterminants sociaux? Nous avons émis l'hypothèse que les déterminants sociaux ont effectivement un impact sur le capital social. Nos résultats nous ont permis de constater que le capital social, mesuré par le soutien social perçu est bel et bien influencé par les autres déterminants sociaux. Le revenu familial, le sexe et l'âge s'avèrent les déterminants sociaux qui ont l'impact le plus important sur le capital social. Dans le chapitre sur les avenues de recherche, nous nous sommes attardés à cette question du double impact des déterminants sociaux sur la santé.

En somme, nos analyses nous ont permis d'observer un lien entre le capital social et la santé perçue au Canada. Cependant, ce lien s'avère plutôt faible. Les résultats de cette recherche

ont également permis d'identifier quelques avenues de recherche qui s'avèrent intéressantes et qui pourraient venir compléter les analyses de la présente recherche. Par exemple, une analyse comparative des différentes mesures de santé et des différentes mesures de capital social nous permettrait de mieux comprendre l'impact du capital social sur la santé. De plus, une étude plus approfondie des divers déterminants de la santé nous permettrait de mieux comprendre le double effet des déterminants sociaux sur la santé, les effets de la composition des groupes sociaux sur l'impact de l'ensemble des déterminants sociaux sur la santé, les effets combinés des autres déterminants de la santé (biologiques, environnementaux et comportementaux).

L'étude du capital social comme déterminant social de la santé pourrait également être abordée de différentes façons. En effet, une étude des relations entre le capital social et le secteur bénévole s'avérerait fort intéressante. De plus, des variations dans la relation entre capital social et santé pourraient enrichir nos analyses. Par exemple, il serait intéressant d'étudier le lien entre le capital social et le taux de mortalité au Canada, ou encore de comparer les différences régionales dans l'impact du capital social sur la santé de la population canadienne.

De plus, puisque l'approche de la santé de la population est relativement récente, il s'avère intéressant de se questionner sur les répercussions de celle-ci sur les politiques. Cependant, mesurer les répercussions de l'approche de la santé de la population sur les politiques est une entreprise plutôt ardue. Des auteurs de l'analyse de politiques publiques ont démontré que pour qu'une approche spécifique puisse influencer de façon claire les politiques publiques, elle devait atteindre un niveau de maturité suffisant pour la faire passer à l'état d'idéologie politique (Brooks, 1998; Howlett et Ramesh, 1995). Pour qu'une approche puisse atteindre un niveau semblable, cela prend plusieurs années et l'approche de la santé de la population est trop récente pour avoir eu cet impact jusqu'à présent. Cependant, il est possible de mesurer l'impact de l'approche de la santé de la

population sur le discours politique du gouvernement.

Le discours politique est important, car il définit les objectifs que se fixe le gouvernement et jette ainsi les assises du développement de nouvelles politiques, ou encore en limite les possibilités. À ce titre, le discours le plus important est sans aucun doute le discours du trône. Le discours du trône annonce les grandes orientations politiques stratégiques dont se dote le gouvernement pour les années à venir. Or, dans les discours du trône du gouvernement fédéral de 1997 et de 2001, la santé occupe une place prépondérante et le gouvernement en fait une de ses grandes priorités. Le discours annonce plus particulièrement des investissements dans le domaine de la santé de l'enfance et de la jeunesse et dans la santé autochtone, en plus d'établir des objectifs précis. Les investissements visent des déterminants de la santé, comme l'éducation, plutôt que la lutte à des maladies précises. Par exemple, ces investissements doivent conduire à l'amélioration de la santé autochtone, de façon à doter les communautés autochtones d'un statut de santé comparable à celui de la moyenne canadienne d'ici 2005. À travers le discours du trône, on peut donc déceler des indices qui permettent de constater l'impact de l'approche de la santé de la population sur les politiques publiques, mais l'approche demeure encore trop nouvelle pour que l'on puisse en mesurer directement les impacts sur les politiques.

L'adoption de cette approche par le gouvernement fédéral comme approche officielle de la santé constitue une autre répercussion importante. Le gouvernement fédéral a adopté cette approche parce qu'elle s'avère assez convaincante sur les stratégies d'action. De plus, elle propose un cadre judicieux afin d'aider le gouvernement fédéral à atteindre ses objectifs globaux : "l'attention qu'on porte aux principaux déterminants de la santé est conforme aux priorités stratégiques fédérales actuelles" (Santé Canada, 1998). Ainsi, en 1999, le gouvernement fédéral mettait sur pied un comité consultatif fédéral/provincial/territorial dont le rôle consistait à "conseiller la conférence des sous-

ministres de la Santé sur les stratégies nationales et inter-provinciales visant à améliorer l'état de santé de la population canadienne et à définir une approche plus intégrée portant sur la santé de la population" (Santé Canada, 1999). Le comité consultatif a recommandé l'adoption de l'approche de la santé de la population comme approche officielle de la santé.

Enfin, les résultats de cette recherche ouvrent la porte à une série de recherches qui pourraient être entreprises dans le but d'identifier les meilleures stratégies politiques susceptibles d'influencer positivement le capital social de façon à ce qu'il agisse sur la santé de la population.

En somme, l'analyse de la relation entre la santé de la population canadienne et le capital social nous a permis de constater que ce déterminant social a un impact sur la santé, bien qu'il soit plutôt faible. Or, les résultats d'analyse nous ont permis d'observer l'effet combiné et plurivoque des déterminants sociaux sur la santé de la population. L'analyse de nos données confirment donc un des postulats de base de l'approche de la santé de la population: à savoir que l'état de santé d'une population est influencé par une série de déterminants sociaux. Cependant, cette thèse ne se veut qu'un premier pas dans la compréhension de la relation entre capital social et santé. Pour les fins de cette thèse, nous avons étudié l'impact du capital social et des déterminants sociaux sur la santé. Or, l'analyse d'une causalité inverse pourrait tout aussi bien se faire, afin d'observer l'impact de la santé sur le capital social. Bien que la relation observée entre capital social et santé est plutôt faible, cette thèse a permis d'observer l'impact combiné des déterminants sociaux sur la santé. Des analyses plus approfondies s'avèrent nécessaires afin de pouvoir bien comprendre la dynamique entre le capital social, les déterminants sociaux et leur impact sur la santé et de procéder à la prochaine étape qui pourrait consister à développer, à partir de résultats de recherche probants, des programmes concrets et des politiques qui viseront l'amélioration de l'état de santé des Canadiens et Canadiennes. Ces politiques et ces programmes devraient être basés sur l'impact des déterminants sociaux sur la santé de la population.

Libellé original de la question sur la perception de la santé

En général, diriez-vous que votre santé est...

1. Excellente?
2. Très bonne?
3. Bonne?
4. Passable?
5. Mauvaise?

ANNEXE B**Libellés originaux des questions sur le capital social**

Maintenant, voici quelques questions concernant votre relation avec différents groupes et le soutien dispensé par la famille et les amis.

Questions qui forment l'indice d'implication sociale

Q2- Combien de fois avez-vous assisté aux réunions ou participé aux activités de ces groupes au cours des 12 derniers mois? Si vous êtes membre de plus d'un organisme, pensez à celui dans lequel vous êtes le plus actif(ve).

1. au moins une fois par semaine
2. au moins une fois par mois
3. au moins 3 ou 4 fois par année
4. au moins une fois par année
5. jamais

Q2a- Au cours des 12 derniers mois, en excluant les occasions spéciales (comme les mariages, funérailles ou baptêmes), combien de fois avez-vous assisté à un service religieux ou une cérémonie du culte?

1. au moins une fois par semaine
2. au moins une fois par mois
3. au moins 3 ou 4 fois par année
4. au moins une fois par année
5. jamais

Questions qui forment l'indice de soutien social

Q3- Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire une quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou préoccupations personnels?

1. oui
2. non

Q4- Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?

1. oui
2. non

Q5- Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes?

1. oui
2. non

Q6- Quelqu'un vous fait-il sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous?

1. oui
2. non

Questions qui forment l'indice de fréquence des contacts

Q7- Les prochaines questions concernent vos rapports au cours des 12 derniers mois avec les personnes qui *ne vivent pas* avec vous, soit en personne, par téléphone, ou par lettre. Si vous avez eu des rapports avec plus d'une personne dans une catégorie, comme plusieurs soeurs, pensez à la personne avec laquelle vous avez eu le plus souvent des rapports.

À quelle fréquence avec-vous eu des contacts avec [remplir avec les catégories suivante].

- vos parents ou beaux-parents
- vos grands-parents
- vos filles ou belles-filles
- vos fils ou beaux-fils
- vos frères ou soeurs
- vos autres parents (y compris par alliance)
- vos amis proches
- vos voisins

Les choix de réponses sont:

1. n'en a pas
2. tous les jours
3. au moins une fois par semaine
4. 2 à 3 fois par mois
5. une fois par mois
6. quelques fois dans l'année
7. une fois dans l'année
8. jamais

ANNEXE C

Libellés des questions originales mesurant les autres déterminants sociaux

Âge

- 0-3 ans
- 4-5 ans
- 6-9 ans
- 10-11 ans
- 12-14 ans
- 14-19 ans
- 20-24 ans
- 25-29 ans
- 30-34 ans
- 35-39 ans
- 40-44 ans
- 45-49 ans
- 50-54 ans
- 55-59 ans
- 60-64 ans
- 65-69 ans
- 70-74 ans
- 75-79 ans
- 80 et plus

Sexe

Indiquez ou demandez le sexe de...

- Masculin
- Féminin

Niveau de scolarité

Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint?

- Études partielles dans une école de métiers, formation technique, ou de formation professionnelle, ou un collège commercial
- Études partielles dans un collège communautaire, au CÉGEP ou une école de sciences infirmières
- Études partielles à l'université
- Diplôme ou certificat d'études d'une école de métiers, formation technique,

- ou de formation professionnelle, ou un collège commercial
- Diplôme ou certificat d'études d'un collège communautaire, au CÉGEP ou une école de sciences infirmières
- Baccalauréat, diplôme de 1er cycle ou certificat d'école normale (ex: B.A., B.Sc., LL.B)
- Maîtrise (ex: M.A., M.Sc., M.Ed.)
- Diplôme en médecine, en optométrie, en médecine dentaire, ou vétérinaire (ex: M.D., D.D.S., D.M.D., D.M.V., O.D.)
- Doctorat acquis (ex: Ph.D., D.Sc., D.Ed.)

Occupation

- Travaille présentement
- Ne travaille pas présentement
- N'a pas travaillé dans les 12 derniers mois
- A travaillé dans les 12 derniers mois

Revenu familial

Quel a été le revenu total approximatif avant impôts et retenues de tous les membres du ménage au cours des 12 derniers mois, si l'on compte toutes les sources? Le revenu total de votre ménage était-il...

- de moins de 20 000\$?
 - de moins de 10 000\$?
 - de moins de 5 000\$?
 - de 5 000\$ et plus?
 - de 10 000\$ et plus?
- de 20 000\$ et plus?
 - de moins de 40 000\$?
 - de moins de 30 000\$?
 - de 30 000\$ et plus?
 - de 40 000\$ et plus?
 - de moins de 50 000\$?
 - de 50 000\$ à moins de 60 000\$?
 - de 60 000\$ à moins de 80 000\$?
 - de 80 000\$ et plus?
- aucun revenu
- NSP, R

Nombre de personnes dans le ménage

1. 1 personne
2. 2 personnes
3. 3 personnes
4. 4 personnes
5. 5 personnes ou plus

Province de résidence

- Terre-Neuve
- Île du Prince Edouard
- Nouvelle-Écosse
- Nouveau-Brunswick
- Québec
- Ontario
- Manitoba
- Saskatchewan
- Alberta
- Colombie-Britannique

Langue parlée

- 1- anglais
- 2- français
- 3- anglais et français
- 4- autres

ANNEXE D**Nouvelles codifications des variables utilisées dans la recherche****1- Perception de la santé**

1. Pauvre
2. Passable
3. Bon
4. Très bon
5. Excellent

2- Indice de soutien social

0. Nul
1. Faible
2. Passable
3. Bon
4. Élevé

3. Âge

1. 0-14 ans
2. 15-24 ans
3. 25-34 ans
4. 35-44 ans
5. 45-54 ans
6. 55-64 ans
7. 65 ans et plus

4. Occupation

0. Ne travaille pas
1. Travaille

5. Éducation

1. Pas de diplôme d'études secondaires
2. Diplôme d'études secondaires
3. Études supérieures au diplôme d'études secondaires
4. Collège ou diplôme universitaire

6. Revenu familial

1. moins de 10 000\$
2. 10 000\$ à 19 999\$
3. 20 000\$ à 39 999\$
4. 40 000\$ à 59 999\$
5. 60 000\$ à 79 999\$
6. 80 000\$ et plus

7. Sexe

0. Masculin
1. Féminin

8. Province de résidence

0. Reste du Canada
1. Québec

9. Langue parlée

0. autres
1. anglais seulement

10. Nombre de personnes dans le ménage

1. 1 personne
2. 2 personnes
3. 3 personnes
4. 4 personnes
5. 5 personnes ou plus

11. Indice de la fréquence des contacts

Les prochaines questions concernent vos rapports au cours des 12 derniers mois avec les personnes qui *ne vivent pas* avec vous, soit en personne, par téléphone, ou par lettre. Si vous avez eu des rapports avec plus d'une personne dans une catégorie, comme plusieurs soeurs, pensez à la personne avec laquelle vous avez eu le plus souvent des rapports.

À quelle fréquence avez-vous eu des contacts avec [remplir avec les catégories suivantes].

- vos parents ou beaux-parents
- vos grands-parents
- vos filles ou belles-filles
- vos fils ou beaux-fils
- vos frères ou soeurs
- vos autres parents (y compris par alliance)
- vos amis proches
- vos voisins

Les choix de réponses sont:

1. tous les jours
2. au moins une fois par semaine
3. 2 à 3 fois par mois
4. une fois par mois
5. quelques fois dans l'année
6. une fois dans l'année
7. jamais

ANNEXE E

Tableaux croisés
Impact des déterminants sociaux sur le capital social

Tableau croisé entre le capital social et l'âge

Capital social	âge							Total
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
nul	0,1%	0,4%	1,2%	0,9%	1,4%	1,3%	1,8%	1,1%
faible	0,4%	0,5%	1,2%	2,1%	2,3%	2,7%	2,7%	1,8%
passable	2,5%	1,4%	1,7%	2,8%	2,8%	3,1%	4,4%	2,6%
bon	6,7%	5,1%	5,7%	7,2%	9,2%	10,5%	10,9%	7,7%
élevé	90,3%	92,6%	90,2%	86,9%	84,3%	82,5%	80,2%	86,8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
r Pearson = -0,112 N pondéré: 23 625 977								

Tableau croisé entre le capital social et le sexe

Capital social	Homme	Femme	Total
nul	1,5%	0,7%	1,1%
faible	2,4%	1,2%	1,8%
passable	3%	2,2%	2,6%
bon	8,9%	6,6%	7,7%
élevé	84,2%	89,3%	86,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,078 N pondéré: 23 625 977			

Tableau croisé entre le capital social et le revenu familial

Capital social	Revenu familial						Total
	- 10000\$	10000\$- 19999\$	20000\$- 39999\$	40000\$- 59999\$	60000\$- 79999\$	80000\$+	
nul	3,2%	1,9%	1,4%	0,5%	0,4%	0,5%	1,1%
faible	4,1%	2,9%	1,9%	1,7%	0,8%	0,9%	1,8%
passable	3,9%	4,7%	3,2%	1,8%	1,6%	1,6%	2,7%
bon	10,9%	10,8%	8,6%	7,4%	5,4%	5,3%	7,9%
élevé	77,8%	79,7%	84,9%	88,5%	91,8%	91,7%	86,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,124 N pondéré: 19 812 124							

Tableau croisé entre le capital social et l'éducation

Capital social	Éducation				Total
	moins d'un diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études secondaires	Études post- secondaires	Diplôme collégial ou universitaire	
nul	1,5%	1,1%	0,9%	0,8%	1,1%
faible	2%	1,7%	1,9%	1,6%	1,8%
passable	3,1%	1,9%	2,9%	2,4%	2,6%
bon	8,8%	8,4%	7,9%	6,5%	7,7%
élevé	84,6%	86,9%	86,3%	88,8%	86,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,044 N pondéré: 23 493 392					

Tableau croisé entre le capital social et l'occupation

Capital social	occupation		Total
	ne travaille pas	travaille	
nul	1,3%	0,9%	1,1%
faible	2,1%	1,7%	1,8%
passable	3,4%	2%	2,5%
bon	8,9%	6,9%	7,7%
élevé	84,2%	88,4%	86,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

r Pearson = 0,054
N pondéré: 21 479 128

Tableau croisé entre le capital social et la province de résidence

Capital social	province									
	T-N	IPE	N-É	N-B	QC	ON	MAN	SAS	ALB	C-B
nul	0,5%	0,5%	0,1%	0,6%	1,2%	1,1%	0,8%	1,3%	1,1%	1,3%
faible	1,3%	1,7%	1,3%	1,4%	2,9%	1,5%	1,8%	1,4%	1,6%	1,2%
passable	1,4%	1%	1,9%	3,8%	3,3%	2,3%	3,1%	1,5%	2,5%	2,5%
bon	6,2%	4,9%	6,7%	7%	12,4%	5,8%	7,1%	5,9%	6,4%	6,4%
élevé	90,6%	92%	90%	87,2%	80,2%	89,4%	87,2%	90%	88,6%	88,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Phi = 0,124
N pondéré: 23 625 975

Tableau croisé entre le capital social et la province de résidence (binaire)

Capital social	Autres provinces	Québec	Total
nul	1,0%	1,2%	1,1%
faible	1,4%	2,9%	1,8%
passable	2,4%	3,3%	2,6%
bon	6,2%	12,4%	7,7%
élevé	89,0%	80,2%	86,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = -0,097 Phi = 0,118 N pondéré: 23 625 976			

Tableau croisé entre le capital social et la langue parlée

Capital social	Langue parlée				Total
	anglais	français	anglais et français	autres	
nul	0,8%	0,9%	0,8%	2,2%	1,1%
faible	1,3%	3,4%	1,3%	2,2%	1,8%
passable	2,2%	3,2%	2,4%	3,4%	2,6%
bon	5,9%	14,3%	8,7%	6,9%	7,7%
élevé	89,7%	78,1%	86,7%	85,3%	86,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi = 0,136 N pondéré: 23 607 077					

Tableau croisé entre le capital social et la langue parlée (binaire)

Capital social	Autres langues	anglais seulement	Total
nul	1,4%	0,8%	1,1%
faible	2,3%	1,3%	1,8%
passable	3,0%	2,2%	2,6%
bon	9,6%	5,9%	7,7%
élevé	83,7%	89,7%	86,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,087 Phi = 0,090 N pondéré: 23 607 076			

Tableau croisé entre le capital social et le nombre de personnes dans le ménage

Capital social	Nombre de personnes dans le ménage					Total
	1	2	3	4	5 et +	
nul	3,1%	0,9%	0,7%	0,7%	0,7%	1,1%
faible	3,1%	1,8%	1,8%	1,1%	1,5%	1,8%
passable	4,7%	2,4%	2,6%	2%	2,1%	2,6%
bon	10,5%	8,6%	7,6%	6,4%	6%	7,7%
élevé	78,7%	86,3%	87,4%	89,7%	89,7%	86,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,182 N pondéré: 23 625 973						

ANNEXE F

Tableaux croisés

Impact des déterminants sociaux et du capital social sur la perception de la santé

Tableau croisé entre la perception de la santé et l'âge

Perception de la santé	âge							Total
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
pauvre	0,2%	0,5%	0,9%	1,2%	2,3%	4,6%	6%	1,9%
passable	1,5%	3,5%	4,4%	5,5%	8,1%	11,9%	16,4%	6,5%
bonne	13,3%	22,5%	22,0%	26,1%	26,8%	31,6%	37,6%	24,6%
très bonne	32,9%	42,9%	42,1%	40,9%	38,5%	33,2%	27,9%	37,3%
excellente	52,1%	30,5%	30,7%	26,4%	24,4%	18,8%	12,1%	29,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
r Pearson = -0,328 N pondéré:28 640 848								

Tableau croisé entre la perception de la santé et le sexe

Perception de la santé	Homme	Femme	Total
pauvre	1,8%	2,0%	1,9%
passable	5,9%	7,1%	6,5%
bonne	23,7%	25,4%	24,6%
très bonne	37,7%	37%	37,3%
excellente	30,9%	28,5%	29,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = -0,036 N pondéré:28 640 849			

Tableau croisé entre la perception de la santé et le revenu familial

Perception de la santé	Revenu familial						Total
	- 10000\$	10000\$-19999\$	20000\$-39999\$	40000\$-59999\$	60000\$-79999\$	80000\$+	
pauvre	5,1%	4,4%	1,9%	0,8%	0,5%	0,6%	1,8%
passable	14,6%	12,5%	6,7%	4,4%	3,1%	3,2%	6,4%
bonne	28,4%	30,8%	27,1%	21,8%	20,2%	18,4%	24,3%
très bonne	28%	30%	37,9%	41,1%	42,5%	36,4%	37,6%
excellente	23,8%	22,3%	26,4%	31,9%	33,6%	41,4%	30,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,199 N pondéré:24 293 212							

Tableau croisé entre la perception de la santé et l'éducation

Perception de la santé	Éducation				Total
	moins d'un diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études secondaires	Études post-secondaires	Diplôme collégial ou universitaire	
pauvre	3,6%	1,7%	1,6%	1,4%	2,2%
passable	11,5%	6,3%	6,3%	4,9%	7,4%
bonne	30,7%	29,9%	26,2%	22,9%	26,9%
très bonne	34,3%	39,2%	40,2%	40,9%	38,5%
excellente	20%	23%	25,6%	29,9%	25%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,156 N pondéré:24 428 692					

Tableau croisé entre la perception de la santé et l'occupation

Perception de la santé	occupation		Total
	ne travaille pas	travaille	
pauvre	4,5%	0,5%	2%
passable	11,8%	4,1%	7%
bonne	30,3%	24,4%	26,6%
très bonne	33,7%	42,1%	38,9%
excellente	19,7%	28,9%	25,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,213 N pondéré: 22 176 433			

Tableau croisé entre la perception de la santé et la province de résidence

Perception de la santé	province									
	T-N	IPE	N-É	N-B	QC	ON	MAN	SAS	ALB	CB
pauvre	1,2%	2%	2,1%	2,1%	1,2%	2,3%	2,1%	2%	2%	1,7%
passable	6,4%	7,3%	8,7%	7,9%	5,9%	6,6%	6,9%	6,9%	6,5%	6,4%
bonne	18,7%	20,9%	23,1%	28,2%	25,5%	23,2%	26,3%	29,8%	23,9%	26,3%
très bonne	42,8%	42,2%	41,5%	36,5%	36,4%	38,1%	36,8%	37,1%	35,9%	36,4%
excellente	30,8%	27,6%	24,6%	25,3%	31%	29,7%	27,9%	24,2%	31,7%	29,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Phi = 0,068 N pondéré: 28 640 847										

Tableau croisé entre la perception de la santé et la province (variable binaire)

Perception de la santé	Province		Total
	Autres provinces	Québec	
pauvre	2,1%	1,2%	1,9%
passable	6,7%	5,9%	6,5%
bonne	24,3%	25,5%	24,6%
très bonne	37,7%	36,4%	37,3%
excellente	29,2%	31,0%	29,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,022 Phi = 0,037 N pondéré: 28 640 849			

Tableau croisé entre la perception de la santé et la langue parlée

Perception de la santé	Langue parlée				Total
	anglais	français	anglais et français	autres	
pauvre	1,9%	1,6%	1%	2,7%	1,9%
passable	6,4%	6,7%	5%	7,8%	6,5%
bonne	23,1%	26%	23,4%	29%	24,6%
très bonne	38,2%	32,5%	41,4%	35,6%	37,4%
excellente	30,4%	33,2%	29,3%	24,9%	29,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi = 0,091 N pondéré: 28 606 958					

Tableau croisé entre la perception de la santé et la langue parlée (binaire)

Perception de la santé	Langue parlée		Total
	Autres langues	anglais seulement	
pauvre	1,8%	1,9%	1,9%
passable	6,6%	6,4%	6,5%
bonne	26,4%	23,1%	24,6%
très bonne	36,4%	38,2%	37,4%
excellente	28,8%	30,4%	29,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,026 Phi = 0,039 N pondéré:28 606 958			

Tableau croisé entre la perception de la santé et le nombre de personnes dans le ménage

Perception de la santé	Nombre de personnes dans le ménage					Total
	1	2	3	4	5 et +	
pauvre	3,4%	3,3%	1,8%	0,8%	0,7%	1,9%
passable	11,3%	9,1%	5,7%	4,2%	4,3%	6,5%
bonne	29,4%	29,1%	24,6%	20,6%	21,1%	24,6%
très bonne	32,4%	35,9%	37,4%	39,3%	39,5%	37,3%
excellente	23,5%	22,5%	30,4%	35,2%	34,4%	29,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,170 N pondéré:28 640 848						

Tableau croisé entre la perception de la santé et le capital social

Perception de la santé	Soutien social					Total
	Nul	Faible	Passable	Bon	Élevé	
pauvre	5,2%	5,6%	3,1%	3,6%	1,6%	1,9%
passable	20,6%	12,7%	13,6%	8,9%	6,6%	7,2%
bonne	31,5%	31,5%	39,8%	31,7%	26%	26,9%
très bonne	22,2%	32,8%	29,9%	33,6%	40%	38,9%
excellente	20,4%	17,4%	13,6%	22,3%	25,8%	25%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
r Pearson = 0,108 N pondéré: 23 625 976						

Débuts SPSS pour les régressions

Regression

Notes

Output Created	04-SEP-2003 09:46:57
Comments	
Input	K:\Data\Personnel\NPHS 1996-97B.sav
Data	<none>
Filter	SAMPLING WEIGHT FOR SELECTED RESPONDENT
Weight	<none>
Split File	81804
N of Rows in Working Data File	81804
Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.
Missing Value Handling	REGRESSION /DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA CHANGE /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT ghc8dhd /METHOD=ENTER revenu2 age2 educ2 sex2 occ4 dhc6ghsz provqc2 langan2 /METHOD=ENTER ssc6d1 revenu2 age2 educ2 occ4 dhc6ghsz provqc2 langan2 .
Syntax	4996 bytes 0 bytes
Resources	Memory Required Additional Memory Required for Residual Plots Elapsed Time
	0:00:05.19

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX	2.80	.952	18077968
revenu recode	3.69	1.324	18077968
âge recode	4.13	1.533	18077968
éducation recode	2.75	1.228	18077968
Sexe recode	.51	.500	18077968
occupation recode 4	.64	.480	18077968
DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPE	2.97	1.279	18077968
province recode Qc2	.28	.450	18077968
Langue recode anglais 2	.50	.500	18077968
SOCIAL SUPPORT INDEX	3.77	.688	18077968

Correlations

Pearson Correlation	DERIVED HEALTH DESCRIPTOR INDEX	revenu recode	âge recode	éducation recode	Sexe recode	occupation recode 4
	DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX	.198	-.215	.171	-.036	.210
	revenu recode	1.000	-.105	.254	-.078	.350
	âge recode	-.105	1.000	-.090	.031	-.241
	éducation recode	.254	-.090	1.000	.001	.272
	Sexe recode	-.078	.031	.001	1.000	-.153
	occupation recode 4	.350	-.241	.272	-.153	1.000
	DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	.325	-.336	-.008	-.021	.128
	province recode Qc2	-.092	.016	-.059	-.001	-.044
	Langue recode anglais 2	.051	.004	.017	.013	.038
	SOCIAL SUPPORT INDEX	.125	-.110	.054	.085	.054
Sig. (1-tailed)	DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX	.000	.000	.000	.000	.000
	revenu recode	.000	.000	.000	.000	.000
	âge recode	.000	.000	.000	.000	.000
	éducation recode	.000	.000	.000	.022	.000
	Sexe recode	.000	.000	.022	.000	.000
	occupation recode 4	.000	.000	.000	.000	.000
	DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	.000	.000	.000	.000	.000
	province recode Qc2	.000	.000	.000	.000	.000
	Langue recode anglais 2	.000	.000	.000	.000	.000
	SOCIAL SUPPORT INDEX	.000	.000	.000	.000	.000

Correlations

	DERIVED HEALTH DESCRIPTOR INDEX	revenu recode	âge recode	éducation recode	Sexe recode	occupation recode 4
N	DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	revenu recode	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	âge recode	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	éducation recode	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	Sexe recode	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	occupation recode 4	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	province recode Qc2	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	Langue recode anglais 2	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	SOCIAL SUPPORT INDEX	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968

Correlations

	DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX	DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	province recode Qc2	Langue recode anglais 2	SOCIAL SUPPORT INDEX
Pearson Correlation	DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX	.086	.028	-.003	.112
	revenu recode	.325	-.092	.051	.125
	âge recode	-.336	.016	.004	-.110
	éducation recode	-.008	-.059	.017	.054
	Sexe recode	-.021	-.001	.013	.085
	occupation recode 4	.128	-.044	.038	.054
	DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	1.000	-.061	-.007	.084
	province recode Qc2	-.061	1.000	-.610	-.097
	Langue recode anglais 2	-.007	-.610	1.000	.087
	SOCIAL SUPPORT INDEX	.084	-.097	.087	1.000
Sig. (1-tailed)	DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX	.000	.000	.000	.000
	revenu recode	.000	.000	.000	.000
	âge recode	.000	.000	.000	.000
	éducation recode	.000	.000	.000	.000
	Sexe recode	.000	.000	.000	.000
	occupation recode 4	.000	.000	.000	.000
	DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	.000	.000	.000	.000
	province recode Qc2	.000	.000	.000	.000
	Langue recode anglais 2	.000	.000	.000	.000
	SOCIAL SUPPORT INDEX	.000	.000	.000	.000

Correlations

	DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	province recode Qc2	Langue recode anglais 2	SOCIAL SUPPORT INDEX
N	DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX	18077968	18077968	18077968
	revenu recode	18077968	18077968	18077968
	âge recode	18077968	18077968	18077968
	éducation recode	18077968	18077968	18077968
	Sexe recode	18077968	18077968	18077968
	occupation recode 4	18077968	18077968	18077968
	DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	18077968	18077968	18077968
	province recode Qc2	18077968	18077968	18077968
	Langue recode anglais 2	18077968	18077968	18077968
	SOCIAL SUPPORT INDEX	18077968	18077968	18077968

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Langue recode anglais 2, âge recode, Sexe recode, éducation recode, revenu recode, DERIVED HOUSEHO LD SIZE: GROUPED, occupation recode 4, province recode Qc2 ^a		Enter
2	SOCIAL SUPPORT INDEX		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.319 ^a	.102	.102	.902	.102	255878.36	8	18077958	.000
2	.327 ^b	.107	.107	.899	.005	108534.02	1	18077957	.000

a. Predictors: (Constant), Langue recode anglais 2, âge recode, Sexe recode, éducation recode, revenu recode, DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED, occupation recode 4, province recode Qc2

b. Predictors: (Constant), Langue recode anglais 2, âge recode, Sexe recode, éducation recode, revenu recode, DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED, occupation recode 4, province recode Qc2, SOCIAL SUPPORT INDEX

ANOVA^c

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1					
Regression	1665644.3	8	208205.537	255878.36	.000 ^a
Residual	14709845	18077959	.814		
Total	16375490	18077967			
2					
Regression	1753430.3	9	194825.584	240872.27	.000 ^b
Residual	14622059	18077958	.809		
Total	16375490	18077967			

a. Predictors: (Constant), Langue recode anglais 2, age recode, Sexe recode, Sexe recode, éducation recode, revenu recode, DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED, occupation recode 4, province recode Qc2

b. Predictors: (Constant), Langue recode anglais 2, age recode, Sexe recode, éducation recode, revenu recode, DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED, occupation recode 4, province recode Qc2, SOCIAL SUPPORT INDEX

c. Dependent Variable: DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients		t	Sig.	
			B	Beta			
1	(Constant)	2.564			2016.036	.000	
	revenu recode	9.563E-02	.133		518.753	.000	
	âge recode	-.110	.000	-.178	-730.527	.000	
	éducation recode	7.570E-02	.000	.098	410.808	.000	
	Sexe recode	-1.182E-02	.000	-.006	-27.476	.000	
	occupation recode 4	.194	.000	.098	389.640	.000	
	DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	-1.833E-02	.000	-.025	-97.855	.000	
	province recode Qc2	.145	.001	.068	241.405	.000	
	Langue recode anglais 2	5.251E-02	.001	.028	97.816	.000	
	2	(Constant)	2.190			1285.895	.000
		revenu recode	8.989E-02	.000	.125	486.892	.000
		âge recode	-.106	.000	-.171	-700.713	.000
		éducation recode	7.480E-02	.000	.096	407.087	.000
Sexe recode		-2.538E-02	.000	-.013	-58.911	.000	
occupation recode 4		.194	.000	.098	391.548	.000	
DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	-1.927E-02	.000	-.026	-103.187	.000		
province recode Qc2	.153	.001	.072	256.283	.000		
Langue recode anglais 2	4.570E-02	.001	.024	85.312	.000		
SOCIAL SUPPORT INDEX	.104	.000	.075	329.445	.000		

a. Dependent Variable: DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX

Excluded Variables^b

Model	Beta In	t	Sig.	Collinearity Statistics	
				Partial Correlation	Tolerance
1	.075 ^a	329.445	.000	.077	.957

a. Predictors in the Model: (Constant), Langue recode anglais 2, âge recode, Sexe recode, éducation recode, revenu recode, DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED, occupation recode 4, province recode Qc2

b. Dependent Variable: DERIVED HEALTH DESCRIPTION INDEX

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SOCIAL SUPPORT INDEX	3.77	.688	18077968
revenu recode	3.69	1.324	18077968
age recode	4.13	1.533	18077968
education recode	2.75	1.228	18077968
Sexe recode	.51	.500	18077968
occupation recode 4	.64	.480	18077968
DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	2.97	1.279	18077968
province recode Qc2	.28	.450	18077968
Langue recode anglais 2	.50	.500	18077968

Correlations

Pearson Correlation	SOCIAL SUPPORT INDEX	revenu recode	âge recode	éducation recode	Sexe recode	occupation recode 4
	1.000	.125	-.110	.054	.085	.054
	.125	1.000	-.105	.254	-.078	.350
	-.110	-.105	1.000	-.090	.031	-.241
	.054	.254	-.090	1.000	.001	.272
	.085	-.078	.031	.001	1.000	-.153
	.054	.350	-.241	.272	-.153	1.000
	.084	.325	-.336	-.008	-.021	.128
	-.097	-.092	.016	-.059	-.001	-.044
	.087	.051	.004	.017	.013	.038
Sig. (1-tailed)						
	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	.000	.000	.000	.022	.000	.000
	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968
	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968	18077968

Correlations

Pearson Correlation	DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	province recode Qc2	Langue recode anglais 2
SOCIAL SUPPORT INDEX	.084	-.097	.087
revenu recode	.325	-.092	.051
âge recode	-.336	.016	.004
éducation recode	-.008	-.059	.017
Sexe recode	-.021	-.001	.013
occupation recode 4	.128	-.044	.038
DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	1.000	-.061	-.007
province recode Qc2	-.061	1.000	-.610
Langue recode anglais 2	-.007	-.610	1.000
Sig. (1-tailed)			
SOCIAL SUPPORT INDEX	.000	.000	.000
revenu recode	.000	.000	.000
âge recode	.000	.000	.000
éducation recode	.000	.000	.000
Sexe recode	.000	.000	.000
occupation recode 4	.000	.000	.000
DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	.000	.000	.000
province recode Qc2	.000	.000	.000
Langue recode anglais 2	.000	.000	.000
N			
SOCIAL SUPPORT INDEX	18077968	18077968	18077968
revenu recode	18077968	18077968	18077968
âge recode	18077968	18077968	18077968
éducation recode	18077968	18077968	18077968
Sexe recode	18077968	18077968	18077968
occupation recode 4	18077968	18077968	18077968
DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED	18077968	18077968	18077968
province recode Qc2	18077968	18077968	18077968
Langue recode anglais 2	18077968	18077968	18077968

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Langue recode anglais 2, âge recode, Sexe recode, éducation recode, revenu recode, DERIVED HOUSEHO LD SIZE: GROUPED, occupation recode 4, province recode Qc2 ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: SOCIAL SUPPORT INDEX

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	Sig. F Change		
1	.208 ^a	.043	.043	.673	.043	102496.10	8	.18077958	.000

a. Predictors: (Constant), Langue recode anglais 2, âge recode, Sexe recode, éducation recode, revenu recode, DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPED, occupation recode 4, province recode Qc2

ANOVA^b

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	371249.78	8	46406.223	102496.10	.000 ^a
Regression	8184991.9	18077959	.453		
Residual	8556241.7	18077967			
Total					

a. Predictors: (Constant), Langue recode anglais 2, âge recode, Sexe recode, éducation recode, revenu recode, DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPE, occupation recode 4, province recode Qc2

b. Dependent Variable: SOCIAL SUPPORT INDEX

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients		t	Sig.
			B	Beta		
1						
(Constant)	3.616	.001			3810.835	.000
revenu recode	5.543E-02	.000	.107		403.089	.000
âge recode	-4.253E-02	.000	-.095		-377.476	.000
éducation recode	8.704E-03	.000	.016		63.323	.000
Sexe recode	.131	.000	.095		408.133	.000
occupation recode 4	-3.549E-03	.000	-.002		-9.556	.000
DERIVED HOUSEHOLD SIZE: GROUPE	9.107E-03	.000	.017		65.182	.000
province recode Qc2	-8.302E-02	.000	-.054		-185.840	.000
Langue recode anglais 2	6.581E-02	.000	.048		164.338	.000

a. Dependent Variable: SOCIAL SUPPORT INDEX

Bibliographie

- BROOKS, Stephen, *Public Policy in Canada*, Oxford University Press, Toronto, 1998, 297 pages.
- BOURDIEU, Pierre, "The Forms of Capital" in RICHARDSON, John G. (Dir), *Handbook of Theory and Research of the Sociology of Education*, Greenwood Press, New York, 1986, p. 241-258.
- COLEMAN, James S., "Social Capital in the Creation of Human Capital" in *American Journal of Sociology*, volume 94, University of Chicago, 1988, p. 95-120.
- COLEMAN, James S., *The Foundations of Social Theory*, Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1990.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Gouvernement du Canada, 1999, 368 pages.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé: Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Gouvernement du Canada, 1999, 230 pages.
- CONSEIL DU TRÉSOR, " Santé Canada: Une stratégie proactive de promotion de la santé", *Rapport de la vérificatrice générale du Canada*, 2001, 35 pages.
- CORIN, Ellen, "La santé: nouvelles conceptions, nouvelles images" in DUFRESNE, Jacques, Fernand Dumon et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale: L'Institution de la santé et de la maladie*, Presses de l'Université du Québec, Sillery, 1985, 1245 pages.
- CÔTÉ, Sylvain, "La contribution des capacités humaines et sociales" in *Isuma*, Volume 2, no 1, Printemps 2001, pp. 25-33.
- CYNADER, Max S., "Mechanisms of Brain Development and Their Role in Health and Well-Being" in *Daedalus*, Fall 1994, volume 123, number 4, pp. 155 à 165.

DAEDALUS: *Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, "Health and Wealth", Americans Academy of Arts and Sciences, Volume 123, no 4, Fall 1994, 216 pages.

DUBOS, René, *Mirage of Health*, Anchor Books Doubleday & Company, Inc, Garden City, New York 1959, 235 pages.

ENQUÊTE NATIONALE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION, 1994; 1996:
http://www.statcan.ca/francais/sdds/3225_f.htm 11 avril 2003

EVANS, Robert G., Morris L. Barer et Theodore R. Marmor (eds), *Why are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations*, Aldine De Gruyter, New York, 1994, 378 pages.

GLAESER, Edward, "La formation du capital social" in *Isuma*, Volume 2, no 1, Printemps 2001,
<http://www.isuma.net/v02n01/glaeser-tr/glaeser-tr.htm>

GROOTAERT, Christiaan et VAN BASTELAER, Thierry, "Understanding and Measuring Social Capital: A Synthesis of Findings and Recommendations from the Social Capital Initiative, in *Social Capital Initiative Working Paper*, The World Bank, avril, 2001, 24 pages.

HARDY, Melissa a., *Regressions with Dummy Variables*, tiré de la collection *Quantitative Applications in the Social Sciences*, SAGE Publications, Newbury Park, California, 1993, 90 pages.

HAYES, Michael V. et James R. Dunn, *Population Health in Canada: A Systematic Review*, CPRN Study, No. H-01, 1998, 74 pages.

HEALEY, Joseph, f., *Statistics: A Tool for Social Research*, Wadsworth Publishing Company, 5th ed., Belmont, 1999, 540 pages.

HOWLETT, Micheal et M. Ramesh, *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy subsystems*, Oxford University Press, Toronto, 1995, 239 pages.

Institut Canadien de recherches sur le femmes (ICREF), *Pourquoi parlons-nous des femmes et de la santé?*, <http://www.criaw-icref.ca/health-f.htm>, 4 septembre 2003.

JENSON, Jane, *Les Contours de la cohésion sociale : l'état de la recherche au Canada*, Étude des RCRPP n° F|03, novembre 1998, 55 pages, <http://www.cprn.org/rcrpp.html>.

KAWACHI, I. B. et BERKMAN, L.F., "Social Cohesion, social capital and health", in L. BERKMAN and I. KAWACHI (Eds), *Social Epidemiology*, New York: Oxford University Press, 2000.

KAWACHI, I. B. Kennedy, K. Lochner et D. Prothrow-Stith, "Social capital, income inequality, and morality", *American Journal of Public Health*, vol.87, 1997, p. 1491-1498.

KAWACHI, I. B. Kennedy et R. Glass, "Social capital and self-rated health: a contextual analysis", *American Journal of Public Health*, vol. 89, 1999, p. 1187-1193.

KRISHNA, Anirudh et Elizabeth SHRADER, *Social Capital Assessment Tool*, document préparé pour la Conference on Social Capital and Poverty Reduction, The World Bank, Washington, June 22-24, 1999, <http://wbln0018.worldbank.org/external/lac/lac.nsf/0/d2d929b5fff4b555852567ee000414ad?OpenDocument>

LACOURSE, Marie-Thérèse, *Sociologie de la santé*, Chenelière/McGraw-Hill, Montréal, 1998, 254 pages.

LALONDE, Marc, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail*, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Gouvernement du Canada, Ottawa, avril 1974, 82 pages.

LOURY, Glenn C., "A Dynamic Theory of Racial Income Differences", in WALLACE P.A., et LE MUND, A. (Eds), *Women, minorities and employment discrimination*, Lexington, Mass: Lexington Books, 1977, p. 153-186.

LOURY, Glenn C., "Why should we care about group inequality?", in *Social Philosophy & Policy*, Vol 5., Issue 1, 1987, p. 249-271.

LYNCH, John et KAPLAN, George, "Understanding how inequality in the distribution of income affects health", in *Journal of Health Psychology*, no2, p. 297-314.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, publiée dans le cadre de la Conférence internationale pour la promotion de la santé: vers une nouvelle santé publique, 17-21 novembre 1986, Ottawa.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100, 1946, <http://www.who.int/about/definition/fr/index.html>

PUTNAM, Robert D., *Making Democracy Work: Civic traditions in modern Italy*, Princeton University Press, New Jersey, 1993, 250 pages.

PUTNAM, Robert D., *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon & Schuster, New York, 2000, 541 pages.

PUTNAM, Robert D., "Mesure et conséquences du capital social" in *Isuma*, Volume 2, no 1, Printemps 2001, <http://www.isuma.net/v02n01/putnam-tr/putnam-tr.htm>

RÉSEAU CANADIEN DE LA SANTÉ (RCS) , www.reseau-canadien-sante.ca, 4 septembre 2003

SANTÉ CANADA, <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/approche/approche.html#history>

SANTÉ CANADA, *Pour une population en meilleure santé: une action concrète*, Gouvernement du Canada, Ottawa, 1998, 29 pages.

SANTÉ CANADA, <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/determinants.html#income>, 4 septembre 2003

SCHULLER, Tom, "Complémentarité du capital humain et social" in *Isuma*, Volume 2, no 1, Printemps 2001, <http://www.isuma.net/v02n01/schuller-tr/schuller-tr.htm>

- STATISTIQUE CANADA, *Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation*, <http://www.nsgvp.org/factsheets.asp?fn=view&id=8258>, 4 septembre 2003.
- STATISTIQUE CANADA, <http://www.statcan.ca/francais/IPS/Data/82F0068XIF.htm>, 11 février 2002.
- STATISTIQUE CANADA, http://www.statcan.ca/francais/concepts/stat-unit-def_f.htm, 25 mars 2002.
- STATISTIQUE CANADA, http://www.statcan.ca/francais/Pgbd/People/Population/demo10a_f.htm, 29 avril 2002.
- STONE, Wendy, *Measuring Social Capital: Towards a theoretically informed measurement framework for researching social capital in family and community life*, Australian Institute of Family Studies, Research paper no 24, February 2001, 38 pages, <http://www.aifs.org.au/institute/pubs/stone.html>
- TOWNSON, Monica, *Malades d'inégalité: Comment les facteurs socio-économiques influencent notre bien-être*, Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, 1999, 140 pages.
- University of California in Los Angeles (UCLA), Academic Technology Services, Statistical Computing, <http://www.ats.ucla.edu/stat/spss/faq/alpha.html>, 9 janvier 2004.
- VAN DER GAAG, Martin et SNIJDERS, Tom, *An approach to the measurement of individual social capital*, Department of statistics and measurement theory, Groningen University, The Netherlands, 13 mars 2002, 31 pages, http://www.xs4all.nl/~gaag/work/SCM_paper.pdf,
- VAN KEMENADE, Solange, *Le capital social comme déterminant de la santé: Comment le mesurer?* Document de travail 02-08, Santé Canada, 2003, 37 pages.
- VEENSTRA, Gerry, "Social capital, SES and health: an individual-level analysis", in *Social Science & Medicine*, 50, 2000, pp. 619-629.

VEENSTRA, Gerry, "Capital social et santé" in *Isuma*, Volume 2, no 1, Printemps 2001,
<http://www.isuma.net/v02n01/veenstra-tr/veenstra-tr.htm>

VEENSTRA, Gerry, "Explicating Social Capital: Trust and Participation in the Civil Space" in
The Canadian Journal of Sociology - Cahiers canadiens de sociologie, Volume 27, No 4,
automne 2002, p.547-572.

WILSON, John, "Dr. Putnam's Social Lubricant", in *Contemporary Sociology*, Volume 30, no 3,
May 2001, pp.225-227.

WOOLCOCK, Michael, "Le rôle économique du Capital Social dans la compréhension des
résultats sociaux et économiques" in *Isuma*, Volume 2, no 1, Printemps 2001,
<http://www.isuma.net/v02n01/woolcock-tr/woolcock-tr.htm>

YARDLEY, Lucy, "Introducing material-discursive approaches to health and illness" in
YARDLEY, Lucy (ed), *Material Discourses of Health and Illness*, Routledge, New York,
1997, p. 1-24.