



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.



Recherche sur les politiques de santé

Bulletin

Le capital social et la santé : Bonifier les avantages

La recherche a confirmé les effets bénéfiques du capital social dans divers secteurs, dont celui de la santé. Cette constatation a incité Santé Canada et plusieurs autres ministères fédéraux à investir des efforts à ce chapitre. Emboitant le pas en 2003, le Projet de recherche sur les politiques (PRP) du gouvernement du Canada tentait de déterminer en quoi les politiques publiques pouvaient exploiter le capital social pour mieux desservir les Canadiennes et les Canadiens.

Partant de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé et des études initiales de Santé Canada sur le lien entre le capital social et la santé, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et Santé Canada s'associaient, en 2004, à l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa pour effectuer une première analyse nationale des liens entre le capital social et la santé de la population canadienne. En diffusant ces travaux, ce numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* vise à :

- présenter l'évolution des études sur la corrélation entre les liens sociaux et la santé, et discuter des effets du concept de capital social;
- faire ressortir diverses approches engagées pour définir le capital social, dont celle axée sur « les réseaux » convenue par les ministères fédéraux, et présenter un modèle analytique pour mesurer les liens entre le capital social et la santé;
- expliquer en quoi ce modèle a servi à analyser l'*Enquête sociale générale* (ESG) de 2003 sur l'*engagement social* et décrire les résultats au niveau de la population canadienne en général et de sous-populations choisies;
- examiner des secteurs de politiques et de programmes clés où le capital social joue déjà un rôle et les incidences des récentes études.

Somme toute, dans l'optique d'établir si les gouvernements devraient aider à bâtir ou à renforcer le capital social, le Bulletin souligne que ces derniers influencent déjà, de diverses façons, l'organisation des relations sociales—parfois avec des effets non intentionnels. Par conséquent, l'adoption d'une perspective stratégique axée sur le capital social suppose de porter explicitement attention au rôle des réseaux sociaux dans la réalisation d'objectifs stratégiques et de prévoir les effets éventuels de futures politiques.

Dans ce numéro

Un rôle pour les politiques publiques? **3**

Qu'est-ce que le capital social? **6**

Traditions en matière de recherche **10**

Mise au point d'un modèle d'opérationnalisation **13**

Nouveaux résultats : Populations vulnérables **16**

Réseaux et sain vieillissement **21**

Premières nations et Inuits : Réseaux d'aidants **25**

Évaluation des programmes communautaires **28**

Capital social et confiance **33**

Recours aux données d'enquêtes complexes **37**

Publié deux ou trois fois par année, le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* vise à enrichir la base de données probantes pertinentes aux politiques de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Chaque numéro aborde un thème particulier et mise sur une approche coopérative pour regrouper les études menées sous l'égide de Santé Canada, de l'ASPC et d'autres partenaires du Portefeuille de la santé fédéral. Ces études sont présentées au fil de plusieurs articles interreliés qui examinent la portée et les enjeux, qui analysent les répercussions et les interventions possibles et qui discutent de l'application des résultats au processus d'élaboration des politiques.

La liste qui suit énumère les titres des anciens numéros du Bulletin disponibles en versions électroniques HTML et PDF au site <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>> ou en communiquant avec nous à <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

- **Le vieillissement et ses répercussions financières sur le système de santé** (mars 2001)
- **Nouvelles frontières : La politique de la santé et le génome humain** (septembre 2001)
- **Efficacité des mesures de promotion de la santé** (mars 2002)
- **Santé et environnement : Voies critiques** (octobre 2002)
- **Remédier aux problèmes de santé de la population autochtone** (mars 2003)
- **La résistance aux antimicrobiens : À garder sous le couvert!** (juin 2003)
- **Les approches complémentaires et parallèles en santé... l'autre piste conventionnelle?** (novembre 2003)
- **Les ressources humaines en santé : L'offre et la demande en équilibre** (mai 2004)
- **Les enfants victimes de maltraitance : Un enjeu de santé publique** (septembre 2004)
- **Les fluctuations du taux de fertilité : Incidences et tendances** (mai 2005)
- **Comment contrer les effets des changements climatiques sur la santé? En s'y préparant bien** (novembre 2005)

Profil du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Quoique le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* présente des études issues de tous les secteurs de Santé Canada et de ses partenaires du Portefeuille, la revue est conçue et produite au sein de Santé Canada par la Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR), Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé. Il revient à un comité directeur constitué de représentants de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada de choisir les thématiques de recherche sur les politiques abordées dans chaque numéro et de revoir tous les textes. Ce comité est appuyé dans cette tâche par le Secrétariat du Bulletin de la DGDR qui coordonne tous les aspects du Bulletin, soit l'élaboration, la production, la publication et la dissémination de chaque numéro.

La DGRG tient à souligner la précieuse contribution des membres du comité directeur, du personnel du Secrétariat du Bulletin—Nancy Hamilton, directrice et rédactrice en chef, Tiffany Thornton et Raymonde Sharpe—ainsi que de Julie Creasey. Il importe de remercier tout particulièrement les rédacteurs invités du présent numéro, soit James Gilbert, directeur, et Solange van Kemenade, analyste principale de recherche sur les politiques, tous deux de la Direction de la politique stratégique de l'Agence de santé publique du Canada. Soulignons également l'excellent travail de la firme Allium Consulting Group Inc. qui s'est occupée de la révision de la conception graphique et de la mise en page du document.

Les avis exprimés dans les articles, notamment en ce qui concerne l'interprétation des données, appartiennent aux auteurs et ne peuvent être considérés comme des positions officielles de Santé Canada.

La présente publication est offerte en d'autres formats sur demande.

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006

Cat. n° H12-36/12-2006

Cat. n° H12-36/12-2006F-PDF (En ligne)

ISSN 1496-466 X

ISSN 1499-3511 (En ligne)

Postes Canada, numéro de convention 4006 9608

En cas de non livraison, retourner à :

Santé Canada

DGPS/HPB

DGDR/RMDD

L.P. : 9002C

Gatineau (Québec)

K1A 0K9



Pour nous joindre

Nous vous invitons à faire part de vos observations, requêtes et suggestions. Veuillez acheminer vos commentaires et avis de changement d'adresse à <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>. Notez bien que les rétroactions, suggestions et commentaires qui parviennent au Secrétariat du Bulletin sont conservés en vue de nous permettre de répondre aux lecteurs et d'évaluer la pertinence de notre publication. Nous conservons également les adresses postales et de courriel aux fins de dissémination du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* aux abonnés et d'analyse de la distribution de la publication. Tous les renseignements compilés de la sorte sont entièrement confidentiels et protégés.

Bâtir le capital social :

Un rôle à confier aux politiques de santé publique?

Dans ce numéro, Nancy Hamilton, rédactrice en chef du Bulletin de recherche sur les politiques de santé s'entretient avec James Gilbert (JG), directeur, et avec Solange van Kemenade (SvK), analyste principale de recherche sur les politiques, tous deux de la Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada (ASPC).

Q Le concept de capital social semble gagner en popularité dans bien des domaines, y compris celui de la santé. À quoi faites-vous allusion, au juste, quand vous parlez de « capital social » et qu'englobe cette expression?

JG : Le concept de capital social est devenu populaire dans bien des secteurs en rapport avec le développement socioéconomique, l'efficacité du marché du travail, l'intégration des immigrants, la pauvreté, l'exclusion sociale, la criminalité et sécurité des personnes, revitalisation des quartiers et renouvellement communautaire, et même la santé. Comme le savent probablement les lecteurs, les liens entre les réseaux sociaux ou le soutien social et la santé n'ont rien de nouveau. Par contre, il aura fallu attendre jusqu'au début des années 90 avant que le concept même du « capital social » infiltre les domaines de la recherche sur la santé et de l'élaboration des politiques.

Compte tenu de la pertinence du capital social dans bien des secteurs, le gouvernement du Canada a encouragé les ministères à examiner le recours aux politiques dans le cadre du Projet de recherche sur les politiques (PRP) *Le capital social comme instrument de politique publique*. Entre autres résultats notoires, ces travaux ont permis de définir le capital social selon une « approche de réseau » et cette définition commune a été adoptée par tous les ministères participants, y compris Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).

SvK : Il s'agissait d'une étape importante—mais pas nécessairement facile—parce qu'auparavant, on avait eu recours à diverses approches pour définir et étudier le capital social. Selon l'approche axée sur les réseaux, « le capital social désigne les réseaux de relations sociales qui peuvent donner accès à des ressources et du soutien aux individus et aux groupes ». Grâce à cette définition commune, nous avons pu concentrer nos efforts et produire un modèle analytique et des outils de mesure. Même si certains croient que l'approche est trop restreinte, elle permet néanmoins de prendre en compte les types et le nombre de liens sociaux, l'accès aux ressources que permettent ces liens, ainsi que les effets et bienfaits résultants. ►



Indices

Dans le cadre de sa recherche, Putnam¹ a utilisé un **indice de capital social** (un indicateur statistique) formé à partir d'indicateurs tirés de diverses banques de données et d'enquêtes, et un **indice de santé publique**. En général, les indices de santé publique se fondent sur des indicateurs comme le taux de mortalité, l'état de santé auto-déclaré, la mortalité infantile, le faible poids à la naissance, la mortalité précoce, les congés de l'hôpital et les heures perdues pour cause de santé ou d'invalidité.

Q Comment expliquer l'importance du concept de capital social pour le domaine de la santé?

JG : Depuis quelques années, le concept de capital social a affermi ses assises en raison de l'approche axée sur la santé de la population. On sait que l'approche axée sur la santé tient compte de la gamme complète de facteurs affectant la santé, y compris ce que nous appelons les « déterminants sociaux de la santé ». Aux termes de l'approche axée sur la santé de la population, la recherche sur le capital social permet d'expliquer l'influence des réseaux de liens sur la santé des personnes et des collectivités. Santé Canada et l'ASPC reconnaissent maintenant une douzaine de déterminants de la santé, dont les **environnements sociaux** (y compris le soutien social) et les **réseaux de soutien social** (voir : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html>>).

Dans le cadre des récentes consultations que nous avons menées en vue de définir des objectifs de santé nationaux, les Canadiens ont expliqué ce qui a le plus d'importance à leurs yeux, soit un sens d'appartenance, ainsi que la présence de familles, de groupes d'amis et de collectivités diverses qui favorisent l'entraide. Ces points de vue faisaient partie des *Objectifs de santé pour le Canada* approuvés par le ministre de la Santé fédéral et par ses homologues provinciaux et territoriaux le 23 octobre 2005. Partant des grands déterminants de la santé, les objectifs de santé reconnaissent l'importance du capital social et mettent l'accent sur « l'appartenance et l'engagement », deux éléments clés à l'appui des efforts investis pour lutter contre les inéquités de santé et les causes profondes de la maladie (voir : <<http://www.healthycanadians.ca/NEW-1-frn.html>>).

Q Que nous apprennent les études canadiennes et internationales au sujet des liens entre le capital social et la santé?

SvK : Comme l'indiquait James, le recours aux facteurs sociaux pour expliquer les problèmes de santé communautaire n'a rien de nouveau. Dans une étude sur le suicide effectuée à la fin du 19^e siècle, Emile Durkheim démontrait déjà l'importance de l'intégration sociale pour le bien-être de la population. Bien des années plus tard, une étude longitudinale dans le comté d'Alameda, aux États-Unis, révélait que les personnes affichant des liens sociaux faibles

ou inexistantes étaient plus susceptibles de mourir prématurément que celles jouissant de solides liens. Des études ultérieures confirmaient cette observation (voir l'article en page 10) et faisaient ressortir les liens entre les réseaux sociaux et les taux de mortalité.

Plus près de nous, des chercheurs comme Robert Putnam^{1,2} se sont intéressés aux rapports positifs entre la santé et le capital social. Toutes ces études confirment l'existence de solides liens positifs entre l'indice de santé publique et l'indice de capital social, ainsi que de liens négatifs entre l'indice de capital social et l'indice global des causes de mortalité. Putnam a aussi observé que les effets positifs de l'intégration et du soutien social « rivalisent » avec les effets négatifs de risques de santé connus comme le tabagisme, l'obésité, l'hypertension et l'inactivité physique.

Depuis quelques années, des sondages effectués dans plusieurs pays industrialisés ont fait état des liens positifs entre le capital social et la santé de la population.

Au Canada, la Division de la recherche sur les politiques de l'ASPC (autrefois la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada) effectue, depuis 2001, des recherches sur le capital social et la santé, commençant par la mise au point d'indicateurs. Depuis 2004, la Division collabore avec l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa à une analyse des données de l'*Enquête sociale générale* (ESG), cycle 17 de 2003. Leur travail a confirmé l'existence d'une corrélation positive entre le capital social et la santé—ce qui concorde avec les résultats obtenus dans d'autres pays industrialisés (y compris la difficulté à démontrer la causalité).

Q Certes, les études démontrant les bienfaits possibles du capital social pour la santé sont intéressantes, mais les gouvernements ont-ils un rôle à jouer en vue d'aider les gens à tirer avantage de ces bienfaits?

JG : Absolument. Les gouvernements ont un grand rôle à jouer dans la promotion des politiques et des programmes axés sur le capital social. Même si on a du mal à imaginer ce que les gouvernements « pourraient ou devraient faire » pour développer ou enrichir le capital social d'une collectivité, les travaux du PRP aident à faire la lumière sur la situation. Au lieu de considérer le développement du capital social comme un « but » de politique, il pourrait être plus

utile de le voir comme un « moyen » ou une « ressource » parmi bien d'autres pouvant aider les gouvernements à réaliser leurs objectifs. À titre d'exemple, malgré la forte probabilité que Santé Canada ou l'ASPC n'adoptent jamais de stratégie spécifique sur le capital social et la santé, plusieurs secteurs de programme intègrent déjà des mécanismes qui misent sur le capital social pour améliorer la qualité de santé de groupes démographiques donnés (p. ex., le développement social et la santé des enfants, le sain vieillissement des aînés).

Par ailleurs, les gouvernements encouragent aussi le développement du capital social en favorisant les conditions qui l'accommodent. Qu'on pense seulement aux décisions au sujet du transport en commun, des garderies et des services récréatifs. Elles illustrent bien en quoi les décisions gouvernementales peuvent affecter les liens sociaux que les gens établissent.

Par contre, les interventions gouvernementales peuvent aussi poser des défis—j'ai deux exemples en tête. Dans un premier temps, le capital social existant peut être miné par des interventions bien intentionnées qui affaiblissent, par inadvertance, les liens sociaux. C'est ce qui s'est passé, par exemple, dans le cas de certains projets de renouvellement urbain qui, parce qu'ils étaient mal adaptés aux collectivités en cause, ont affaibli les réseaux sociaux et, dans certains cas, ont carrément détruit le capital social de ces collectivités. L'examen de situations sous l'angle du capital social peut aider à prévenir les effets néfastes involontaires en produisant de l'information sur les réseaux sociaux en place et en appliquant ce savoir au processus décisionnel.

Un second défi tient au danger que, sous prétexte de « bâtir le capital social », on tente de justifier le désengagement public et la réduction des services publics. Compte tenu des besoins des décideurs du domaine de la santé qui orientent leurs décisions autour des déterminants de la santé, il importe d'établir le degré et les types d'interventions (p. ex., les services de soins à domicile) qui permettront de compléter, et non de déplacer, le soutien actuel offert par les familles et les amis. Les articles aux pages 21 et 25 examinent plus en détail ces défis.

L'ASPC et Santé Canada ont joué un rôle clé, en partenariat avec le PRP et d'autres, pour faire du capital social une nouvelle priorité par rapport aux politiques. Nous sommes heureux de l'occasion qui s'offre de faire connaître nos recherches dans ce numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*.

Q En quoi ce qu'on apprend actuellement au sujet des réseaux sociaux peut-il aider les gouvernements à concevoir des politiques et des programmes qui améliorent la santé?

JG : L'étude des données du cycle 17 de l'ESG parrainée par l'ASPC a de l'importance dans l'application des politiques. Premièrement, comme l'a mentionné Solange, elle confirme qu'en ce qui a trait aux liens positifs entre le capital social et la santé, les tendances observées à l'échelle internationale sont les mêmes au Canada. Le renforcement de cette constatation dans le contexte canadien constitue un grand pas en avant, particulièrement en ce qui a trait au développement et à l'évaluation de programmes communautaires favorisant le partenariat et l'engagement social comme moyen d'améliorer la santé (voir l'article en page 28).

SvK : Deuxièmement, notre plus récente analyse des données de l'ESG (voir l'article en page 16) nous a sensibilisés à l'importance du capital social pour les groupes les plus exposés à l'isolement ou à l'exclusion. Si, par exemple, les réseaux sociaux semblent avoir une importance plus cruciale aux yeux des immigrants et des aînés, le type et la taille des réseaux jugés les plus importants pour la santé diffèrent néanmoins d'un groupe à l'autre. On espère que ces résultats seront utiles aux programmes, y compris nombre de nos programmes de santé communautaires qui misent déjà sur le capital social.

JG : L'ASPC et Santé Canada ont joué un rôle clé, en partenariat avec le PRP et d'autres, pour faire du capital social une nouvelle priorité par rapport aux politiques. Nous sommes heureux de l'occasion qui s'offre de faire connaître nos recherches dans ce numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*. Puisque c'est la première fois que nous publions les résultats de notre plus récente analyse, il importe que Santé Canada et l'ASPC examinent ces résultats et réfléchissent aux questions émergentes qu'ils soulèvent. Même si le capital social n'est pas une cure miracle pour régler tous les problèmes de santé de la population, cette nouvelle étude canadienne enrichit notre base de données probantes et nous permet d'examiner le développement des politiques et programmes sous le prisme du « capital social ». 🌐

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Comprendre le **CAPITAL SOCIAL**

Sandra Franke, *Projet de recherche sur les politiques, gouvernement du Canada*

et son importance sur le plan de la recherche et des politiques de santé

Au fil du temps, le processus d'élaboration du concept de capital social a donné lieu à plusieurs définitions et à diverses perspectives. Le *Projet de recherche sur les politiques (PRP)* mené sous l'égide du gouvernement du Canada avait justement pour but de produire une définition et une approche communes du capital social. Cet article décrit la « perspective axée sur les réseaux » adoptée par le PRP et explique en quoi il s'agit d'un instrument utile pour comprendre comment l'intervention publique et les services gouvernementaux peuvent miser sur les liens sociaux pour atteindre leurs objectifs, notamment en matière de prévention et de soins de santé.

Un effort collectif

En janvier 2003, un comité de sous-ministres adjoints représentant 12 ministères fédéraux demandait au PRP d'examiner le rôle et la contribution du capital social en rapport avec la recherche, l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques canadiennes. Intitulé « Le capital social comme instrument de politique publique », ce projet permettait au PRP de produire une définition opérationnelle du concept¹, de proposer un cadre d'analyse et des instruments de mesure pertinents dans le contexte gouvernemental² et d'identifier les domaines de politiques et de programmes fédéraux où le concept était le plus susceptible de jouer un rôle important³. En outre, le PRP formulait une série de grandes recommandations quant à l'utilité et à l'usage du concept de capital social dans le contexte des politiques publiques⁴.

Le concept de capital social

La littérature sur le sujet établit des distinctions entre différentes approches ou perspectives face au capital social. Même si chacune prend une tangente particulière, toutes convergent autour de notions communes, telles que la participation, la coopération et la solidarité. D'autres notions comme la cohésion sociale, l'engagement, la confiance, la réciprocité et l'efficacité institutionnelle sont aussi rattachées de différentes manières au concept. Trois approches principales peuvent être distinguées. La première met l'accent sur la propension des personnes et des organismes à coopérer pour réaliser certains objectifs⁵, examinant ce qui les motive à se regrouper, la manière dont ils le font et leur perception des enjeux collectifs, selon les croyances et les influences culturelles⁶. La seconde approche est davantage axée sur les conditions qui favorisent ou découragent la coopération. Elle met l'accent sur les structures sociales et politiques d'une collectivité qui véhiculent des valeurs ou des normes propices à l'engagement social et civique, comme la confiance et la réciprocité⁷. La troisième approche, soit la « perspective réticulaire », se concentre sur les structures qui servent à mettre en œuvre la coopération (c.-à-d., les structures de réseaux qui donnent accès à certaines ressources clés).

Tout en présentant des points de vue intéressants et variés sur le capital



social, l'élaboration et l'utilisation de différentes approches a engendré un certain scepticisme quant à la valeur du concept même du capital social, résultant parfois en sa sous-utilisation comme instrument de recherche. C'est l'une des raisons pour lesquelles le PRP a déployé beaucoup d'efforts à l'échelle pangouvernementale pour trouver une définition du capital social qui conviendrait à toutes les parties en cause.

Une approche axée sur les réseaux au service des politiques publiques

Grâce aux efforts collectifs du PRP, l'approche axée sur les réseaux (approche réticulaire) en est venue à constituer la perspective commune retenue pour comprendre le capital social sous l'angle des politiques publiques. Le fait de saisir en quoi les réseaux offrent aux individus et aux groupes un autre moyen d'obtenir des ressources utiles et de s'interroger sur leur façon d'y accéder et de les mobiliser de manière productive présente de nets avantages du point de vue des politiques publiques. Favorisant cette approche, le PRP a recommandé au gouvernement du Canada d'adopter la définition suivante : *Le capital social réfère aux réseaux de relations sociales pouvant donner accès à des ressources et du soutien*⁴.

L'approche réticulaire se fonde sur le postulat selon lequel les aspects structuraux et dynamiques des liens sociaux donnent accès à certaines ressources, y compris l'information, le soutien social et l'aide matérielle^{8,9,10}. Elle prend en compte le **capital social individuel** (le réseau social qui permet à un individu de trouver les ressources dont il a besoin), ainsi que le **capital social collectif** (le réseau créé par les groupes sociaux d'une collectivité pour produire les ressources nécessaires à la réalisation de leurs objectifs).

Pour que l'approche réticulaire soit un instrument utile aux recherches sur le capital social, elle doit être située dans un contexte beaucoup plus large. Au lieu de considérer les réseaux sociaux de manière isolée, il faut les voir comme des ressources complémentaires à d'autres qui fonctionnent

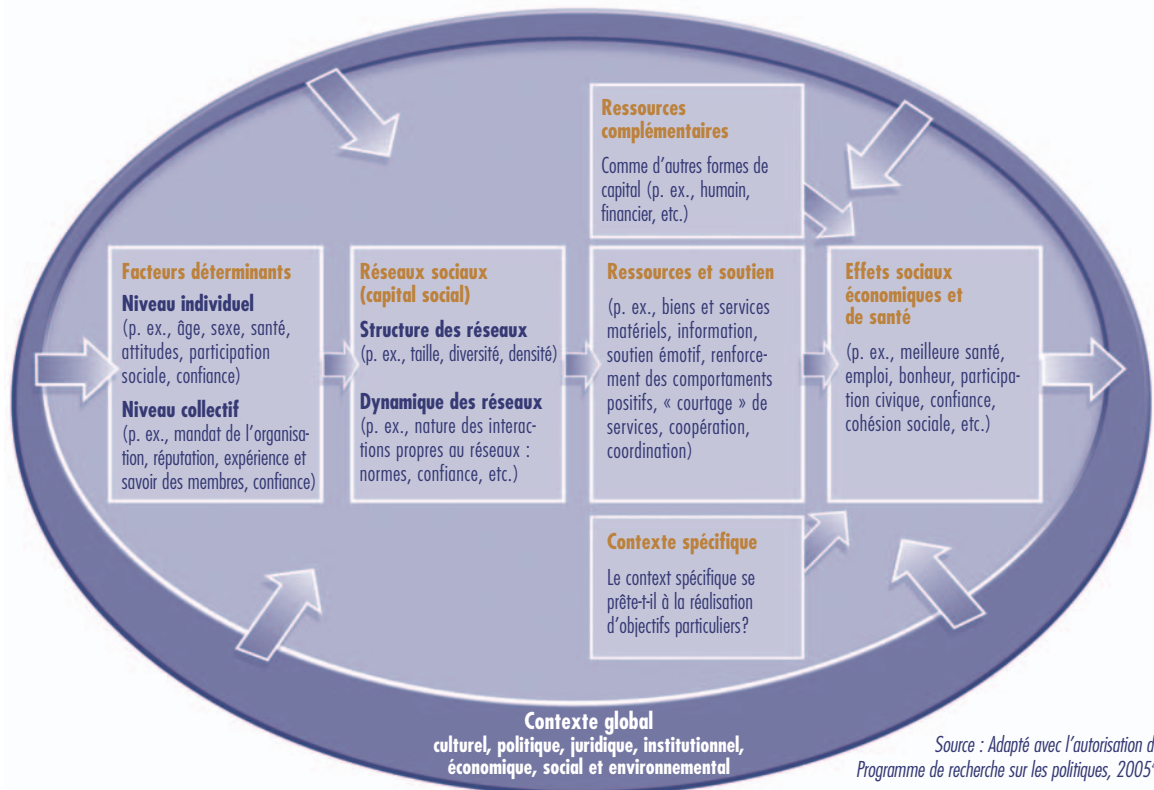
de différentes façons selon le contexte. Le PRP a élaboré un cadre de travail qui saisit ce contexte.

Le cadre du PRP fait des distinctions entre ce qu'*est* le capital social (la structure et le fonctionnement des réseaux) et ce qu'il *fait* (ses effets directs et leurs résultats), tout en identifiant également ses sources (les déterminants). Il positionne le capital social comme une variable explicative —et non comme une fin en soi—ce qui permet d'étudier sa contribution à l'atteinte de différents résultats, nonobstant le domaine de recherche visé, d'où son intérêt pour les politiques publiques.

Les réseaux sociaux : Une forme de capital

La plupart des gens ne pensent pas aux liens qu'ils créent en tant qu'investissement, comme ils pourraient le faire pour leurs économies ou leur éducation. D'un point de vue de politiques publiques toutefois, il peut être pertinent de considérer la manière dont les gens s'appuient sur leur réseau social pour se sortir de situations difficiles, tirer leur épingle du jeu ou aller de l'avant dans la vie. Le terme « capital » exprime simplement l'idée que, dans certaines situations, les relations peuvent devenir une ressource qui s'ajoute à d'autres ressources, conceptualisées aussi sous forme de capital : financier, humain, physique. Mieux comprendre la synergie entre les formes de capital tout au long du parcours de vie des individus (complémentarité, substitution ou effet de levier d'une

Figure 1 : Cadre conceptuel du capital social développé par le PRP



Source : Adapté avec l'autorisation du Programme de recherche sur les politiques, 2005¹.

forme de capital par rapport à une autre) permet de développer des politiques et programmes mieux adaptés aux besoins.

À la base, l'approche réticulaire considère les liens sociaux comme un instrument qui permet de fournir les ressources et le soutien nécessaires, y compris des ressources tangibles (biens matériels, aide financière, services, information ou conseils); un soutien social (soutien émotif, présence, amitié); de l'influence (renforcement des comportements positifs); un renforcement des capacités (aptitude à faire face aux difficultés; contrôle de soi, autodétermination); et le courtage de services (accès efficace aux services offerts aux personnes qui ne veulent ou ne peuvent pas y accéder seules).

Stocks et flux

Il est aussi utile d'emprunter les notions de « stocks » et de « flux » de capitaux pour expliquer le fonctionnement du capital social et les résultats afférents¹¹. Les **stocks de capital social** font référence à la présence et aux différents types de relations sociales d'une personne sous diverses formes et combinaisons. Une typologie utile est celle qui distingue entre les liens affectifs, les liens d'accointances de transition et les relations instrumentales, mais d'autres typologies peuvent s'avérer plus pertinentes, selon le domaine étudié. Chaque type de relations donne accès à une gamme différente de ressources.

Les **flux de capital social** renvoient à la manière dont les relations sociales sont mises à contribution dans une situation donnée. Les *entrées* de capital social sont les investissements (affectifs, en temps, en effort, etc.) qui permettent à une personne d'accumuler un stock de capital social. Ces investissements correspondent à des conditions ou processus qui servent à créer et maintenir des liens sociaux. Les *sorties* de capital social sont les conditions et les processus qui permettent aux individus d'utiliser ces stocks pour atteindre certains résultats socioéconomiques et de santé.

certitude le sens de la causalité entre le capital social et certains phénomènes observés.

Prenons, par exemple, la création de capital social à l'échelle individuelle. L'engagement social aide-t-il à créer un capital social au profit de l'individu? Lorsqu'on examine la question dans le cadre du modèle de réseau, plusieurs possibilités émergent. Dans certaines circonstances, il se peut fort bien que l'appartenance à un groupe contribue au capital social de la personne—si elle aboutit à des relations sociales concrètes. Dans ce cas, l'engagement social pourrait être considéré comme un *déterminant* du capital social. Mais tel n'est pas toujours le cas puisque certaines formes d'engagement, comme le fait de voter, ne créent pas *nécessairement* de nouveaux liens.

Un autre exemple témoigne de ce phénomène au niveau collectif. La cohésion sociale au sein d'une collectivité *résulte-t-elle* de réseaux efficaces ou s'agit-il d'un *facteur qui sert à créer* les réseaux? Au sein d'une collectivité quelconque, la cohésion peut être le fruit de réseaux mais ce n'est pas parce qu'une collectivité est riche en réseaux qu'elle est nécessairement cohésive. Tout dépend de la raison d'être des réseaux, en bout de ligne.

Ces exemples soulignent l'importance d'éviter d'utiliser certaines notions comme l'engagement social ou la cohésion sociale (ou d'autres concepts, comme la confiance) comme substituts au capital social. L'utilisation d'un cadre d'analyse permet d'être explicite quant aux hypothèses de recherche sur lesquelles s'appuie l'analyste pour positionner les différentes variables dans le modèle. C'est en vérifiant ces hypothèses qu'il devient possible de mieux comprendre dans quelles circonstances le capital social est créé ou comment il est utilisé pour produire des résultats spécifiques. Les données longitudinales ou provenant d'enquêtes détaillées sont les moyens privilégiés utilisés pour produire les preuves les plus solides à cet égard.

Comment se crée le capital social et comment l'utilise-t-on?

Une perspective réticulaire du capital social insérée dans un contexte d'analyse large comme celui présenté ci plus haut permet de décrire et de mesurer l'ensemble des variables qui entrent en jeu lorsque l'on s'intéresse au rôle instrumental des relations sociales. Il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas toujours aisé d'établir quels facteurs sont les déterminants du capital social dans certaines situations, pas plus qu'il n'est toujours évident d'établir avec

Politiques de santé et capital social

Depuis quelques années, on s'interroge de plus en plus à savoir si le gouvernement devrait intervenir ou jouer un rôle en vue d'orienter le capital social. En fait, les gouvernements influencent *déjà* la manière dont les relations sociales se déploient à des degrés divers; qu'il s'agisse, entre autres, de la configuration et de l'accès aux espaces publics, des programmes de mentorat et de soins à domicile, du soutien aux groupes communautaires et aux aidants naturels ou de l'appel aux partenariats. Adopter une perspective axée sur le capital social implique simplement de porter une



attention explicite au rôle des relations sociales dans l'atteinte d'objectifs de politiques et, à l'inverse, de se préoccuper des effets des politiques sur les relations sociales. Une perspective de capital social s'avère particulièrement pertinente et indiquée dans trois secteurs de politique sociale⁴, soit les populations à risque d'exclusion sociale; les grandes transitions de vie; et le développement communautaire.

Populations à risque

Nous savons qu'il existe une association étroite entre l'existence et la qualité des liens interpersonnels et la mortalité, la morbidité, la convalescence et l'ajustement face à une maladie chronique ou à une limitation des activités^{12,13}. À titre d'exemple, le genre de milieu social au sein duquel s'intègre une personne a un lien direct avec ses comportements en matière de santé, pour le meilleur ou pour le pire (p. ex., la consommation de tabac, de drogue ou d'alcool, le régime alimentaire, l'activité physique, le sommeil, les médicaments)¹⁴. Une bonne intégration sociale engendre habituellement un bon soutien social ou, du moins, l'impression qu'on peut avoir accès à un soutien. Par contre, l'isolement social est lié à une détérioration de la santé, surtout la santé mentale, en raison des effets négatifs qui y sont associés, dont l'aliénation¹². Les politiques de santé ont donc avantage à porter une attention explicite à la manière dont les populations les plus à risque de souffrir d'exclusion et d'isolement social peuvent miser ou non sur leurs réseaux sociaux pour atteindre les objectifs reliés à leur santé. On

pense ici aux personnes handicapées, à celles souffrant de maladie mentale, aux personnes âgées, aux nouveaux immigrants, aux personnes vivant dans la pauvreté ou au sein de groupes marginalisés, notamment certaines collectivités de Premières nations et d'Inuits.

Grandes transitions de vie

Mieux comprendre l'évolution du réseau social des personnes et son rôle différencié au moment des étapes marquantes du parcours de vie est tout aussi important du point de vue des politiques de santé. On peut penser à l'influence des liens familiaux sur le développement de l'enfant qui se manifeste toute une vie; à l'influence des pairs au cours de la transition à la vie adulte; aux pressions de l'environnement social au moment de devenir parents (maternité, soins au nouveau-né) ou encore, à l'effet du soutien social au cours d'épisodes de maladie, lors de limitations soudaines d'activités et face au vieillissement. On a encore beaucoup à apprendre au sujet de la structure et de la

dynamique spécifiques des réseaux sociaux pertinents à ces processus, de même qu'au sujet de l'identification des personnes les plus à même d'exploiter à bon escient leur capital social dans de telles circonstances¹².

Santé et développement communautaire

Le rôle des réseaux sociaux en santé communautaire s'avère aussi fort intéressant sous l'angle des politiques de santé. Ce qui importe ici, c'est la qualité de la coopération intersectorielle entre divers intervenants communautaires dont les interventions visent l'amélioration de la santé des populations et la réduction des inégalités de santé¹⁵. Une telle approche préconise que les interventions ne soient pas exclusives au domaine de la santé et incluent des actions relatives à la pauvreté, à l'éducation, aux conditions d'emploi, à la qualité de l'environnement naturel, au cadre bâti, à la sécurité, à l'accès à l'information et aux services, etc., soit autant de facteurs qui ont une incidence sur la santé à l'échelle communautaire¹⁶. En ce sens, la qualité de la coopération intersectorielle est jugée essentielle. Porter une attention aux types de réseaux collectifs et aux dynamiques associatives qui prévalent dans différentes communautés, définir les conditions qui leur sont favorables et éliminer les barrières qui en limitent la portée constituent autant de stratégies qui permettent de maximiser la capacité des alliances à atteindre les objectifs que recherchent les politiques de santé.

Potentiel de l'approche axée sur les réseaux

Il est à souhaiter que l'adoption, par le gouvernement fédéral d'un modèle unique—spécifiquement l'approche axée sur les réseaux—aidera à clarifier le concept de capital social tout en maximisant son apport aux activités de recherche, de développement et d'évaluation des politiques et programmes. L'approche s'annonce prometteuse à plusieurs égards, dont l'intégration des immigrants, la lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale, le perfectionnement professionnel, la sécurité publique, la participation civique, le développement communautaire et la santé. L'approche axée sur les réseaux peut s'adapter à une gamme de secteurs et s'appliquer plus ou moins directement, selon les circonstances et les résultats souhaités. Certains articles de ce numéro du Bulletin se penchent sur des applications spécifiques, alors que d'autres discutent du potentiel de l'approche en termes plus généraux. 🌐

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Coup d'œil sur la recherche et ses traditions

Louise Bouchard, Ph.D., chercheure, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa; Jean-François Roy, candidat au doctorat, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa; et Solange van Kemenade, Ph.D., Division de la recherche sur les politiques, Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada

La prise en compte des liens sociaux dans l'étude de la santé des populations constitue un champ de recherche relativement bien établi depuis une trentaine d'années. Les chercheurs s'intéressent, en particulier, aux connexions qui relient des acteurs sociaux individuels ou collectifs et aux ressources qui circulent à travers ces réseaux. Cet article fait le point sur la recherche engagée dans ce domaine et examine les grandes traditions qui s'en dégagent.

L'étude des liens sociaux, du capital social et de la santé mise sur deux grandes traditions de recherche. La première, a émergé durant les années 1970 et porte sur la notion de réseaux de **soutien social**. La seconde, fait son apparition durant les années 1990, et recourt au concept de **capital social**.

Soutien social et santé : Des racines profondes

Au fil des années, plusieurs études ont démontré que les réseaux sociaux sont associés positivement au maintien de la santé et à une espérance de vie plus longue. Une étude pionnière effectuée dans le comté d'Alameda aux États-Unis a démontré, sur un suivi de neuf ans, que les taux de mortalité précoce étaient supérieurs chez les personnes dépourvues de liens sociaux familiaux, amicaux, ou communautaires¹.

Des recherches subséquentes ont confirmé ces résultats et démontré que la probabilité de mortalité précoce était de deux à trois fois plus élevée chez les personnes sans réseaux de soutien social que chez celles qui en bénéficiaient². Cette association a été mise en évidence à travers plusieurs études de populations et pour plusieurs causes de maladies (y compris des maladies cérébrovasculaires, des cancers et des maladies respiratoires et gastrointestinales).

Les études ont aussi démontré que les réseaux de soutien social exerçaient une influence positive sur les comportements préventifs (p. ex., le dépistage du cancer, la dialyse, le tabagisme, la consommation abusive d'alcool³),

Quelques repères . . .

Le **soutien social** fait référence aux éléments bénéfiques résultant des relations sociales, comprenant l'aide émotive (empathie), l'aide instrumentale et concrète, l'information (consultation, mentorat), l'accompagnement et le renforcement du sens d'appartenance et de solidarité. Les **relations sociales** sont envisagées comme une ressource relationnelle *per se*, pouvant transmettre ou échanger d'autres types de ressources (matérielles ou informationnelles) pour répondre à des besoins particuliers^{4,5}. Les **réseaux de soutien** quant à eux se caractérisent par des échanges entre les personnes qui offrent l'aide (famille, amis, voisins, bénévoles, etc.) et celles qui en bénéficient (personnes âgées, personnes en moins bonne santé, personnes en manque de diverses ressources).

ainsi que sur l'aptitude à composer avec une maladie existante en réduisant l'isolement et en augmentant la capacité d'intégration sociale.

Les réseaux sociaux ne sont pas toujours positifs pour la santé

On sait également que les relations sociales n'agissent pas toujours en tant que mécanismes de protection de la santé; elles peuvent contribuer à accroître le stress et à amoindrir la résilience des individus et leur aptitude à faire face aux situations. Pensons aux abus sexuels, aux conflits familiaux, aux conflits de travail, aux violences physiques et psychologiques, au harcèlement moral, aux relations de pouvoir, notamment les réseaux de pouvoir masculin (du type « Old Boys Club »). On connaît aussi l'influence des réseaux de pairs, particulièrement chez les jeunes eu égard à certains comportements à risque pour la santé (conduite en état d'ébriété, consommation excessive de drogues ou d'alcool, pratiques sexuelles dégradantes, et de certains groupes qui imposent des règles de conformité déraisonnables ou extrêmes à leurs membres⁶). Ces réseaux peuvent certes rassembler des individus mais les fins poursuivies ne sont pas toujours souhaitables pour la société⁷.

La recherche a permis de comprendre par quels mécanismes physiologiques les réseaux de soutien exercent leurs effets positifs ou négatifs sur la santé des individus. On comprend mieux maintenant l'importance des systèmes neuroendocrinien et immunologique qui conditionnent la réponse aux événements stressants. Les études ont clairement démontré l'impact du stress chronique sur le vieillissement et la mort prématurée⁸.

Le capital social et la santé : Des approches différentes

Le concept de capital social tire ses origines des travaux pionniers engagés par Bourdieu⁹, Coleman¹⁰ et Putnam^{11,12}. Depuis, il en est venu à constituer un facteur clé à prendre en compte dans l'étude de la santé publique et des populations. Deux traditions de recherche ont émergé, l'une définissant le capital social par le réseau de relations sociales donnant accès à des ressources et l'autre, par les normes de réciprocité, de participation sociale et civique, et de confiance.

C'est cette dernière définition que Wilkinson¹³ a d'abord utilisée pour introduire le concept de capital social dans le cadre des études sur la santé. Le capital social s'apparenterait au concept de cohésion sociale. Wilkinson avance l'idée que les sociétés plus égalitaires (quant à la distribution du revenu) et plus cohésives socialement ont une meilleure espérance de vie. Comparant différentes régions géographiques,

L'histoire de Roseto^{12,13}

Depuis les années 1950, Roseto, une petite ville de la Pennsylvanie fondée par des immigrants du même village du sud de l'Italie, a fait l'objet d'une étude étalée sur plus de 40 ans. Au départ, des chercheurs médicaux ont découvert que les habitants de Roseto avaient moins de la moitié des crises cardiaques que les habitants des villes voisines. Cependant, aucun des facteurs habituels (c.-à-d., le régime alimentaire, la génétique, l'exercice) n'arrivait à expliquer une telle situation. Quand les chercheurs ont commencé à examiner la dynamique sociale de Roseto, ils ont découvert que la ville hébergeait une collectivité très compacte qui s'adonnait à de nombreuses activités et qui avait accès à plusieurs organisations sociales. De plus, les habitants comptaient les uns sur les autres pour obtenir des ressources et de l'aide. Les chercheurs ont conclu que le faible taux de crises cardiaques observé à Roseto tenait à ce degré d'engagement social, même si on ne le définissait pas comme du capital social à l'époque. Ils ont voulu savoir ce qui arriverait advenant que la nouvelle génération ne suive pas les traces des parents et que les membres de la collectivité se distancient les uns des autres. De fait, dans les années 1980, le taux de crise cardiaque des membres de la nouvelle génération était plus élevé que celui des habitants d'une autre ville située près de Roseto et qui affichait un profil démographique semblable.

l'Europe de l'Est, l'Angleterre, le Japon et la ville américaine de Roseto, il en vient à conclure que plus est forte la cohésion sociale, meilleure est la santé de la population. L'histoire de Roseto, en Pennsylvanie (voir l'encadré) illustre bien les liens entre la cohésion sociale et la mortalité.

Le concept gagne en importance dans les études épidémiologiques visant à élucider les liens entre les inégalités sociales et les taux de mortalité (voir aussi *Le saviez-vous?* en page 33).

Voici quelques exemples :

- D'autres études effectuées par Wilkinson¹⁴ ont révélé une corrélation forte entre la mortalité, les inégalités de revenus et les crimes violents;
- Putnam¹⁵ a démontré que les indicateurs de santé sont meilleurs dans les États américains affichant un capital social plus élevé;
- Dans les pays scandinaves, Hyppä et Mäki¹⁶ ont conclu que la minorité finlandaise de langue suédoise avait une meilleure espérance de vie et que son capital social y contribuait;
- Lomas¹⁷ a mis en évidence l'influence positive des réseaux sociaux sur la santé des réseaux sociaux comparés à d'autres types d'intervention en santé publique; ►

Traditions en évaluation et mesure

Dans les années 70, Lisa Berkman, chercheure reconnue dans l'étude des relations sociales et la santé a mis au point un **indice de réseaux de soutien social** qui mesure la quantité et la fréquence de l'appui offert par les réseaux de parents et d'amis (quantité et fréquence), la participation sociale (associative, communautaire, religieuse, charitable) et le soutien social (émotif et instrumental)^{1,18}. Les enquêtes nationales de santé au Canada ont repris au fil des ans ces différentes dimensions.

Dans la tradition de recherche épidémiologique référant au capital social, la mesure s'établit surtout en utilisant des variables de niveau écologique, soit les indices d'inégalité de revenu (Indice Robin Hood), le niveau de confiance interpersonnelle, les normes de réciprocité et la vigueur de la société civile (participation à la vie associative par habitant)¹⁹. Lochner *et coll.*²⁰ ont examiné une série d'instruments de mesure, telle que la **cohésion du quartier** et la mesure d'efficacité

collective de Bandura—définie comme « un sentiment de compétence collective entre individus qui décident d'affecter, de coordonner et d'intégrer leurs ressources de façon efficace et concertée pour faire face à des situations spécifiques »²¹.

Tout récemment, dans le contexte de « l'approche axée sur les réseaux », Van Der Gaag et Sniijders²² ont produit un outil, le Resource Generator (générateur de ressources) qui ne semble pas avoir encore servi aux études de santé. Cet outil de mesure du capital social questionne les répondants sur leur accès à diverses ressources et sur les types de liens qui leur permettent d'accéder à ces ressources (connaissances, amis, membres de la famille). L'outil couvre quatre dimensions des ressources : le prestige et l'éducation, les habiletés politiques et économiques, les habiletés sociales et le soutien social.

- Les études recensées par Szreter et Woolcock²³ ont révélé que les communautés ayant un faible capital social présentaient des niveaux de stress plus élevés, un taux d'isolement social plus grand et une aptitude réduite à composer avec les risques environnementaux et les interventions de santé publique.

Au fil du temps, cette conceptualisation du capital social a néanmoins fait l'objet de critiques à différents niveaux^{24,25}—théoriquement (en raison d'une définition par les effets), méthodologiquement (en raison de la diversité de contenu) et politiquement (en raison de son potentiel de transfert de responsabilité de l'État aux individus et de l'occultation des déterminations structurelles).

Plus récemment, la perspective du capital social défini par les réseaux de relations sociales et les ressources contenues dans ces réseaux semble faire l'objet d'un consensus²⁵ à l'échelle de plusieurs secteurs, comme le précise l'article précédent, d'autant plus que le Projet de recherche sur les politiques du gouvernement fédéral a choisi de lui donner son aval. Même si le modèle axé sur les réseaux n'est pas à l'abri des critiques, les travaux de recherche engagés par le gouvernement fédéral semblent donner lieu à une définition commune, ce qui facilitera la mise au point d'outils d'évaluation et d'analyse. Il s'agit d'une étape importante car, au moment même où s'articulent de nouvelles définitions, des outils de mesure novateurs et de nouvelles approches voient également le jour (voir l'encadré ci-dessus).

Le potentiel du capital social

Depuis une trentaine d'années, les chercheurs mettent en évidence le rôle clé des facteurs sociaux sur la santé des individus et des collectivités. À l'instar du cadre conceptuel des « déterminants de la santé », celui du capital social pique l'intérêt lui aussi. Bien que les réseaux de relations sociales aient été approchés de différentes façons, la force de la relation positive à la santé porte à croire qu'en ce qui touche la promotion de la santé et l'élaboration de politiques publiques, le développement du capital social des collectivités peut s'avérer une stratégie gagnante.

Il importe de poursuivre la recherche—partant d'une définition et d'une approche communes—pour réaliser ce potentiel stratégique. Même si le gouvernement fédéral a déjà adopté l'approche axée sur les réseaux, on ne s'en est pas encore concrètement servi comme instrument de politique dans le domaine de la santé. Comme l'indiquent les articles suivants, l'adoption d'une définition commune permet de mieux définir les indicateurs qui serviront aux enquêtes nationales sur la santé et d'encadrer des les premiers efforts méthodologiques canadiens visant à préciser les liens entre les réseaux de soutien social et la santé²⁶. 🌐



Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Modèle d'opérationnalisation

de l'approche fondée sur les réseaux

Louise Bouchard, Ph.D., chercheure, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa; Jean-François Roy, candidat au doctorat, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa; et Solange van Kemenade, Ph.D., Division de la recherche sur les politiques, Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada

Partant d'une définition du capital social axée sur les réseaux, une équipe de chercheurs de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Université d'Ottawa a élaboré un modèle opérationnel pour évaluer la structure des réseaux sociaux, les ressources des réseaux sociaux et leurs incidences. La récente analyse des résultats de l'Enquête sociale générale (ESG), cycle 17 (2003) a donné lieu aux premières données canadiennes et confirmé l'existence de liens positifs entre le capital social et la santé. Cet article fait état des efforts déployés pour élaborer et appliquer ce modèle d'opérationnalisation.

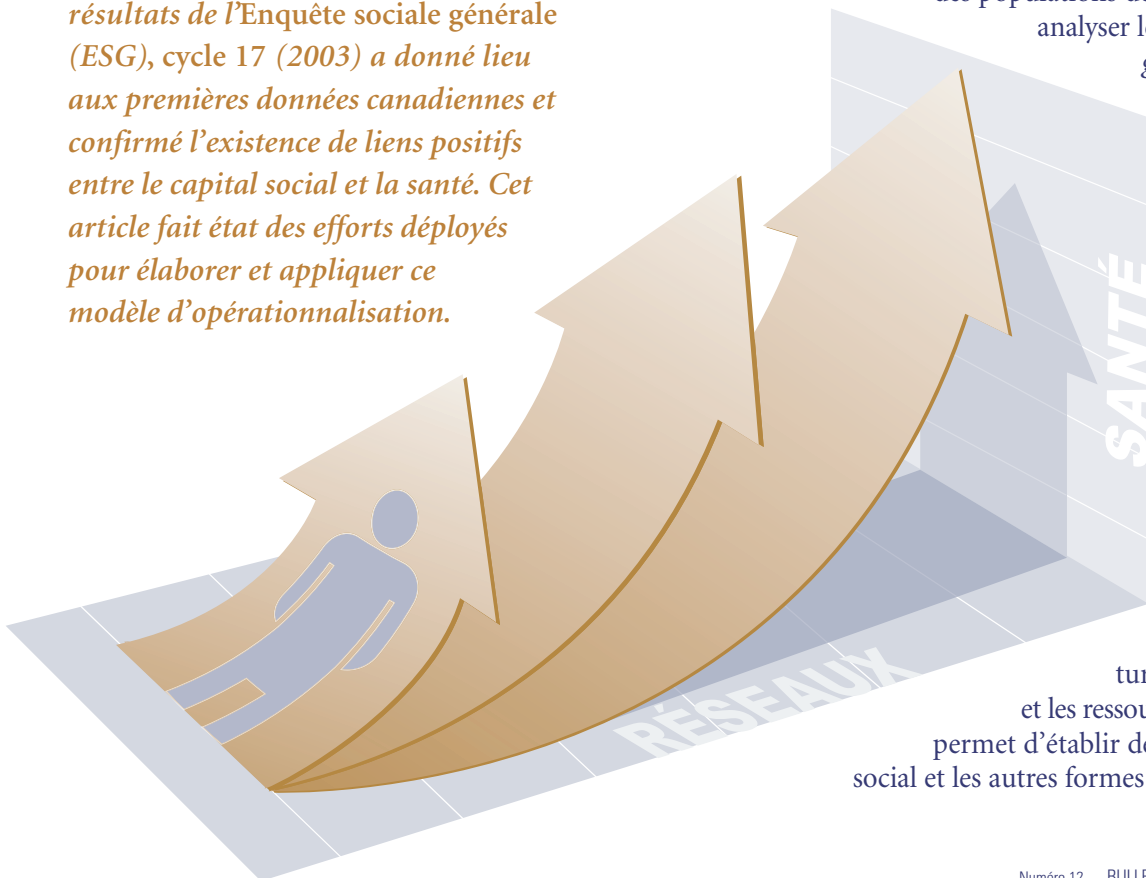
Exploration du lien entre le capital social et la santé

Depuis 2001, l'Agence de santé publique du Canada chapeaute un projet de recherche sur le capital social. Les analystes de la Division de la recherche sur les politiques (DRP) ont contribué au développement des connaissances en aidant à définir le concept et les indicateurs de mesure. L'Agence s'est également intéressée à l'utilité du concept dans l'élaboration ou l'évaluation des programmes et des politiques. En 2004, la DRP s'associait à des chercheurs de l'Institut de recherche sur la santé

des populations de l'Université d'Ottawa pour analyser les données de l'Enquête sociale générale (ESG), cycle 17 (2003) sur l'engagement social au Canada. Partant des données de l'ESG, cette étude visait à définir un modèle conceptuel du capital social axé sur les réseaux afin d'explorer la relation entre le capital social ainsi défini et la santé des Canadiens.

Potentiel des réseaux

Le modèle conceptuel inspiré de Berkman et Glass¹ considère la structure des réseaux, leur dynamique et les ressources qu'ils recèlent. Ce modèle permet d'établir des distinctions entre le capital social et les autres formes de capital, comme le capital



humain (éducation) et le capital matériel et financier (revenu). Le capital social est strictement défini par le réseau de relations sociales et ses ressources connexes :

- La **structure** du réseau renvoie au nombre, à l'étendue et la diversité des personnes fréquentées, ainsi qu'à la nature des liens : forts (parenté, amis) ou faibles (connaissances).
- La **dynamique** des relations se mesure par la fréquence des contacts et par la réciprocité des échanges. L'engagement social et le bénévolat illustrent aussi une disposition à élargir ses réseaux et à satisfaire certains besoins.
- La **nature** des échanges réfère aux ressources qui circulent dans les réseaux. Ces ressources sont émotionnelles et affectives, matérielles, informationnelles, ou instrumentales.

L'analyse structurelle des réseaux est systémique et fait la lumière sur les caractéristiques et propriétés des liens sociaux et des échanges. Ce faisant, elle permet d'anticiper les fins recherchées, soit le bien-être individuel et collectif, l'intégration sociale, la revendication de services et l'atteinte de buts politiques.

Articulation du modèle analytique

En prenant appui sur le modèle théorique du capital social fondé sur les réseaux et ses ressources, l'équipe de chercheurs a élaboré un modèle analytique pour encadrer l'analyse des données de l'ESG, cycle 17 (voir l'encadré ci-dessus). L'équipe a puisé au modèle conceptuel inspiré de Berkman et Glass¹, et s'est servi des questions de l'enquête, faisant en sorte que son modèle analytique soit compatible avec les deux sources.

Compte tenu des variables disponibles dans l'enquête, le modèle se penche sur

Un mot au sujet de l'Enquête sociale générale, cycle 17 (2003) sur l'engagement social

L'Enquête sociale générale (ESG) sert à recueillir des données exhaustives sur les modes de participation des Canadiens à la vie civique et sociale, y compris les contacts sociaux avec la famille, les amis et les voisins; la participation aux organismes officiels, aux activités politiques et aux services religieux; la confiance envers les gens et envers les institutions publiques; le sens d'appartenance au Canada, à sa province, à sa collectivité; le travail bénévole et autres. Pour consulter le rapport sommaire, aller à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-598-XIE/2003001/article.htm>.

deux dimensions du capital social : la structure des réseaux et les ressources des réseaux (voir la Figure 1), y compris les indicateurs servant à mesurer ces deux volets :

- La **structure des réseaux** se fonde sur quatre indicateurs : la *taille du réseau de liens forts hors du ménage*; la *taille du réseau de liens avec les organisations* (organisations ethniques, clubs sportifs ou sociaux, associations diverses, etc.); la *réciprocité* dans les réseaux (avoir à la fois reçu et donné de l'aide à ses voisins, à sa famille ou à ses amis), ainsi que le *bénévolat* (participation bénévole au moins une fois dans la dernière année).
- Les **ressources des réseaux** se fondent sur deux indicateurs : un *indice de soutien social total* (aide pour le transport, pour garder les enfants et pour les travaux domestiques, soutien émotif,

Figure 1 : Modèle d'opérationnalisation du capital social

Dimensions du capital social	Indicateurs
Structure des réseaux	Taille du réseau de liens forts hors du ménage <ul style="list-style-type: none"> ▶ Petit (0 à 11 liens) ▶ Moyen (12 à 23 liens) ▶ Grand (24 à 35 liens) ▶ Très grand (36 liens ou plus)
	Taille du réseau de liens avec les organisations <ul style="list-style-type: none"> ▶ 0 ▶ 1 ▶ 2 ou plus
	Réciprocité <ul style="list-style-type: none"> ▶ Avoir reçu et donné de l'aide ▶ Ne pas avoir reçu ou donné de l'aide
Ressources des réseaux	Participation bénévole <ul style="list-style-type: none"> ▶ Participation bénévole ▶ Pas de participation
	Indice de soutien social total (six variables : aide pour le transport, pour garder les enfants et pour les travaux domestiques, soutien émotif, conseils pratiques et autres types d'aide) Indice de soutien instrumental (trois variables : aide pour le transport, pour garder les enfants et pour les travaux domestiques)

conseils pratiques et autres types d'aide) et un *indice de soutien social instrumental* (aide pour le transport, pour garder les enfants et pour les travaux domestiques).

Application du modèle d'opérationnalisation

L'analyse des données de l'ESG, cycle 17, à l'aide du modèle susmentionné a donné lieu à la première analyse nationale établissant une association entre le capital social et la santé au Canada. Dans le cadre de l'ESG, on a recueilli des données sur 24 951 personnes de 15 ans et plus aux quatre coins du pays. Mais puisque seuls les répondants de 25 ans et plus ont été pris en compte dans le cadre de la présente analyse, l'échantillon final ne comptait que 21 785 participants.

Les données recueillies portaient sur les variables du capital social identifiées à partir des indicateurs du modèle, ainsi que sur des variables sociodémographiques (sexe, âge, éducation, situation de vie, type de ménage) et sur la perception de la santé. La perception de la santé a été désignée comme une variable dépendante qu'on a divisée en deux catégories aux fins de l'analyse : bonne santé (état de santé autoévalué par les participants à l'ESG comme « excellent », « très bon » ou « bon »); ou mauvaise santé (état de santé autoévalué comme « moyen » ou « mauvais »). Les chercheurs ont ensuite effectué une analyse régressive pour cerner l'existence de relations significatives entre les variables du capital social et l'état de santé autoévalué.

Pleins feux sur les résultats : Une analyse pancanadienne

Quoique les résultats ne permettent pas d'établir des liens de causalité, l'analyse de régression a révélé l'existence d'une relation importante entre le capital social et la santé des Canadiens, notant une série de facteurs de différenciation possibles (sexe, âge, éducation, situation de vie, type de ménage)². À titre d'exemple, les résultats

Quoique les résultats ne permettent pas d'établir des liens de causalité, l'analyse de régression a révélé l'existence d'une relation importante entre le capital social et la santé des Canadiens, notant une série de facteurs de différenciation possibles (sexe, âge, éducation, situation de vie, type de ménage). À titre d'exemple, les résultats confirment l'existence d'un lien positif entre la plupart des indicateurs de capital social et l'état de santé autoévalué des répondants.

confirment l'existence d'un lien positif entre la plupart des indicateurs de capital social et l'état de santé autoévalué des répondants :

- Les personnes qui profitent de plus importants réseaux de liens forts hors du ménage ont plus de chances d'accéder à diverses ressources.
- On constate une relation positive entre la présence d'un réseau de liens forts de taille moyennes et l'état de santé autoévalué.
- Les personnes membres de deux organisations ou plus ou qui participent aux activités offertes par ces organisations tendent plus à se dire en bonne santé que le reste de la population.
- La réciprocité entre les membres d'un réseau semble avoir des effets bénéfiques. De fait, les personnes qui profitent de l'aide de leur famille ou de leurs voisins et amis et qui peuvent également leur en offrir tendent plus à se trouver en bonne santé.
- On constate une relation positive entre le bénévolat et la bonne santé (même si le mécanisme servant à établir cette relation est difficile à déterminer en raison du problème de causalité).
- Le soutien social instrumental (l'aide reçue pour s'acquitter des tâches quotidiennes) tend à être associé à la bonne santé autoévaluée, même si ce lien n'est pas significatif.

Le rapport de recherche complet² fournit de plus amples détails sur le mode d'élaboration du modèle et sur les résultats de son application à l'ESG, cycle 17. Ce rapport est affiché à : <http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=pub_wp_abs#WP0010f>. L'équipe de recherche a procédé à des analyses supplémentaires qui mettent l'accent sur des groupes démographiques particuliers, tel qu'expliqué dans le prochain article. 🌀

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Réseaux sociaux et populations vulnérables :

Solange van Kemenade, Ph.D, Division de la recherche sur les politiques, Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada; Jean-François Roy, candidat au doctorat, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa; et Louise Bouchard, Ph.D, chercheure, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa

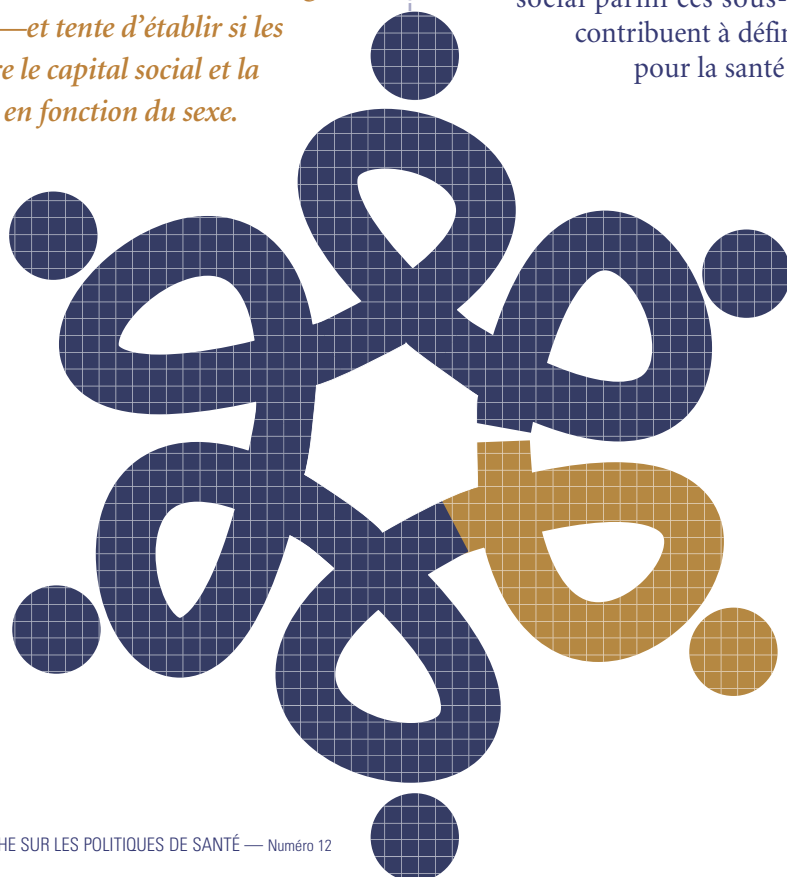
Résultats de l'Enquête sociale générale

Poursuivant leur recherche sur le capital social et la santé des Canadiens, l'équipe de chercheurs de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Université d'Ottawa présentent les résultats d'une analyse subséquente des données recueillies dans le cadre du cycle 17 de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2003. Cette nouvelle étude examine les aspects du capital social qui semblent avoir de l'importance pour la santé de groupes de population choisis de Canadiens—les aînés, les immigrants et les membres de ménages à faible revenu—et tente d'établir si les relations entre le capital social et la santé varient en fonction du sexe.

Les relations entre le capital social et la santé des Canadiens ont été décrites brièvement dans un article précédent. L'équipe de chercheurs a appliqué les connaissances tirées de son analyse des données du cycle 17 de l'ESG sur l'engagement social au Canada à des analyses plus spécifiques des données pour trois sous-populations : les aînés, les immigrants et les membres de ménages à faible revenu. Les sous-populations étudiées sont des groupes vulnérables qui, selon leurs expériences individuelles et collectives, des membres de ces groupes peuvent vivre une « désaffiliation », c'est-à-dire une rupture partielle ou complète du lien social¹. Cette désaffiliation se traduit par un épuisement des stocks de capital social où les individus mis à l'écart du lien social ne peuvent plus bénéficier des ressources accessibles par l'appartenance à des réseaux sociaux. Les auteurs ont voulu en savoir plus sur les liens entre la santé et divers aspects du capital social parmi ces sous-populations. Les résultats des analyses contribuent à définir les types de soutien les plus avantageux pour la santé des Canadiens.

Méthodologie

L'échantillon de l'ESG regroupe 24 951 individus de 15 ans et plus répartis dans les dix provinces du Canada. Seuls les répondants de 25 ans et plus ont été inclus dans l'analyse, ce qui donne un échantillon de 21 785 individus, y compris 4 486 aînés (personnes de 65 ans et plus); 4 109 immigrants (personnes nées à l'extérieur du Canada, excluant celles dont les parents sont Canadiens);



et 3 548 personnes vivant dans un ménage à faible revenu (ménage dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu, ajusté selon la taille du ménage et le milieu urbain ou rural).

Les adultes de moins de 25 ans ont été exclus parce que nous considérons que les réseaux sociaux auxquels ils ont accès sont différents. Les ressources propres à ces réseaux sont exploitées de façon très différente par les jeunes adultes comparativement aux adultes de 25 ans et plus.

Le modèle d'opérationnalisation du capital social présenté dans l'article à la page 13 a été utilisé afin de vérifier la présence de relations entre la *santé perçue* et le *capital social* des individus au Canada. Pour ce faire, les données de l'ESG ont été analysées à l'aide de modèles de régression logistique pour la population canadienne ainsi que pour les trois sous-populations. Toutes les analyses ont été effectuées en contrôlant l'effet des caractéristiques socio-démographiques des répondants (sexe, âge, niveau de scolarité, situation professionnelle, état matrimonial, type de ménage). Compte tenu des particularités socio-démographiques des aînés, on a adopté une catégorisation différente de certaines variables comme l'âge, la situation professionnelle et le type de ménage, pour cette sous-population. Les données ont été pondérées en utilisant la méthode *bootstrap* recommandée par Statistique Canada (voir *Utilisation des données canadiennes sur la santé* en page 37).

Ce que révèlent les résultats

Les résultats des analyses statistiques sont présentés au Tableau 1 sous forme de ratios de cotes applicables à chaque indicateur de capital social du modèle. (Voir l'article précédent pour la définition de tous les indicateurs de capital social.) Des ratios de cotes sont fournis pour les hommes et pour les femmes pour l'ensemble de la population et pour chaque sous-population étudiée.

Lecture du tableau des ratios de cotes

Les ratios de cotes représentent le ratio entre la probabilité d'une situation—dans ce cas, la bonne santé—chez un groupe, par rapport à sa probabilité chez un autre groupe. Un nombre supérieur à 1 témoigne d'une association positive alors qu'un nombre inférieur à 1 décrit une association négative. Prenons par exemple l'indice de réciprocité pour l'ensemble de la population. Le ratio de cote révèle que les répondants ayant répondu « oui » quand on leur a demandé s'ils jouissaient d'au moins une relation d'aide réciproque parmi leur réseau social avaient 1,317 fois plus tendance à se déclarer en bonne santé que ceux sans relation d'aide réciproque. Une valeur p (valeur de probabilité) inférieure ou égale à 0,05 indique que

les résultats sont statistiquement significatifs. Les résultats ayant une valeur p supérieure à 0,05 ne sont pas significatifs sur le plan statistique.

À l'échelle des indicateurs . . .

L'examen du Tableau 1 donne lieu aux observations suivantes :

- En général, la taille du **réseau de liens forts hors du ménage** est associée positivement à la santé dans l'ensemble de la population comme dans toutes les sous-populations étudiées. Cela dit, la relation est plus forte chez les femmes dans l'ensemble de la population, chez les immigrants et chez les hommes faisant partie de ménages à faible revenu. L'écart le plus notable se situe dans le groupe des aînés où la relation entre la santé et la taille des réseaux de liens forts n'est significative que chez les femmes.
- On constate une relation positive entre les **réseaux de liens avec des organisations**, constitués de deux liens ou plus, et l'état de santé dans l'ensemble de la population ainsi que dans tous les groupes analysés—hormis les membres du groupe à faible revenu où la relation n'est pas significative. Les réseaux de liens avec les organisations obtiennent les associations les plus fortes avec la santé chez les hommes de l'ensemble de la population, ainsi que chez les femmes immigrantes et les hommes aînés.
- Les résultats indiquent une association positive entre le **bénévolat** et l'état de santé dans l'ensemble de la population, chez les ménages à faible revenu et chez les hommes immigrants.
- Il existe également une relation positive entre l'**indice de réciprocité** et l'état de santé chez les hommes et les femmes de l'ensemble de la population, ainsi que chez les femmes immigrantes.
- Finalement, une relation négative a été obtenue entre l'**indice de soutien social** et l'état de santé de l'ensemble de la population ainsi que chez les femmes immigrantes. Dans le même sens, l'**indice de soutien instrumental** est associé négativement à la santé des hommes aînés. Ces résultats inattendus s'expliquent probablement par un problème lié à la mesure du soutien social dans les données de l'ESG (voir *Limites des analyses* plus loin dans cet article).

Les résultats tirés des analyses des données de l'ESG constituent une riche source d'information sur les relations entre le capital social et la santé. Toutefois, dans un contexte de politiques publiques, un suivi s'impose pour expliquer davantage les résultats obtenus ainsi que pour confirmer ces derniers par le biais d'analyses provenant d'autres banques de données. ►

Examen plus poussé des populations vulnérables

Les aînés

Des études récentes (voir article en page 21) révèlent que les aînés auraient besoin de trois types de réseaux : les réseaux sociaux, les réseaux de soutien et les réseaux de soins². En fait, la composition de ces réseaux évolue en même temps que la condition physique des personnes âgées. Si au début, ces réseaux sont larges et diversifiés², les réseaux de soins de petite taille semblent devenir de plus en plus importants au fur et à mesure que les aînés souffrent de limites fonctionnelles.

L'analyse des données de l'ESG confirme la présence de relations importantes entre le capital social et la santé des aînés. Les résultats indiquent que la taille des *réseaux de liens forts* est associée positivement à la santé des aînés,

mais uniquement chez les femmes. Les femmes âgées qui disposent d'un réseau de liens forts de *moyenne* ou de *grande* taille sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que celles dont la taille du réseau n'est pas aussi importante. En même temps, de tous les groupes analysés, les aînés affichent la relation la plus faible entre la santé et les réseaux de liens forts de *très grande* taille. Ce résultat appuie la thèse qui attribue plus d'importance aux petits réseaux de proximité pour les aînés ayant besoin de soins.

En ce qui a trait aux *réseaux d'organisations*, les résultats indiquent une relation positive entre la *taille de ces réseaux* et l'état de santé des aînés; une relation plus forte que celles observées dans les autres sous-populations ainsi que dans l'ensemble de la population. Autrement dit, les aînés qui sont impliqués dans une ou plusieurs organisations sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que ceux qui ne le sont pas.

Tableau 1 : État de santé autoévalué et capital social—Ratios de cotes pour l'ensemble de la population et pour des sous-populations choisies

Indicateurs du capital social	Ratios de cotes pour l'ensemble de la population et pour des sous-populations choisies											
	Ensemble de la population			Aînés (65 ans et plus)			Immigrants			Membres de ménages à faible revenu		
	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes
Taille du réseau des liens forts hors du ménage												
Petit—0 à 11	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Moyen—12 à 23	1,469***	1,596***	1,326*	1,443**	1,590**	1,225	1,694***	1,506*	1,952**	1,465**	1,500**	1,542*
Grand—24 à 35	1,795***	1,875***	1,730***	1,663***	1,880***	1,335	2,036***	2,182**	1,926*	1,885***	1,748**	2,447**
Très grand—36 et plus	1,457***	1,537***	1,360**	1,270	1,730*	0,920	1,931***	1,691	2,347**	1,788***	1,555*	2,498***
Taille du réseau d'organisations												
0	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1	1,085	1,074	1,109	1,272*	1,175	1,384	1,290	1,193	1,615*	0,966	0,949	0,971
2 et plus	1,601***	1,524***	1,704***	1,776***	1,665**	1,878**	1,698**	1,908*	1,700*	1,185	1,172	1,095
Réciprocité												
Non	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Oui	1,317***	1,356***	1,236*	1,190	1,300	1,043	1,277	1,904**	0,762	1,268	1,350	1,109
Bénévolat												
Non	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Oui	1,247**	1,230*	1,263*	1,243	1,337	1,151	1,247	0,812	2,361**	1,524***	1,546**	1,640*
Indice de soutien social total												
	0,787***	0,757***	0,835**	0,919	0,852	1,043	0,781*	0,639***	1,051	0,873	0,904	0,805
Indice de soutien instrumental												
	1,105	1,097	1,101	0,783*	0,864	0,648*	0,957	1,134	0,721	0,993	0,886	1,233

Note : Pour consulter les tableaux de données décrivant les intervalles de confiance et les variables sociodémographiques, écrire à <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

* $p \leq 0,050$ ** $p \leq 0,010$ *** $p \leq 0,001$

Source : ESG, cycle 17.

Le seul groupe pour qui l'**indice de soutien instrumental** est associé à la santé, est celui des aînés, et cette association est négative. Dans les faits, les aînés qui ont reçu de l'aide afin d'accomplir ou de faciliter des activités quotidiennes sont davantage susceptibles de se déclarer en mauvaise santé que ceux qui n'ont pas eu recours à un tel support. Cette situation s'explique probablement par le fait que dans les données de l'ESG, le soutien instrumental reçu devient un indicateur de limitation des activités chez les aînés. Des analyses secondaires confirment cette hypothèse. En excluant des analyses les aînés qui rapportent un état de limitation d'activités, l'indice de soutien instrumental obtient une relation négligeable avec l'état de santé perçue.

Les personnes immigrantes

Les recherches confirment l'importance du capital social pour l'intégration des personnes immigrantes^{3,4,5,6}. La disponibilité des réseaux de proximité, formés de personnes de la même origine culturelle, ainsi que de programmes favorisant ces réseaux, est associée à l'intégration sociale et économique des immigrants au pays d'accueil ainsi qu'à leur bien-être. Les réseaux de proches (parents et amis) offrent aux immigrants qui s'établissent au Canada un soutien très important, que ce soit pour se trouver un logement, obtenir une formation, s'éduquer, trouver un emploi ou accéder à des services d'aide⁶. De fait, les résultats de l'*Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada* (ELIC) font ressortir diverses sources d'aide jugées les plus importantes pour les personnes immigrantes, soit les parents ou les membres de la famille (déjà établis au Canada), les amis, les organismes qui œuvrent auprès des personnes immigrantes, les établissements d'enseignement et les travailleurs de la santé.

Les résultats de l'analyse de l'ESG renforcent les conclusions de l'ELIC à l'effet que le capital social joue un rôle important dans la santé des immigrants au Canada :

- On note une association positive entre la taille des *réseaux de liens forts* et la perception de l'état de bonne santé perçue des immigrants. De fait, cette association est plus grande chez les immigrants que chez tous les autres groupes étudiés, y compris pour l'ensemble de la population.

De fait, les résultats de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) font ressortir diverses sources d'aide jugées les plus importantes pour les personnes immigrantes, soit les parents ou les membres de la famille (déjà établis au Canada), les amis, les organismes qui œuvrent auprès des personnes immigrantes, les établissements d'enseignement et les travailleurs de la santé.

- Les résultats révèlent aussi une association positive entre le nombre de *liens avec les organisations* et l'état de santé perçue des répondants immigrants. Les immigrants qui entretiennent plusieurs liens avec des organismes ont plus tendance à se déclarer en bonne santé que les autres immigrants. Cette tendance converge avec l'analyse de l'ensemble de la population canadienne.

- Les femmes immigrantes sont le seul groupe, hormis la population générale, dont les résultats des analyses indiquent une relation significative entre la réciprocité dans les réseaux sociaux et la santé perçue. Les immigrantes qui ont affirmé avoir au moins une relation d'aide réciproque parmi leurs réseaux sociaux sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que leurs consœurs qui ne disposent pas de relation d'aide réciproque.
- La participation bénévole et la santé perçue sont fortement associées chez les hommes immigrants. Les hommes immigrants qui ont été engagés dans une activité bénévole pendant l'année précédant l'enquête sont plus que deux fois plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que leurs confrères qui n'ont pas eu d'implication bénévole.
- La situation est différente lorsqu'on examine l'*indice de soutien social* et l'état de santé perçue. Les répondants immigrants qui disent avoir eu recours à au moins une forme de soutien social au cours de l'année précédant l'enquête ont plus tendance à se déclarer en mauvaise santé. Ce résultat s'explique probablement par une limite quant à la mesure du soutien social à partir des

données de l'ESG dont nous discuterons plus en détail en conclusion. Cette association négative vaut également pour l'ensemble de la population canadienne.

Les membres de ménages à faible revenu

Certains chercheurs posent l'hypothèse que la pauvreté et l'accroissement des inégalités sociales engendrent un niveau constant de stress qui, en retour, affecte négativement la santé physique et psychique des personnes^{7,8}. Des études récentes indiquent que lorsque les solutions ainsi que la capacité d'adaptation face au stress sont limitées, on constate un accroissement de la vulnérabilité à toute une gamme de maladies qui touchent les systèmes

immunitaire et hormonal⁸. Dans ce contexte, comme dans bien d'autres circonstances difficiles de la vie, les réseaux agiraient comme des modérateurs qui atténuent les conditions de vie adverses, aidant les personnes à demeurer en santé ou à augmenter leur résilience⁹.

Les résultats de l'analyse de l'ESG soulèvent les principaux points suivants :

- Dans le cas des personnes vivant dans un ménage à faible revenu, on note une association positive entre l'état de santé perçue et la *taille des réseaux de liens forts*. Les répondants qui disposent d'un réseau de taille *moyenne* ou *supérieure* tendent plus à se dire en bonne santé que ceux qui disposent d'un petit réseau. Cette association est plus forte chez les hommes que chez les femmes de ce groupe.
- Contrairement à la tendance générale, la santé perçue des individus vivant dans un ménage à faible revenu n'est pas reliée aux réseaux de liens avec des *organisations*.
- Pour ce qui est de l'engagement bénévole, la relation positive entre le bénévolat et l'état de santé perçue est beaucoup plus forte dans le cas des personnes vivant dans des ménages à faible revenu que dans l'ensemble de la population ou les autres groupes étudiés. En fait, seuls les hommes immigrants obtiennent une association plus forte entre la participation bénévole et la santé.

Limites des analyses

Bien que les résultats obtenus à partir des données de l'ESG ne permettent pas d'établir des liens de causalité, l'étude actuelle démontre que les indicateurs de capital social les plus proches d'une approche réseau (les réseaux de liens forts et les réseaux de liens avec les organisations) sont associés de manière significative à l'état de santé perçue des Canadiens. En outre, les données disponibles dans l'ESG présentent d'importants défis.

Le premier tient à un problème auquel les chercheurs font régulièrement face lorsqu'ils analysent les données secondaires, soit la difficulté d'opérationnaliser un modèle guidé par un cadre théorique *différent* de celui qui a orienté le développement de la base de données utilisée, tout en ayant accès à un nombre suffisant de données et d'indicateurs pour procéder à une analyse significative. Confrontés à une telle difficulté, les chercheurs peuvent voir le nombre de données utilisables réduit dans leurs analyses¹⁰. Dans le cas présent, l'alignement du cadre théorique du capital social avec les indicateurs de l'ESG a restreint le choix des indicateurs de capital social disponibles aux fins d'analyse. Mais quoique les analyses aient dégagé des résultats intéressants et dignes d'attention, les

données disponibles dans l'ESG demeurent insuffisantes pour effectuer une véritable analyse du capital social à partir d'une approche axée sur les réseaux.

À titre d'exemple, l'ESG, cycle 17 n'emploie pas les outils de mesure du soutien social habituellement utilisés dans les grandes bases de données comme celle de l'Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP), qui comporte un outil mesurant les perceptions des répondants quant à la disponibilité du soutien social. De fait, l'ESG évalue plutôt le soutien social à l'aide de six variables identifiant les répondants qui ont eu recours à une forme de soutien social quelconque au cours de l'année précédant l'enquête. En mesurant l'*utilisation* du soutien social plutôt que la *perception de sa disponibilité*, l'indice de soutien social dérivé des données de l'ESG devient un indicateur de mauvaise santé. L'intégration d'instruments de mesure du capital social plus perfectionnés dans les grandes bases de données, tel que le Resource Generator¹¹, constituerait un atout pour enrichir les politiques publiques.

Une seconde limite des résultats tient à l'indicateur de santé perçue qui, bien qu'étant un prédicteur fiable de la mortalité^{12,13,14}, n'est pas aussi objectif qu'une variable de santé composite comme l'indice de l'état de santé (IES).

Prochaines étapes . . . interprétation des résultats

Les résultats de ces analyses donnent un premier aperçu empirique pancanadien des relations entre le capital social —tel qu'opérationnalisé dans notre modèle— et la santé des femmes et des hommes faisant partie de trois groupes de population vulnérables.

Même si ces analyses soulèvent déjà de nombreuses réflexions, il faut poursuivre les recherches pour mieux comprendre le sens des résultats. Pourquoi, par exemple, les hommes âgés constituent-ils le seul groupe d'hommes où l'on n'observe aucune relation significative entre les réseaux de liens forts et la santé perçue? Pourquoi les réseaux de liens avec les organisations ont-ils plus d'importance eu égard à l'état de santé dans le cas des aînés et des immigrants? Quel est le sens de la relation entre la participation bénévole et la bonne santé?

Les prochains articles examinent plus à fond le rôle du capital social en fonction de divers groupes de population vulnérables et expliquent en quoi la recherche sur le capital social peut favoriser et enrichir l'élaboration des politiques et programmes. 🌀

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Pour joindre les chercheurs, écrire à <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

sain vieillissement

Joanne Veninga, *Division du vieillissement et des aînés, Centre pour la promotion de la santé, Agence de santé publique du Canada*

L'auteure tient à souligner l'aimable participation de Norah Keating, de Jennifer Swindle et de Deborah Foster de l'Université de l'Alberta.

Au fil de la vie, l'ensemble de la population des aînés traverse plusieurs grandes étapes, d'où la vulnérabilité accrue des personnes âgées à l'isolement social et à l'exclusion. En ce sens, il est bon d'aborder la question sous l'angle du capital social, surtout lorsqu'on tente d'élaborer des politiques et des programmes axés sur le sain vieillissement. Cet article fait état de récentes études portant sur le capital social et le « bon vieillissement », examine divers types de réseaux d'aînés et décrit en quoi ils peuvent servir à réduire l'isolement social, à garantir la qualité des soins et à instaurer d'intéressants modes et services de soutien au sein des secteurs communautaire et bénévole.



Une population canadienne vieillissante

Les aînés constituent le segment de population qui augmente le plus rapidement au Canada. Ce phénomène se poursuivra, au fur et à mesure que les membres de la génération de l'après-guerre, soit les « baby-boomers », atteindront 65 ans¹. D'ici 2015, il y aura plus d'aînés que d'enfants au Canada¹.

En 2005, les aînés constituaient 13 %² de la population totale. D'ici 2031, on prévoit qu'ils représenteront quelque 23 % de l'ensemble de la population canadienne (voir la Figure 1 à la page 22)³. Les aînés « plus âgés » constituent le groupe démographique en plus grande expansion; d'ici 2056, un Canadien sur dix aura 80 ans ou plus, comparativement à un Canadien sur 30 en 2005¹. En outre, un nombre croissant d'aînés vieillissent « sur place », c'est-à-dire que plus de 90 % des personnes de 65 ans et plus continuent de vivre au sein de leur collectivité⁴.

Les Canadiennes tendent à vivre plus longtemps que les hommes et représentent donc 57 % de la population vieillissante^{2,5}. Une femme de 65 ans peut espérer vivre pendant 20,8 autres années alors qu'un homme peut s'attendre à vivre pendant 17,4 autres années⁵.

Une période de transitions

Au fur et à mesure qu'ils vieillissent, les aînés peuvent connaître de grands bouleversements de vie susceptibles d'affaiblir leurs réseaux sociaux, comme la retraite, la détérioration de la santé, les déplacements forcés et le décès de personnes chères, par exemple^{6,7,8}. L'isolement social tend également à s'exacerber au fur et à mesure que les gens vieillissent et que les réseaux de parents et d'amis se réduisent⁹. Les études révèlent que les personnes qui demeurent activement engagées dans la vie et qui sont socialement branchées sont plus heureuses, plus en forme physiquement et mentalement, et plus en mesure de franchir les étapes de la vie.

Les liens sociaux positifs (p. ex., la famille, les amis, l'appartenance à un groupe local) ont pour effet de ►

rehausser et de sauvegarder la santé^{10,11}. En ce sens, les taux de mortalité précoce, de maladies cardiaques et de facteurs de risque pour la santé sont plus faibles chez les gens qui profitent de contacts sociaux et de réseaux de soutien plus solides¹². Par conséquent, les politiques et les programmes axés sur le sain vieillissement ont tout intérêt à miser sur le capital social. Comme le précise l'article en page 6, le capital social fait référence aux « réseaux de relations sociales donnant accès aux ressources et à l'aide nécessaires ».

Les réseaux sociaux et le bon vieillissement

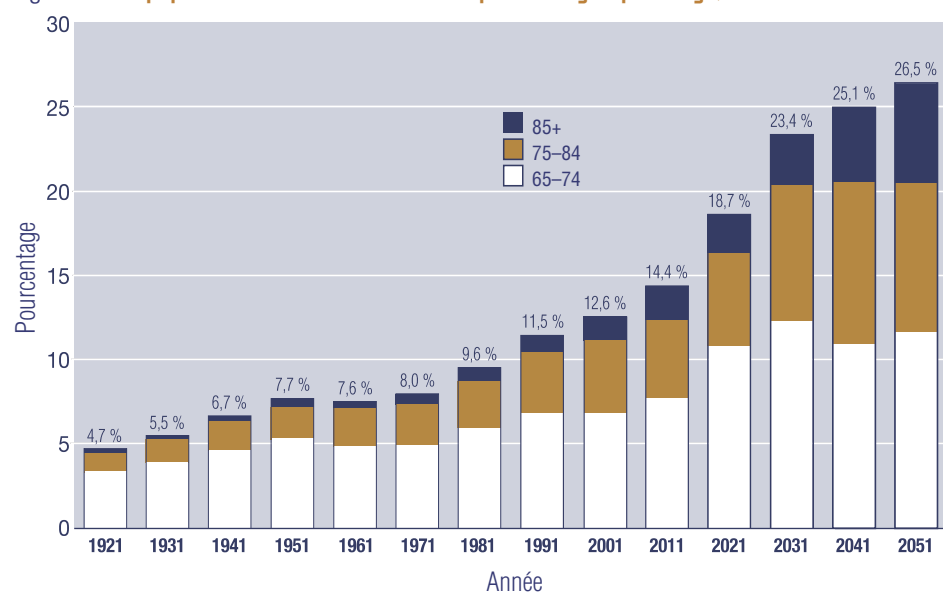
Dans son livre « The Role of Social Capital in Aging Well », Keating *et coll.*¹³ font appel à la théorie du capital social pour expliquer divers types de réseaux d'âinés et leur effets sur le bon vieillissement. Les auteurs explorent trois visions du sain vieillissement et le rôle qu'y jouent les réseaux :

- **Maintien de la santé physique et cognitive :** Les réseaux fournissent-ils les ressources requises et donnent-ils accès aux services nécessaires au maintien et à l'amélioration de l'état physique et cognitif?
- **Engagement dans les domaines du travail et des activités communautaires :** Les réseaux ont-ils pour effet de favoriser ou de restreindre les possibilités?
- **Liens harmonieux entre la personne et son environnement :** En quoi les réseaux aident-ils à assurer des liens harmonieux entre la personne et son environnement¹³?

Sur le plan de la composition et des ressources, on note de grandes disparités entre divers types de réseaux d'âinés que Keating *et coll.* catégorisent ainsi : **réseaux sociaux** (groupes de douze ou treize personnes avec lesquelles les âinés entretiennent des liens étroits); **réseaux de soutien** (des contacts utiles, y compris des interactions quotidiennes et des activités instrumentales, comme de l'aide pour les tâches ménagères, le transport, engageant de cinq à dix personnes); et les **réseaux de soins** (des réseaux de trois à cinq personnes qui fournissent un soutien aux âinés aux prises avec des problèmes de santé à long terme ou dont la capacité fonctionnelle est limitée).

Les faits saillants des études actuelles fournissent des renseignements intéressants et utiles sur les réseaux d'âinés (voir l'encadré à la page 23).

Figure 1 : La population canadienne des âinés par sous-groupes d'âge, 1921-2051³



Source : Statistique Canada, 1999-2005.

Atteinte d'un juste équilibre entre les soins formels et informels

C'est souvent la taille des réseaux sociaux (nombre d'amis et de parents), la qualité des liens et la proximité physique des aidants qui déterminent si les âinés obtiennent ou non une aide formelle de la part de professionnels, des soins informels de la part de parents ou d'amis ou s'ils n'en reçoivent pas du tout¹⁴. Même si le caractère des familles canadiennes a changé, les estimations révèlent qu'environ 80 % de tous les soins aux âinés leur sont toujours dispensés par des parents ou des proches¹⁵.

Une analyse de l'*Enquête sociale générale (ESG) de 2002, cycle 16, sur le vieillissement et le soutien social*¹⁶ s'intéressait aux liens entre les réseaux sociaux d'âinés non institutionnalisés et leur propension à obtenir des soins formels ou informels, ou à ne pas en obtenir¹⁴. Les résultats confirmaient l'importance des réseaux de soins :

- Parmi les âinés recevant des soins, 45 % comptaient exclusivement sur des réseaux informels.
- La nécessité de soins plus formels augmentait au fur et à mesure que les réseaux sociaux s'effritaient avec l'âge (même chez les personnes dont la santé était stable) et avec le décès du conjoint.
- Les personnes ayant accès à un large bassin de soutien (p. ex., l'appartenance à une grosse famille ou à une communauté de croyants) avaient davantage recours aux soins informels.
- Les personnes plus scolarisées et mieux branchées sur leur collectivité faisaient plus souvent appel aux réseaux de soins formels, peut-être parce qu'elles avaient moins

de difficultés à maîtriser les rouages institutionnels qui peuvent compliquer l'accès dans le cas d'ânés moins alphabétisés. On note aussi une corrélation entre l'éducation, l'avoir accumulé au cours d'une vie et la richesse, ce qui porte à croire que plus les gens sont éduqués, plus ils ont les moyens de payer pour obtenir une aide formelle¹⁴.

Les réseaux sociaux aident à réduire l'isolement social

Les réseaux sociaux peuvent profiter aux ânés en augmentant leur sentiment de bien-être et de contrôle, et en atténuant le danger d'isolement social. Même si l'isolement social tend à s'accroître au fur et à mesure que les gens vieillissent, d'autres facteurs entrent en jeu, dont une santé déclinante, une invalidité, le sexe (l'isolement social affecte plus les femmes que les hommes¹⁸—puisque'elles vivent plus longtemps), le décès du conjoint, le fait de vivre seul, l'affaiblissement des réseaux sociaux, les problèmes de transport, le lieu de résidence, la méfiance face aux autres, la pauvreté et une faible estime de soi^{18,19,20}. Il importe néanmoins de reconnaître que les facteurs affectant un âné peuvent ne pas affecter les autres de la même façon. Le fait de vivre seul, par exemple, ne signifie pas nécessairement que la personne se sent esseulée ou sans appui⁸. En outre, les ânés dont les réseaux sociaux diminuent au fil des années ne sont pas nécessairement mécontents ou seuls. Les études révèlent que le sentiment de bien-être tient davantage à la qualité qu'à la quantité des contacts sociaux²¹.

Compte tenu du nombre croissant d'ânés qui « vieillissent sur place », le problème de l'isolement social prend de l'ampleur. Même si les études ont toujours confirmé les liens étroits entre l'isolement social et la santé, la tangente de causalité entre le soutien social et la santé demeure nébuleuse—même si l'absence de réseaux de soutien peut contribuer à une mauvaise santé, la mauvaise santé en soi peut entraîner une perte de soutien social¹⁹. Quoi qu'il en soit, les programmes et services peuvent aider à réduire l'isolement en favorisant la participation et l'inclusion des ânés dans leurs collectivités. Les données probantes révèlent que les collectivités « bien nanties »²² en capital social sont mieux équipées pour protéger la santé de leurs citoyens, y compris les personnes socialement isolées.

Il faut obtenir plus de données probantes sur les caractéristiques, les facteurs de risque et les conséquences



Quelques données sur les réseaux d'ânés . . .

- L'âge constitue un important déterminant des réseaux sociaux et de soutien—les réseaux sociaux des ânés plus âgés sont plus petits et davantage axés sur la parenté.
- Le sexe de la personne a un effet sur la composition du réseau—les réseaux sociaux des femmes âgées sont plus grands que ceux des hommes âgés. Dans une large mesure, les études font ressortir la prédominance des femmes dans le domaine des soins, quoique les récents résultats d'une enquête nationale portent à croire que la proportion de femmes et d'hommes offrant des soins aux personnes âgées est semblable (54 % de femmes par rapport à 46 % d'hommes)¹⁷.
- Les personnes célibataires tendent à avoir des réseaux plus petits.
- Les personnes plus scolarisées semblent cultiver plus de liens avec des voisins et amis plus jeunes, alors que les personnes moins scolarisées tendent à profiter davantage du soutien de leur famille.
- Les personnes qui ont un revenu plus élevé et qui sont en meilleure santé entretiennent plus de liens avec l'ensemble de la collectivité.
- La présence accrue de femmes au sein de réseaux, une plus forte proportion de parents et la taille même du réseau constituent autant de facteurs clés lorsqu'on tente d'établir quels ânés obtiennent des soins personnels.
- Les collectivités qui offrent un haut niveau de soutien sont relativement petites, comptent une proportion accrue d'ânés et de personnes qui ont longtemps vécu au sein de la collectivité et se distinguent par le nombre relativement élevé d'heures de travail non rémunéré accompli par les membres de la collectivité¹³. Par conséquent, le fait de vivre dans une collectivité cohésive peut aider les individus à accéder aux ressources, malgré l'absence de réseaux personnels.

possibles de l'isolement social et ses effets sur la qualité de vie des ânés. En outre, il faut arriver à mieux comprendre les politiques susceptibles d'affecter l'isolement social et l'intégration sociale des ânés¹⁹. Pour répondre au besoin d'information, le ministre fédéral et les ministres provinciaux et territoriaux responsables des ânés ont fait de l'isolement social un enjeu de pointe et ont demandé aux responsables de l'étudier, de mettre en commun l'information à l'échelle des compétences, d'identifier les incidences possibles sur les programmes et les politiques, et de définir des approches axées sur la collaboration²³.

Le bénévolat et le sain vieillissement

On a démontré que le bénévolat contribue autant au bien-être des bénévoles qu'à celui des personnes qui profitent de leurs services²¹. Le bénévolat aide également les personnes à mieux composer avec leurs pertes, au fur et à mesure qu'elles vieillissent²⁴. ►

Un capital social peut être créé à partir du bénévolat—un niveau de capital social élevé favorise et prolonge la santé des personnes âgées, assure une aide informelle en cas de besoin, réduit la maladie, retarde la mort et améliore la qualité de vie^{25,26}. De plus, les activités bénévoles auxquelles s'adonnent les gens au cours des années adultes favorisent le sain vieillissement en leur permettant de jouer plusieurs rôles plus tard dans la vie. On croit aussi que le fait d'incarner plusieurs rôles dans la vie (p. ex., le rôle d'ami, de travailleur, de conjointe, de bénévole) favorise l'intégration sociale et aide les gens à faire face au stress²⁷.

Quoique la proportion officielle d'aînés qui s'adonnent au bénévolat soit plus faible que la moyenne nationale, ce sont les aînés canadiens qui consacrent le plus d'heures aux activités bénévoles^{28,29}. L'apport des aînés au secteur bénévole est jugé essentiel, surtout à l'échelle des organismes communautaires, y compris ceux créés par et pour les aînés. Il importe de reconnaître la valeur de l'action bénévole et de trouver des façons d'aider les personnes vieillissantes à s'adonner à des activités bénévoles valables, surtout celles aux prises avec des problèmes de santé, de revenu ou de transport³⁰.

L'enrichissement du capital social

Même s'ils n'ont pas été spécifiquement conçus dans une optique de capital social, plusieurs programmes fédéraux actuels pour les aînés (p. ex., le Programme de congé de soignant, le programme Nouveaux horizons pour les aînés) peuvent enrichir le capital social et favoriser le bon vieillissement. Ces programmes aident au développement de trois types de capital social : le **capital social qui unit (bonding)**—des relations qui permettent aux gens de « s'adonner aux activités courantes » de la vie; le **capital social qui relie (bridging)**—des liens qui permettent aux gens de se brancher sur des « ressources externes » pour « aller de l'avant »; et le **capital social qui crée des liens (linking)**—qui facilite l'établissement de liens entre les réseaux⁶.



Le capital social qui unit (bonding) : L'appartenance à un réseau de soins informels constitué de parents et d'amis peut s'avérer stressante en raison des coûts financiers, émotifs et de santé éventuels. Par contre, le soutien formel aux aînés (p. ex., les services communautaires et de soins à domicile)

Une perspective de capital social axée sur les aînés se montre particulièrement utile lorsqu'on tente d'établir des politiques publiques de promotion du sain vieillissement. Il importe de mener d'autres études pour définir les approches qui encadreront le mieux tous les types de réseaux de promotion de la santé.

peuvent alléger les pressions qui s'exercent sur le réseau de soins informels. Le soutien formel enrichit le capital social qui unit car il permet aux aînés de « vieillir sur place » tout en demeurant branchés sur leur réseau social¹³.



Le capital social qui relie (bridging) : Les programmes qui donnent accès aux ressources peuvent aider les aînés à conserver leurs réseaux sociaux et réduire l'isolement social. Le programme Nouveaux horizons pour les aînés de Développement social Canada (<http://www.dsc.gc.ca/fr/psr/horizons/tabmat.shtml>), par exemple, appuie des projets locaux qui encouragent les aînés à contribuer à leur collectivité en misant sur la participation sociale et sur la vie active¹³.



Le capital social qui crée des liens (linking) : Les programmes qui encouragent les liens entre les organismes bénévoles et les organismes gouvernementaux à divers niveaux peuvent améliorer l'accès des aînés et des familles aux ressources. La Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels est un organisme national qui a pour mission d'appuyer les réseaux de soins et d'encourager les organismes d'aidants, les chercheurs et les gouvernements à discuter des politiques publiques axées sur la prestation de soins (<http://www.ccc-ccan.ca/index.php>)¹³.

Coup d'œil vers l'avenir

Une perspective de capital social axée sur les aînés se montre particulièrement utile lorsqu'on tente d'établir des politiques publiques de promotion du sain vieillissement. Entre autres défis qui se posent, on doit mieux comprendre la fragilité des liens entre adultes âgés; l'utilité des liens qui se créent au sein des collectivités « physiques » et « virtuelles » d'aînés; le rôle des familles et des réseaux de soins dans le bon vieillissement; et l'importance d'évaluer les programmes¹³.

L'Agence de santé publique du Canada compte faire appel à la notion de capital social pour expliquer l'effet des relations sociales sur la santé des aînés et pour examiner l'efficacité et la justesse des interventions stratégiques qui sous-tendent ces relations³¹. Il importe de mener d'autres études pour définir les approches qui encadreront le mieux tous les types de réseaux de promotion de la santé. 🌀



Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Nouvelles études sur les réseaux d'aidants au sein des collectivités

des **Premières nations** et des **Inuits**

Sean Van Liempt, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Tel que précisé dans l'article précédent, les données probantes révèlent que les réseaux de soins jouent un rôle prépondérant dans le maintien de la santé chez les aînés. Quoique la documentation révèle que la prestation des soins à domicile relève le plus souvent d'aidants naturels ou « informels » (parents, amis et voisins), on en sait peu sur le niveau de soins informels offerts dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. En vue de collecter des renseignements sur les réseaux de soins au sein de ces collectivités et de mieux cerner les pénuries de services, le gouvernement du Canada subventionne des études sur les soins continus dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Une occasion d'enrichir le capital social

Dans le cas des Premières nations et des Inuits, les soins « informels » servent à appuyer les soins professionnels « formels » (soins infirmiers, soins à domicile, soutien à domicile, soins de relève, etc.) de manière à respecter tant les pratiques holistiques et traditionnelles des Premières nations et des Inuits que les approches contemporaines face à la guérison et au bien-être. Puisque les aidants naturels sont issus des réseaux sociaux des personnes desservies, l'aide est le résultat direct et l'avantage tangible du capital social enchâssé dans ces réseaux. Ces avantages vont dans les deux sens, car lorsque les anciens obtiennent un appui qui leur permet de demeurer sur place, leur sagesse traditionnelle, leur langue et leurs connaissances culturelles continuent d'enrichir la collectivité.

À l'heure actuelle, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada financent une série de services de soins continus à l'intention des collectivités des Premières nations et des Inuits. Cela dit, il existe encore des lacunes à combler et des défis à relever, surtout dans le cas des clients qui ont besoin de soins à domicile plus

longs à dispenser ou de soins en établissement, et qui ne veulent pas quitter leur collectivité.

Une nouvelle base de données probantes

Une étude coopérative intitulée « *An Assessment of Continuing Care Requirements in First Nations and Inuit Communities* » est en cours. Une fois terminée, les résultats permettront de définir des réponses stratégiques et de combler les lacunes sur le plan des services¹. ►



Puisque toute politique doit nécessairement prendre en compte les besoins des familles et les soins offerts, un important aspect de cette recherche consiste à analyser le type et le degré de soutien offert par les réseaux d'aidants naturels (membres de la famille) dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

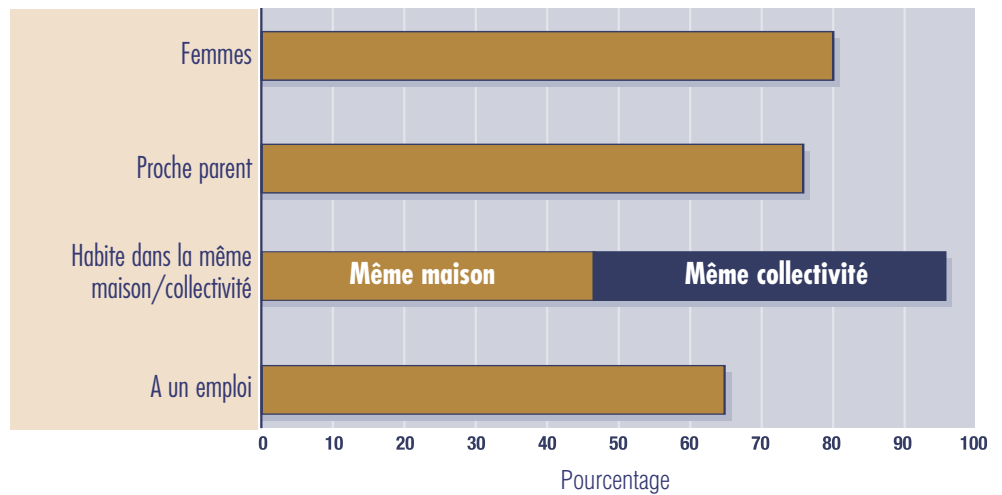
En tout, 230 aidants naturels de la famille et 450 clients (membres de la famille qui profitent des soins) dans 11 collectivités réparties dans trois régions ont participé à l'étude. Au départ, on devait collecter certaines données en consultant les agendas des aidants familiaux. Cependant, les groupes consultatifs communautaires recommandaient plutôt d'adapter des outils d'entrevue rétrospectifs—déjà présents dans la littérature^{2,3,4,5,6}—et de les utiliser à la place des agendas. Un facteur pris en compte pour déterminer la meilleure méthode de collecte de données avait trait aux perceptions culturelles de prestation des soins—à titre d'exemple, il arrive souvent que les participants des collectivités inuites ne considèrent pas la prestation de soins comme une fonction discrète fondée sur le nombre d'heures.

On a maintenant procédé à la collecte des données de cette étude et un sommaire des résultats est maintenant disponible. À mesure que le projet progresse, les résultats des entrevues permettront d'obtenir une estimation quantitative de l'ampleur des soins et du soutien informels dans les collectivités des Premières nations et de Inuits partout au Canada.

Un bref aperçu de la recherche

Un premier survol des données révèle que la grande majorité (95 %) des clients aiment mieux obtenir l'aide de leur famille, dans leur propre milieu. Les données indiquent également que les aidants familiaux sont engagés à fournir des soins et qu'ils jouent un

Figure 1 : Attributs choisis des aidants familiaux



Source : *An Assessment of Continuing Care Requirements in First Nations and Inuit Communities, 2006*¹.

Puisque toute politique doit nécessairement prendre en compte les besoins des familles et les soins offerts, un important aspect de cette recherche consiste à analyser le type et le degré de soutien offert par les réseaux d'aidants naturels (membres de la famille) dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits.

















rôle essentiel en vue de garantir que les clients obtiennent les services requis pendant toute la durée voulue.

Attributs des aidants familiaux

Quatre-vingt pour cent des participants affirment être le soignant principal du client. Les résultats des entrevues de la Figure 1 tracent le profil des aidants naturels au sein des collectivités étudiées.

- Les plupart des aidants familiaux sont des femmes (79 %), des parents proches (76 %) et ils vivent dans la même maison (47 %) ou dans la même collectivité (49 %).
- La plupart des aidants naturels travaillent également à l'extérieur du foyer (65 %) et un cinquième environ (21 %) affirment que leurs responsabilités d'aidant affectent leur travail.
- La plupart des aidants naturels ont entre 18 et 54 ans (95 %); environ 2 % ont plus de 75 ans, alors que 3 % ont moins de 18 ans.
- Plus du tiers des aidants naturels (39 %) offrent des soins à plus d'une personne; la moitié environ prennent soin de cinq personnes ou plus.
- Près des deux tiers (63 %) des aidants familiaux offrent des soins depuis cinq ans ou plus.

Tableau 1 : Activités des aidants familiaux

Activité	% des aidants
 Alimentation, planification des repas, préparation des repas	47
 Soins personnels (p. ex., bain, habillage, toilette personnelle)	35
 Communication (p. ex., vision, se faire comprendre des autres)	34
 Tâches financières (p. ex., budget, paiement des factures, formulaires à remplir)	52
 Tâches ménagères légères et entretien de la maison (p. ex., ménage léger, lessive)	65
 Entretien de la maison à l'intérieur (p. ex., tâches ménagères plus lourdes, travaux de peinture)	62
 Entretien de la maison et tâches à l'extérieur (p. ex., pelletage de neige)	60
 Mobilité à l'intérieur de la maison ou de l'établissement (p. ex., marcher à l'intérieur)	28
 Mobilité à l'extérieur de la maison ou de l'établissement (p. ex., se rendre à un autre endroit)	57
 Soins infirmiers ou médicaux (p. ex., soins des pieds, médicaments)	40
 Identification des professionnels capables de fournir les services et l'équipement médical	35
 Coordination et organisation des rendez-vous médicaux et des services de santé	42
 Équipement médical, fournitures médicales et des médicaments	41
 Guérisseur traditionnel et médicaments traditionnels	4

Soins et soutien fournis

Les résultats révèlent que les aidants familiaux exécutent une large gamme de tâches (voir le Tableau 1), y compris la dispensation de soins personnels (35 %) et de soins infirmiers et médicaux (40 %) mais que, la plupart du temps, ils voient à l'entretien du domicile du client (60 %–65 %).

Soutien offert aux aidants naturels

Alors que la plupart des aidants (87 %) obtiennent de l'aide de la part d'autres membres de la famille et que certains aidants (28 %) obtiennent de l'aide directement du système de soins formel, les résultats révèlent que les principaux aidants naturels tendent fortement à souffrir de stress et d'épuisement. Mais tel que mentionné dans l'article précédent, ces effets négatifs peuvent être atténués par les avantages inhérents à l'élargissement ou à l'amélioration des réseaux d'aidants naturels (c.-à-d., l'enrichissement du capital social) résultant, par exemple, de l'aide accrue émanant d'autres membres de la famille ou du système de soins formel.

Un regard vers l'avenir...

Les données probantes aideront à définir les besoins des clients exigeant des soins de plus haut niveau, y compris les soins en établissement, et favorisera la collaboration en matière d'élaboration de politiques engagée entre les Premières nations et les Inuits, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. Vu sous l'angle du capital social, on peut en soustraire des données sur les réseaux de soins, leurs éventuels bienfaits et les pressions qui s'y exercent. Cette perspective s'avérera précieuse pour définir des politiques sur les services de soins continus et pour trouver de meilleures façons d'appuyer les aidants naturels et les familles.

Puisqu'il s'agit de la première étude du genre au monde à s'intéresser particulièrement aux collectivités autochtones, les résultats ont été présentés lors du XIII^e Congrès international sur la santé circumpolaire qui avait lieu en Sibérie au mois de juin 2006. 🌐

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Carl Bertoia, Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère, Direction générale du contrôleur ministériel, Santé Canada, et Lauranne Matheson, Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé publique du Canada

évaluations communautaires

L'évaluation des résultats à long terme des programmes de santé communautaires sur l'amélioration de la santé se heurte à de nombreux défis. Partant des recherches sur le capital social, le présent article encourage des évaluations de programmes communautaires efficaces et rapides qui exploitent à bon escient les résultats intermédiaires, comme l'aptitude à influencer les réseaux sociaux de participants et de collectivités.

Pour relever efficacement le défi

En cette ère de responsabilisation et de transparence accrues, il importe que les initiatives financées par divers ordres de gouvernement puissent démontrer leur efficacité et leur valeur aux yeux des citoyens. En ce sens, le gouvernement du Canada recommande de produire un Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) dès la mise en place d'une nouvelle politique ou d'un nouveau programme ou projet. Un CGRR définit la séquence logique des résultats prévus suivant un investissement donné à court, moyen ou long terme.

Dans le passé, les évaluations d'initiatives axées sur la santé avaient surtout pour but de démontrer les résultats à long terme. Cela dit, il demeure difficile d'effectuer les évaluations à long terme nécessaires pour prouver une amélioration de la santé. Il est également difficile d'attribuer à *une seule* initiative le mérite d'une amélioration quelconque de l'état de santé (p. ex., une réduction du nombre de personnes diabétiques ou séropositives), surtout à l'intérieure des délais serrés propres aux plans, aux priorités et aux affectations de ressources du gouvernement. Dans un tel contexte, il peut aussi s'avérer utile de mesurer les changements intermédiaires qui entraîneront logiquement des effets à long terme.

Le capital social : Un outil utile




Tel que mentionné dans les articles précédents, même si les liens de causalité entre le capital social et la santé ne sont pas toujours faciles à établir, les chercheurs ont clairement démontré l'existence de liens empiriques entre des niveaux de capital social élevés et l'amélioration de la santé^{1,2}. Putnam¹ a formulé une série d'arguments plausibles à l'effet que les réseaux sociaux pourraient offrir une aide tangible (p. ex., de l'argent, des soins aux convalescents ou des services de transport), renforcer les normes de santé et favoriser la mobilisation des ressources en santé.



Puisque certains projets de santé communautaires ont déjà adopté des principes et des stratégies pouvant affecter le capital social, le fait de mesurer cet impact au fil du temps pourrait favoriser l'évaluation et la prestation de ces programmes. En ce sens, le capital social constitue un outil conceptuel efficace qu'on peut intégrer au cadre logique d'un programme et qui sert à expliquer en quoi les éléments clés d'un programme peuvent produire les résultats escomptés.

L'exemple d'un programme communautaire sur l'allaitement maternel illustre bien les dynamiques en cause (voir la page 30). Un examen du cadre logique révèle en quoi le capital social peut être perçu à la fois comme la résultante d'une activité de programme et comme un élément déterminant des résultats comportementaux et de santé à long terme.

Trois dimensions du capital social et sortes de questions d'évaluation du PACE/PCNP

Dimensions du capital social ⁴	Sortes de questions d'évaluation du PACE et du PCNP
 <p>Capital social qui unit (bonding) Un réseau de soins informels constitué de personnes ayant des antécédents semblables, comme des parents, des proches, des amis et d'autres connaissances du genre, soit des collectivités homogènes qui entretiennent des rapports caractérisés par des liens solides et serrés.</p>	<p>Les questions sur les modes de prestation des programmes, y compris les occasions qui permettent aux personnes de participer à des activités collectives avec leurs enfants, leur partenaire ou leurs pairs fournissent des renseignements pour enrichir le capital social qui unit.</p>
 <p>Capital social qui relie (bridging) Des relations avec des personnes aux antécédents diversifiés où les liens sont plus faibles, soit des réseaux hétérogènes qui comblent les écarts sociaux et qui servent souvent d'importants leviers sociaux donnant accès à des ressources assez différentes des ressources personnelles.</p>	<p>Les questions sur la composition des comités de projet, sur le nombre et le genre de bénévoles et sur les collectivités desservies fournissent des renseignements sur les occasions qui s'offrent d'établir des réseaux plus diversifiés qui vont au-delà des frontières géographiques ou culturelles rigides.</p>
 <p>Capital social qui crée des liens (linking) Des relations avec des personnes en position de pouvoir qui permettent aux personnes d'exploiter les ressources, les idées, l'information et les connaissances d'une collectivité ou d'un groupe. Les partenariats donnent également la chance aux organismes de profiter des ressources et d'influencer les décisions en matière de politiques.</p>	<p>Les questions sur les rôles particuliers des participants et sur la nature des partenariats fournissent des renseignements sur l'accès des participants au pouvoir et sur la constitution de réseaux verticaux à l'échelon communautaire.</p>

Évaluation du PACE et du PCNP

Plusieurs programmes communautaires régis par Santé Canada et par l'Agence de santé publique du Canada ont activement recours à une approche de santé axée sur les « déterminants »³ et affichent une affinité certaine avec le concept de capital social, y compris le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Ces deux programmes offrent un financement à long terme aux organismes et aux coalitions communautaires pour les aider à consolider les liens sociaux et à améliorer la santé des femmes enceintes, des mères, des enfants et des familles susceptibles de souffrir d'isolement. Ces deux programmes favorisent la création de réseaux et de partenariats, ce qui permet à la collectivité d'améliorer l'accès de groupes de population à risque à une gamme élargie de services.

Un examen plus poussé des programmes met en lumière des stratégies qui influent sur le capital social et les efforts d'évaluation engagés pour détecter le capital

social. Le PACE et le PCNP ont eu recours à plusieurs méthodes pour mesurer leur rendement et pour évaluer leur portée, leur pertinence, leur mise en œuvre et leur impact. À titre d'exemple, les deux programmes exigent que les responsables de chaque projet subventionné remplissent un formulaire administratif annuel—le Profil national du programme (PNP) dans le cas du PACE et le Questionnaire de projet (QP) dans le cas du PCNP.

Quoique ces instruments d'enquête n'aient pas été intentionnellement conçus pour évaluer le capital social, un examen plus attentif révèle que les deux enquêtes comprennent des questions liées à l'aptitude des projets à favoriser les trois dimensions du capital social : le capital social qui unit (bonding); le capital social qui relie (bridging); et le capital social qui crée des liens (linking) (voir l'encadré ci-dessus).

Une analyse plus poussée des outils d'évaluation engendre des données quantitatives et qualitatives qui démontrent que le PACE et le PCNP affectent tous deux le capital social, tant sur le niveau plan individuel (personnes qui participent au programme) que collectif (projet). ►

Application de la théorie du capital social aux programmes d'allaitement : Un exemple éloquent

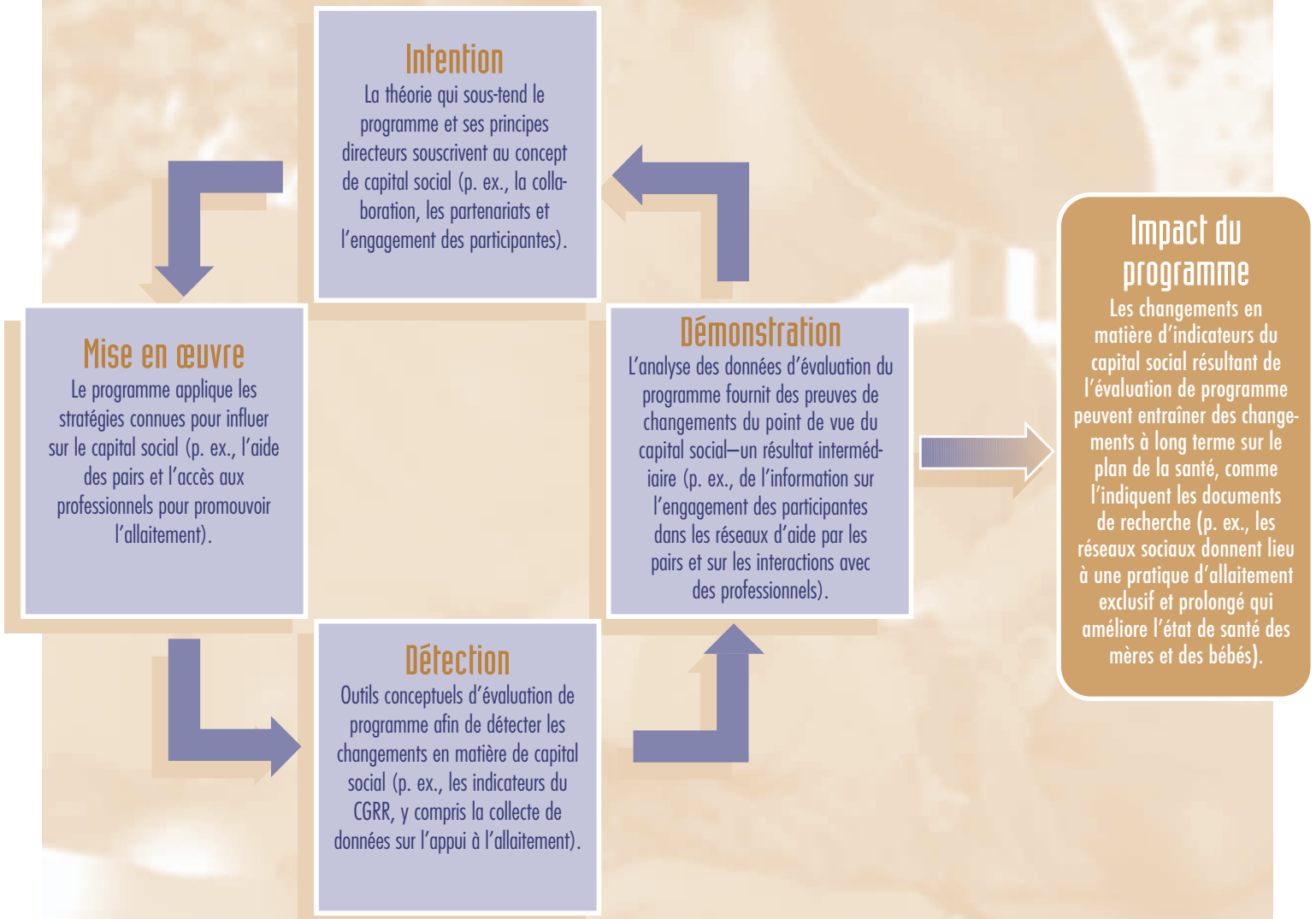
Les liens entre l'allaitement maternel exclusif et prolongé et la bonne santé de la mère et de l'enfant ont été clairement démontrés⁵. Par conséquent, la promotion de l'allaitement maternel constitue aujourd'hui une composante clé de nombreux programmes prénataux communautaires. Ces programmes misent sur plusieurs stratégies dont certaines peuvent enrichir le stock de capital social des personnes qui participent au programme (p. ex., l'aide des pairs, l'accès au soutien professionnel).

Dans le passé, on évaluait l'efficacité du programme en surveillant et en mesurant les pratiques d'allaitement des participantes. Mais depuis que de récentes données

probantes ont révélé que le capital social pourrait influencer la décision d'initier et de maintenir la pratique de l'allaitement⁶, les programmes mettent au point des évaluations qui servent aussi à déceler des changements en matière de capital social—dans ce cas, des changements affectant le niveau et la nature de l'*appui* envers la pratique de l'allaitement maternel.

Le cadre logique ci-dessous démontre l'utilité qu'il y a à appliquer le capital social aux programmes communautaires et l'approche engagée en ce sens, de manière à orienter et enrichir le programme et pour produire un résultat intermédiaire mesurable.

Théorie du capital social et logique du programme



Enrichir le capital social qui unit

Dans le cadre de leurs cours prénataux et de leurs ateliers sur le parentage, la santé et le développement des enfants, le PACE et le PCNP créent à la fois des espaces physiques et sociaux qui permettent aux parents de participer à des activités de groupe (p. ex., préparation des aliments, jardins communautaires, cuisines collectives, cercles de couture) et qui les encouragent à échanger de l'information et à discuter de leurs expériences. Dans le cas du PCNP, 96 % des projets visés par le QP (2003–2004) intégraient une forme quelconque de programmation sociale de groupe. De plus, 99 % offraient des suppléments alimentaires, 90 % des services de transport et 71 % des services de garderie sur place, autant de mesures pour aider les femmes isolées à surmonter les obstacles et à bâtir leur propre réseau social.

Les commentaires des parents du PACE révèlent en quoi l'établissement de liens sociaux étroits peut enrichir le capital social :

« Le programme m'a aussi donné l'occasion de me faire des amis. Quand j'ai quitté (village) pour m'installer à (ville), je vivais dans une coquille. Grâce au programme, j'ai pu rencontrer des gens qui vivaient la même chose que moi. »

« Quand je suis au Centre, j'ai l'impression de faire partie de quelque chose. Sur le plan personnel, cela a aussi enrichi ma vie sociale parce que j'ai rencontré d'autres parents avec lesquels j'avais beaucoup en commun . . . ici, tout le monde souscrit à l'adage « qu'il faut un village pour élever un enfant ».

Enrichir le capital social qui relie

Le PACE et le PCNP recueillent des données sur l'engagement des participantes au programme en demandant aux responsables des projets de décrire dans quelle mesure les personnes s'engagent bénévolement dans les projets, les comités ou les organes directeurs. Grâce à leur engagement, les participantes sont exposées à des groupes de gens différents de ceux qu'elles fréquentaient généralement dans le passé. Les données du PNP (2004–2005) du PACE révèlent que les participantes :

- participent comme bénévoles aux activités offertes dans le cas de 75 % des projets

- font partie de comités dans le cas de 54 % des projets
- sont membres de l'organe directeur dans le cas de 55 % des projets

Plusieurs projets relevant du PCNP ont créé des rôles officiels pour des pairs dûment formés (travailleuses sur le terrain) ou des « mères ressources », comme l'explique une coordonnatrice de projet :

« Les travailleuses paires sur le terrain ont déjà vécu des situations semblables et constituent une voie d'accès chaleureuse et sympathique au programme. Leur formation . . . converge efficacement avec leurs expériences personnelles. Par conséquent, elles sont considérées comme de précieuses ressources par les participantes et par les équipes⁷ ».

Enrichir le capital social qui crée des liens

On incite les responsables des projets du PACE et du PCNP à conclure des partenariats avec d'autres organismes pour favoriser une meilleure gestion, coordination et prestation des activités. En outre, les partenariats peuvent aider à élargir les réseaux des participantes. Le PNP révèle qu'un projet moyen regroupe 16 partenaires, le plus souvent des organismes de santé, des établissements d'enseignement, des organismes communautaires de quartier et des ressources à l'intention des familles et des jeunes enfants. En outre, les aiguillages illustrent bien en quoi le capital social sert à créer des liens. En 2003–2004, les données du QP révélaient que 95 % des 181 projets du PCNP sondés avaient procédé à 46 000 aiguillages vers

d'autres organismes ou services, y compris des professionnels de la santé, des banques d'alimentation, des cours prénataux, des programmes d'intervention pour la petite enfance, des cours de parentage, des services sociaux, des organismes de logement et des programmes de lutte contre les toxicomanies.

Incidences et bienfaits

En créant des liens empiriques entre l'enrichissement du capital social et l'amélioration de la santé, la recherche sur le capital social appuie les efforts investis par les programmes communautaires pour mesurer et afficher les changements en matière du capital social comme des

En quoi le **capital social** peut-il éclairer l'élaboration des politiques publiques en matière de santé?

Sandra Franke, *Projet de recherche sur les politiques, gouvernement du Canada*

A lors que les articles précédents examinaient l'application du capital social à des secteurs et des programmes spécifiques, cet article décrit sommairement divers modes d'application du capital social auxquels peuvent avoir recours les gouvernements pour mettre au point des politiques et programmes axés sur la santé.

Les gouvernements peuvent explorer diverses possibilités leur permettant d'intégrer le capital social aux activités d'élaboration des programmes et politiques publiques. Selon l'enjeu en cause, il est possible de faire appel à l'une ou l'autre des approches suivantes¹ :

Créer et soutenir des réseaux

Plusieurs programmes gouvernementaux intègrent déjà des mesures explicites visant à inciter ou à promouvoir la création de réseaux comme moyen de réaliser les objectifs des programmes. Les projets de promotion de la santé publique, par exemple, contribuent souvent à l'établissement des liens entre les participants aux programmes, entre les partenaires communautaires ou entre les usagers et les non-usagers des services. Une prise en compte explicite des effets du capital social peut inclure un suivi et une évaluation plus systématiques pour voir en quoi ces mesures particulières ont contribué (ou non) aux résultats escomptés du programme, et fournir des renseignements qui permettent de modifier les programmes et les politiques pour mettre en place certains types de réseaux, en fonction de circonstances particulières.

Miser sur les réseaux sociaux existants pour assurer la prestation des programmes

Les programmes gouvernementaux peuvent avoir à miser sur les réseaux sociaux en place pour réaliser leurs objectifs en faisant appel, par exemple, à des leaders communautaires influents pour modifier des comportements affectant la santé à l'intérieur de leurs réseaux sociaux respectifs. Dans le cadre d'un projet communautaire mis sur pied aux États-Unis, les efforts engagés pour réduire la propagation du VIH comprenaient le recrutement de leaders

d'opinion populaires au sein des réseaux sociaux de la communauté masculine gaie pour transmettre d'importants messages de santé à leurs pairs².

Établir des conditions favorables

Dans certains cas, il peut s'avérer plus rentable pour les programmes publics d'investir dans l'établissement de conditions générales favorisant la création du capital social plutôt que de tenter d'orienter directement le développement de réseaux. Ceci peut se faire en demandant l'aide de « courtiers » ou « entrepreneurs » sociaux, en investissant dans des espaces et des infrastructures publiques ce qui, en retour, favorisera l'interaction sociale. En outre, on peut aussi appuyer les efforts de leaders locaux ou de porte-parole de services publics particuliers qui cherchent à créer des liens et à mobiliser des réseaux.

Accroître la sensibilisation aux formes existantes de capital social

Cette approche consiste à assembler l'information concernant les réseaux sociaux existants et à l'intégrer aux étapes de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques et programmes. Ceci permet de sensibiliser les concepteurs de politiques et les décideurs aux incidences possibles sur le capital social des nouvelles interventions ou des changements dans les orientations stratégiques. En outre, l'adoption d'une perspective axée sur le capital social peut simplement aider à clarifier les interactions entre les politiques et les liens sociaux. 🗨️

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

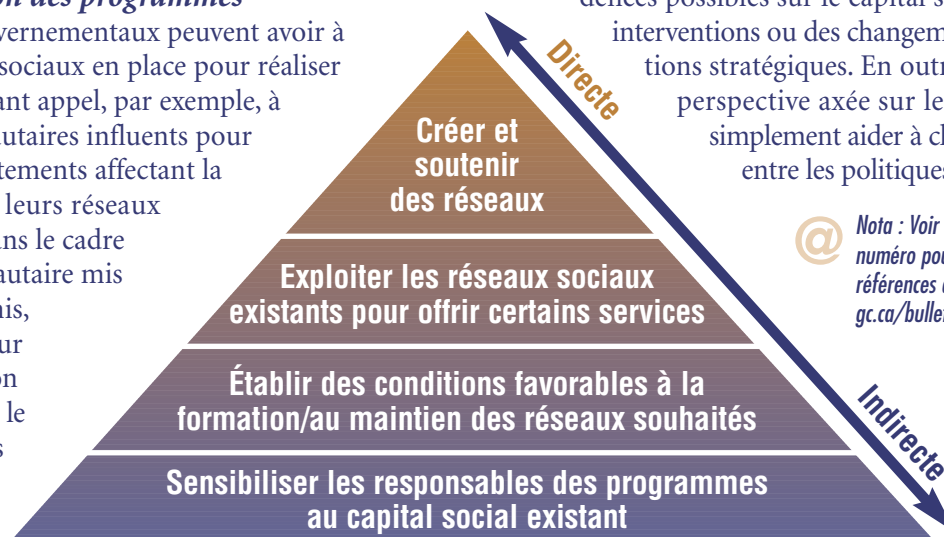


Figure 1 : **Le capital social au service des politiques publiques**

Source : Adapté avec l'autorisation du *Projet de recherche sur les politiques, 2005*¹.



Le saviez-vous? est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui examine divers aspects de l'information, des données et des études sur la santé pouvant donner lieu à des idées fausses. Le présent numéro met l'accent sur la notion de « confiance ». Partant d'une série d'observations et d'opinions intéressantes, il tente de définir ses liens avec le capital social et la santé.

Capital social, confiance et santé—disparités

Richard Duranceau, Division des politiques, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

L'auteur tient à souligner l'aimable collaboration de **Mark Wheeler**, de **Linda Senzilet**, de **Derek McCall** et de **Talia DeLaurentis**, de la Division des politiques, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada.

La confiance se définit comme « une croyance . . . en les habiletés ou en la sécurité d'une personne, d'un organisme ou d'une chose »¹. Les théoriciens du capital social décrivent la confiance comme une relation entraînant tour à tour une obligation et une attente, la confiance était perçue comme une sorte de « crédit » qui procure un sentiment de sécurité face aux relations¹.

Lorsqu'on étudie le capital social, il importe d'examiner la confiance en contexte, selon deux sous-niveaux :

- les relations interpersonnelles
- les relations avec les institutions¹

Malgré la détermination que la confiance constitue un indicateur de capital social, elle demeure difficile à mesurer parce que la nature précise de la relation est contestée. Certaines données intéressantes portent à croire, néanmoins, que la confiance constitue un facteur du capital social, de la bonne santé et de la prospérité individuelle et sociétale.

Confiance et capital social : Résultat ou condition préalable?

Certains chercheurs considèrent la confiance comme une résultante du capital social, alors que d'autres la voient plutôt comme une condition préalable. Ces points de vue divergents dépendent des distinctions faites entre la

confiance interpersonnelle et la confiance à l'égard des institutions. Robert Putnam² définit le capital social comme « les caractéristiques de l'organisation sociale, comme les réseaux, les normes et la confiance sociale, qui facilitent la coordination et la coopération aux fins d'avantages mutuels ». La vision de la confiance qu'entretient Putnam est centrée sur la société puisqu'il cherche à comprendre en quoi les interactions sociales engendrent la confiance interpersonnelle. Par contre, Woolcock³ argue que « la confiance . . . a une importance en soi mais . . . se comprend mieux lorsqu'on la considère comme le fruit d'interactions répétées, d'institutions juridiques crédibles, ou de réputations ». Woolcock est d'avis que la confiance passe par les institutions, c'est-à-dire que des institutions politiques crédibles inspirent confiance. Même si les deux auteurs considèrent que les concepts de capital social et de confiance sont étroitement liés, Putnam affirme que la confiance (interpersonnelle ou institutionnelle) peut être vue comme un indicateur de capital social. Par conséquent, les variations dans les niveaux de confiance interpersonnelle ou de confiance envers les institutions pourraient bien refléter les différences dans les niveaux de capital social.

Existe-t-il un lien entre la confiance interpersonnelle et la santé?

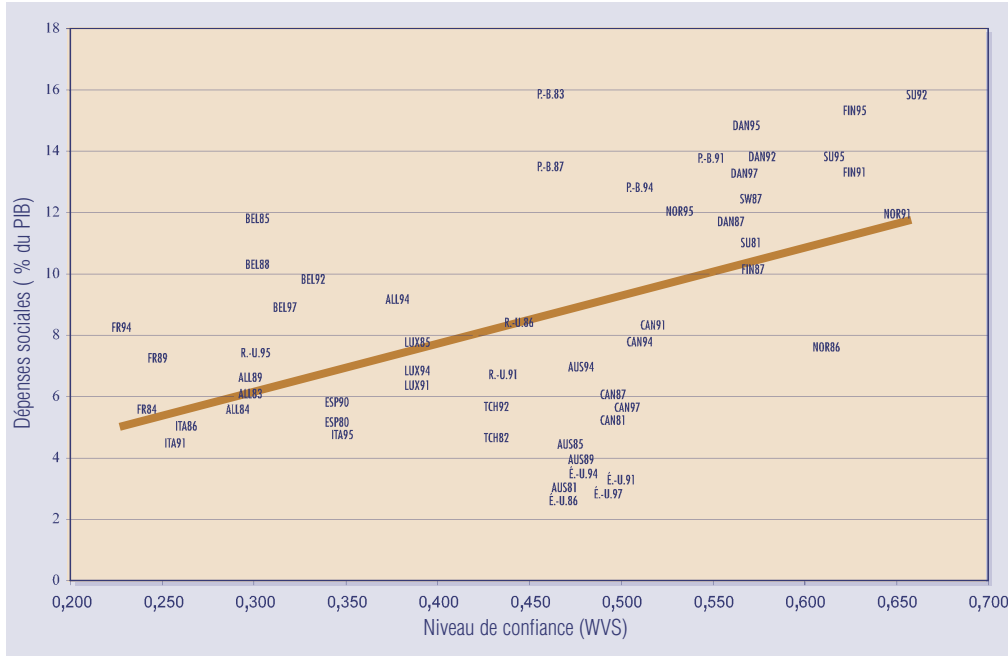
Partant d'études qui examinent le capital social en fonction des normes de réciprocité, de la participation sociale et civique et de la confiance, les études épidémiologiques sociales se sont intéressées aux liens entre la confiance, le

taux de mortalité et l'état de santé autoévalué. Les recherches de Kawachi *et coll.*⁴ ont fait ressortir un lien entre les niveaux de confiance interpersonnelle et la mortalité selon l'âge et selon la région aux États-Unis. On a constaté que les taux de mortalité étaient plus élevés dans les États où un nombre accru de

répondants affirmaient que « la plupart des gens tendent à prendre avantage de vous s'ils en ont la chance ». C'est dans les États du sud des États-Unis comme la Louisiane, le Mississippi, l'Alabama, la Géorgie et l'Oklahoma qu'on observait le plus haut pourcentage de répondants avec le plus faible niveau de confiance interpersonnelle. Kawachi et Kennedy⁵ croient que ces États souscrivent à des valeurs



Figure 1 : Dépenses sociales comme pourcentage du PIB, selon le niveau de confiance



Interprétation du graphique

On a eu recours à l'indice de confiance du World Values Survey (WVS), un sondage mondial axé sur les changements socioculturels et politiques, pour analyser le graphique. Ce dernier examine les dépenses sociales en tant que pourcentage du PIB. Les résultats obtenus par les pays de la Figure 1 sont analysés ci-dessous. Puisqu'il existe plusieurs éditions du WVS, on indique, dans la mesure du possible, l'année du sondage.

Source : Adapté avec l'autorisation de Schwabish et coll., 2004⁶.

favorisant un rôle minimal du gouvernement dans la réduction des inégalités de santé. Les auteurs affirment que « En raison de la culture sociopolitique qui prévaut dans ces États, les personnes à faible revenu ont moins accès aux ressources sociales disponibles, ce qui peut nuire à la qualité de leur santé ».

Existe-t-il un lien entre la confiance et les disparités socioéconomiques?

Fait intéressant, on observe de plus grandes disparités socioéconomiques et des dépenses sociales plus faibles chez les sociétés affichant des niveaux de confiance plus faibles. Des études comparatives transnationales sur l'effet des disparités et de la confiance sur les dépenses sociales menées par Schwabish *et coll.*⁶ ont fait ressortir des liens solides et positifs entre diverses mesures de la confiance et les dépenses sociales. Comme l'indique la Figure 1, par exemple, les pays scandinaves (Danemark [DAN], la Suède [SU], la Finlande [FIN] et la Norvège [NOR]), dont les dépenses sociales sont élevées, profitent également d'un niveau de confiance plus élevé que le Canada (CAN), l'Australie (AUS), le Royaume-Uni (R.-U.) et les États-Unis (É.-U.). On note avec intérêt la place de la République tchèque (TCH) en plein centre du graphique, puisque ce pays, qui faisait autrefois partie de l'ancien bloc communiste, rivalise maintenant avec certains pays d'Europe de l'Ouest étudiés. Les niveaux de confiance de pays comme l'Espagne (ESP), la France (FR), l'Italie (ITA), l'Allemagne (ALL), la Belgique (BEL), les Pays-Bas (P.-B.) et le Luxembourg (LUX) sont plus faibles

mais leurs dépenses sociales sont plus élevées. Il importe de mener d'autres études pour mieux saisir la dynamique en jeu dans ces pays.

Cela dit, on ne peut toutefois pas ignorer la question de causalité renversée. Il se pourrait bien que les dépenses sociales affectent les niveaux de confiance et de capital social au sein de ces sociétés. Il importe d'effectuer d'autres recherches pour arriver à mieux comprendre les liens de causalité entre la confiance et les dépenses sociales. Quoique la Figure 1 fasse état de conclusions percutantes en ce sens, ces dernières demeurent ténues.

Confiance, disparités et santé : Quelle est la dynamique en cause?

Même si les études sur le « gradient » ont démontré un lien entre les taux de disparités socioéconomiques et la santé au sein d'une société, la dynamique même de cette relation a alimenté la discussion et suscité des débats⁷. Quoi qu'il en soit, les études sur la « confiance » ont donné lieu à des observations fort intéressantes.

Les chercheurs ont remarqué que les citoyens de sociétés qui jugent naturelles les disparités et l'hierarchie sociales tendent à souffrir de problèmes de santé plus ou moins sérieux selon leur rang social. Richard Wilkinson⁸ a émis la théorie que la compétitivité, le conflit et un niveau de stress élevé peuvent aggraver l'état de santé et conclut que les sociétés où les disparités de revenu sont grandes et les niveaux de confiance faibles contribuent grandement aux inégalités de santé. *Mais pourquoi?*

► Le saviez-vous?, suite à la page 41



Qui fait quoi?

Qui fait quoi? est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui présente les chercheurs clés qui s'intéressent aux politiques sous l'angle d'une thématique particulière. Cet article présente certains groupes et organismes qui produisent et utilisent des données aux termes des recherches sur le capital social.

Julie Creasey, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada

L'auteure tient à souligner l'aimable collaboration de **Sandra Franke**, Projet de recherche sur les politiques, Gouvernement du Canada, et de **Solange van Kemenade**, Division de la recherche sur les politiques, Direction générale des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada.

Gouvernement du Canada

Projet de recherche sur les politiques (PRP)

Le PRP contribue aux activités de planification stratégique à moyen terme du gouvernement du Canada en menant des projets de recherche horizontaux et en puisant à l'expertise et au savoir du gouvernement fédéral et des universités et organismes de recherche. En 2003, le PRP lançait un projet interministériel ayant pour objet d'examiner la pertinence et l'utilité du capital social en tant qu'outil de politiques publiques. Ce projet étalé sur deux ans a donné lieu à la publication de trois documents importants :

- *Le capital social comme instrument de politique publique : Rapport de projet*
<http://policyresearch.gc.ca/doclib/SC_Synthesis_F.pdf>
- *Le capital social à l'œuvre : Études thématiques sur les politiques*
<http://policyresearch.gc.ca/doclib/SC_Thematic_F.pdf>
- *La mesure du capital social : Document de référence pour la recherche, l'élaboration et l'évaluation de politiques publiques*
<http://policyresearch.gc.ca/doclib/Measurement_F.pdf>

En outre, plusieurs autres publications produites dans le cadre du PRP abordent des thèmes ou présentent des articles ayant trait au capital social.

Consultez le site Internet du PRP (http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=rp_sc_index&langcd=F) pour accéder à ces articles et pour obtenir d'autres renseignements sur les événements et les activités de recherche du PRP axés sur le capital social, y compris l'information relative à une conférence internationale—Les possibilités et défis de la diversité : Un rôle pour le capital social?

Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC)

Division de la recherche sur les politiques (DRP), Direction générale des politiques stratégiques (DGPS), ASPC

La DRP (qui faisait autrefois partie de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada) effectue des recherches dans le domaine du capital social depuis 2001. Ces dernières ont permis de :

- déceler et documenter le matériel de référence, ainsi que les travaux effectués par les chercheurs canadiens et dans le cadre de projets gouvernementaux
- mettre au point un module de questions d'enquête que peut utiliser Statistique Canada dans le cadre de ses enquêtes sur la santé et sur d'autres sujets
- définir des indicateurs du capital social pour évaluer les projets d'intervention communautaire financés par Santé Canada et par l'ASPC (p. ex., le Projet sur l'efficacité des interventions communautaires)

Les publications suivantes font état de diverses recherches effectuées par la DRP :

- *Le capital social comme déterminant de la santé : Comment le définir?*
<http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2003-0207-social-defin/index_f.html>
- *Le capital social comme déterminant de la santé : Comment le mesurer?*
<http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2003-0208-social-meas-mes/index_f.html>
- *Le capital social peut-il être l'objet des politiques publiques?*
<http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=v6n3_art_07&langcd=F>

En 2004, la DRP collaborait avec l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa pour analyser les données de l'*Enquête sociale générale (ESG), cycle 17* (2003), dans l'optique d'établir des liens entre le capital social et la santé. Outre les résultats présentés dans le présent numéro du Bulletin, les publications suivantes du DRP ont présenté les fruits de ces travaux :

- *Quelle est l'incidence du capital social sur la santé des Canadiens?*
<http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=pub_wp_abs#WP0010f>
- *Une analyse réticulaire du capital social et de la santé : Résultats et limites*
<http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=v8n2_art_18&langcd=F>

Bureau du secteur bénévole, ASPC

Puisque le secteur bénévole et sans but lucratif du Canada regroupe 161 000 organismes, il joue un rôle de premier plan dans la croissance et le développement des réseaux sociaux. Compte tenu de sa forte pénétration au sein des collectivités canadiennes, le secteur a recours à des réseaux virtuels et physiques aux échelons local, régional et national pour produire et disséminer des connaissances, de l'expertise et des programmes. Il cherche aussi à engager les Canadiens dans des dossiers stratégiques et à mobiliser les bénévoles et les professionnels afin qu'ils offrent des services. Pour en savoir plus à ce sujet, aller à :

- Forum du secteur bénévole et communautaire <<http://www.voluntary-sector.ca/fr/index.cfm>>
- Conseil des ressources humaines pour le secteur bénévole et communautaire <http://www.hrcouncil.ca/council/index_f.cfm>
- Coalition canadienne des organismes bénévoles en santé <<http://www.healthcharities.ca>>

Deux projets exemplifient bien des secteurs clés des politiques publiques sur le capital social en action, soit l'aide aux populations à risque d'exclusion et la promotion du développement communautaire :

- La Fédération canadienne pour la santé sexuelle (Planification des naissances du Canada) incite tous les jeunes à s'intéresser activement aux politiques de santé et les encourage à faire plus de bénévolat (aller à : <<http://www.pffc.ca>>).
- La Best Medicines Coalition encourage les Canadiens atteints de maladies chroniques à participer aux prises de décisions centrées sur les politiques et la réglementation en matière de santé (aller à : <<http://www.bestmedicines.ca>>).

Statistique Canada

- Engagement social et participation à la vie communautaire : Les populations des régions rurales et petites villes ont-elles véritablement l'avantage? (*Bulletin d'analyse — Régions rurales et petites villes du Canada*, 6(4), disponible au site suivant : <<http://www.statcan.ca/francais/freepub/21-006-XIF/21-006-XIF2005004.pdf>>).

On a eu recours aux données de l'ESG, cycle 17 (2003) pour déterminer si les habitants des régions rurales et des petites villes avaient plus tendance que leurs homologues des grandes régions urbaines à s'engager au sein d'organismes; à établir et entretenir des liens sociaux avec des amis, des parents et des voisins; à faire du bénévolat; à participer à divers types d'activités sociales et politiques; et à faire confiance aux autres.

Autres gouvernements nationaux

- Le Bureau of Statistics de l'Australie publie des statistiques sur le capital social et met à l'essai de nouvelles enquêtes. Des travaux sont en cours en vue d'inclure des composantes sur le capital social et le travail bénévole dans l'Enquête sociale générale de l'Australie de 2006, (aller à : <<http://www.abs.gov.au/websitedbs/d3310114.nsf/Home/themes>>).
- L'Office for National Statistics (ONS) du Royaume-Uni a lancé un projet sur le capital social qui comprend l'examen de la documentation, des recherches sur les mesures et un outil de référence de la Banque de questions sur le capital social fondé sur une matrice d'enquête de l'ONS (aller à : <<http://www.statistics.gov.uk/socialcapital/default.asp>>).

Organismes internationaux

- L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) s'affaire à définir le capital social et a amorcé des recherches axées sur des indicateurs comparables au niveau national (aller à : <http://www.oecd.org/document/33/0,2340,en_2649_34543_1850913_1_1_1_1,00.html>).
- L'Inter-American Development Bank Initiative on Social Capital, Ethics and Development publie un bulletin électronique hebdomadaire (aller à : <http://www.iadb.org/etica/documentos/Blt_23Enero2006-I.htm>).
- La Banque mondiale a pris les devants en examinant le capital social dans une perspective de développement social international. Des efforts ont été déployés pour encourager la recherche sur le capital social et la clarification du concept, ainsi que pour favoriser l'établissement de programmes et de politiques capables de réduire la pauvreté, d'accroître la stabilité sociale et de promouvoir le développement économique (aller à : <<http://www.worldbank.org/poverty>>).

Ressources à l'Internet

- Le Social Capital Gateway est un site Web personnel sans but lucratif qui donne accès à des listes détaillées et catégorisées de lectures sur le capital social. Il fournit également des renseignements sur les actualités et les événements de pointe et propose des liens vers d'autres sources électroniques d'information sur la recherche (aller à : <<http://www.socialcapitalgateway.org/index.htm>>).
- La Chronique des réseaux offre l'accès à des sites Web, articles et résumés de livres informatifs sur le réseaux (aller à : <http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/networks_digest_f.php>).

L'utilisation des données relatives à la santé au Canada est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui met en lumière diverses méthodes utilisées pour analyser les données sur la santé. Ce numéro examine les difficultés qui se posent lorsqu'on a recours aux données résultant d'enquêtes complexes.

Elena Tipenko, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

L'auteure tient à souligner l'aimable collaboration de **Allan Gordon**, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada, de **Chris Oster**, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada, et de **Julie Creasey**, Direction générale de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada.

Les défis propres aux enquêtes complexes

Les enquêtes complexes, comme l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* (ESCC), l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) et l'*Enquête sociale générale* (ESG) fournissent de précieuses données aux chercheurs actifs dans le domaine des politiques de santé. Mais puisque les modes de collecte de données propres à ces types d'enquête se fondent sur des plans d'enquête complexes, il faut user de prudence au moment d'analyser les données. Nombre de chercheurs et autres qui traitent l'information générée par des enquêtes complexes tendent à ignorer les étapes cruciales à suivre.

Plans d'enquêtes complexes : Méthodes d'échantillonnage

Dans un monde idéal, on irait chercher les données d'enquête auprès de chaque unité (p. ex., les répondants) au sein d'une population donnée. Ainsi, l'analyse refléterait les valeurs réelles de la population. Mais puisque le sondage d'une population entière n'est pas pratique, coûte cher et prend beaucoup de temps, on recueille des données auprès d'un échantillon de la population, puis on formule des **estimations** des paramètres réels de la population (p. ex., la moyenne, l'écart type). La difficulté consiste à déterminer la fiabilité de ces estimations, une

tâche difficile, compte tenu des types et choix de méthodes d'échantillonnage utilisés pour produire les plans d'enquêtes complexes.

Les plans d'enquêtes complexes comprennent surtout des échantillons stratifiés et par grappes (voir l'encadré) à une ou plusieurs étapes, et l'échantillonnage des grappes peut miser sur des probabilités de sélection inégales. Par conséquent, la plupart des programmes informatiques statistiques ne permettent pas de traiter avec exactitude les données d'enquêtes complexes parce que les programmes ont été conçus uniquement pour collecter des données d'échantillonnages aléatoires simples. Cette situation peut entraîner divers problèmes.

À défaut de tenir compte des plans d'enquêtes complexes, on risque de sous-estimer l'erreur type (mesure de variabilité d'une estimation), ce qui peut donner lieu à des conclusions invalides, y compris celles sur la fiabilité des estimations. À titre d'exemple, une analyse qui ne suit

pas les étapes de collecte de données des enquêtes complexes peut révéler l'existence de relations statistiquement significatives qui n'existent pas dans les faits.

Importance de l'exactitude et de la précision

Pour bien évaluer la fiabilité des estimations, il faut nécessairement faire preuve d'exactitude et de précision. La précision d'une estimation a beaucoup à voir avec les erreurs systématiques (p. ex., l'absence de réponse ou un questionnaire trompeur) et aide à voir en quoi une estimation reflète bien le paramètre réel de population. Statistique Canada investit beaucoup de temps et d'efforts afin de réduire le nombre d'erreurs systématiques.

La notion de précision fait référence au taux de variabilité des estimations liées à divers échantillons, puisque des échantillons différents d'une même population donnent lieu à des estimations différentes. Comme l'illustre la Figure 1, deux échantillons différents de la population ont été prélevés de la population pour estimer une moyenne de population

Trois méthodes d'échantillonnage courantes

Échantillonnage aléatoire simple

- forme la plus fondamentale
- sélection aléatoire d'un certain nombre d'unités d'échantillonnage, comme les répondants, partant de la population totale

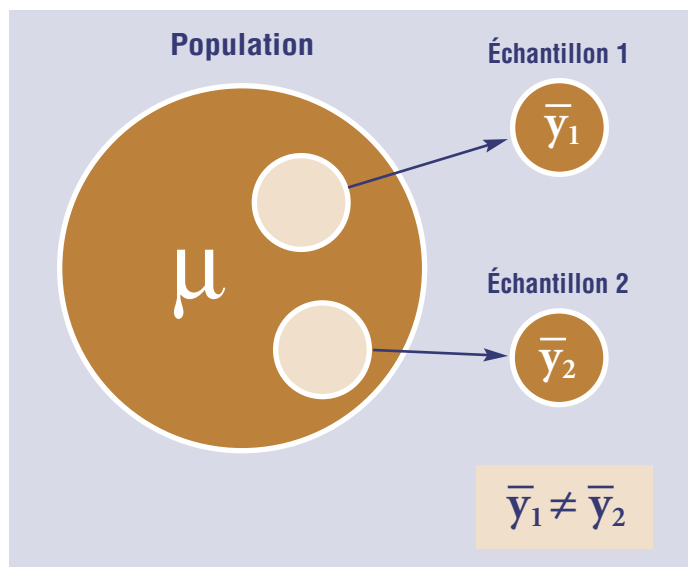
Échantillonnage stratifié

- sert lorsque les unités de population affichent de grandes différences (p. ex., le revenu des hommes et le revenu des femmes)
- regroupement des unités intéressantes en sous-groupes appelés « strates », puis sélection aléatoire d'un échantillon partant de chaque strate

Échantillonnage par grappes

- sélection aléatoire de grosses unités ou grappes d'échantillons (p. ex., les écoles secondaires); au sein des grappes, enquête sur les unités d'observation (p. ex., les élèves)

Figure 1 : Des échantillons différents produisent des estimations différentes



réelle inconnue (μ). Cependant, il est fort probable que les estimations résultant de ces échantillons (\bar{y}_1 et \bar{y}_2) seront différentes. L'**erreur type** constitue la mesure de variabilité entre les estimations dérivées des divers échantillons. Par conséquent, il s'agit d'un indicateur qui témoigne de la précision des estimations. Lorsque l'erreur type est petite, les valeurs des estimations applicables à divers échantillons seront plus semblables et plus précises. La valeur de l'erreur type dépend de ce qui suit :

- la variance de population (ou répartition de la population)
- le nombre d'observations (N) au sein de la population
- le nombre d'observations (n) au niveau de l'échantillon
- la méthode d'échantillonnage qu'on utilise pour choisir l'échantillon aléatoire

Évaluation de la fiabilité

L'erreur type donne une idée de la précision des estimations. Mais pour évaluer la fiabilité et la qualité d'une estimation, il faut avoir recours au **coefficient de variation (CV)** d'une estimation, qui mesure la variabilité relative d'une estimation. Le CV d'une estimation est l'erreur type de l'estimation divisée par l'estimation comme telle. Pour estimer la moyenne, le coefficient de variation est le suivant :

$$\text{coefficient de variation (CV)} = \frac{\text{erreur type de la moyenne}}{\text{moyenne}} \times 100 \%$$

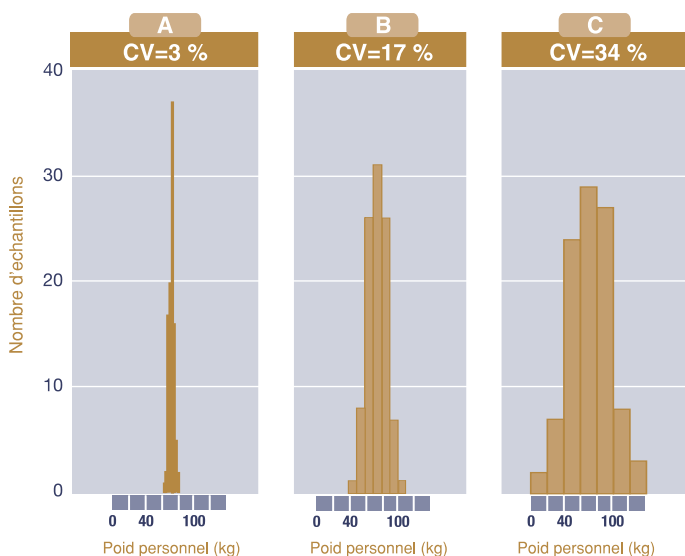
Regard plus poussé sur la distribution de l'échantillon

Imaginons que *tous* les échantillons possibles d'une taille précise (n) ont été extraits d'une population. Supposons ensuite qu'on ait produit une **statistique** (p. ex., une moyenne, une proportion, un écart type) pour chacun de ces échantillons. La distribution de probabilité de cette statistique constitue la **distribution de l'échantillon**.

Exemplification de la valeur du CV

La Figure 2 présente trois **distributions de l'échantillon** de la moyenne de poids personnel hypothétique, ainsi que les CV des estimations correspondants. Les CV font état de la variabilité relative de chaque estimation. Un plus petit CV, comme celui illustré à la Figure 2A, indique que la façon d'établir l'échantillon (p. ex., méthode d'échantillonnage, taille de l'échantillon) donnera lieu à une estimation précise et fiable, puisque les estimations applicables à tous les échantillons définis de la même façon ont des valeurs similaires. Si le CV d'une estimation est trop gros, comme c'est le cas à la Figure 2C, les estimations ne seront pas fiables et on les jugera inacceptables, des échantillons différents pouvant donner lieu à des estimations très différentes. Ainsi, plus la variabilité relative de l'estimation entre les échantillons est grande, moins l'estimation est fiable.

Figure 2 : Moyenne de poids personnel—Trois distributions de l'échantillon



Aperçu des étapes

Compte tenu des difficultés inhérentes aux enquêtes complexes et de l'importance de produire des résultats précis, voici quelques étapes clés à connaître et respecter.

Première étape : **S'assurer que le nombre d'unités échantillonnées dans le calcul de l'estimation est supérieur à 30**. Si le nombre de répondants échantillonnés est inférieur à 30, il ne faudrait pas publier l'estimation

Tableau 1 : Lignes directrices sur la variabilité de l'échantillonnage de Statistique Canada

Type d'estimation	CV (%)	Lignes directrices
Acceptable	0,0–16,5	Les estimations peuvent être publiées.
Marginal	16,6–33,3	Les estimations peuvent être publiées mais doivent être accompagnées d'un avertissement touchant la grande variabilité de l'échantillonnage en rapport avec les estimations.
Inacceptable	>33,3	Il serait préférable de ne pas publier les estimations, puisque les conclusions fondées sur ces données ne sont pas fiables et sont fort probablement invalides.

Source : Statistique Canada, adapté de ESCC, cycle 1.1, 2000–2001, documentation du Fichier de microdonnées à grand usage.

parce qu'un CV de l'estimation fondé sur un si petit échantillon est trop imprévisible.

Deuxième étape : **Trouver le coefficient de variation approximatif pour les estimations par catégories-types (l'échelle de mesure comprend un ensemble de catégories, c.-à-d., des réponses par oui/non) et de proportions à l'aide des tables de CV.** Dans le cas des enquêtes de Statistique Canada, on établit les valeurs de CV pour les estimations par catégories à l'aide des tables de variabilité approximative de l'échantillon, communément appelées « tables de CV ». Les CV se fondent sur la taille de l'estimation et constituent des approximations dérivées de la formule de variance pour les échantillonnages aléatoires simples, intégrant un facteur qui reflète la démarche par grappes et en plusieurs étapes propres aux enquêtes complexes.

Troisième étape : **Avoir recours aux lignes directrices pour évaluer le coefficient de variation pour une étendue acceptable.** Dans le cas d'un CV approximatif, évaluer l'acceptabilité de l'estimation à l'aide des lignes directrices de Statistique Canada (voir le Tableau 1).

Quatrième étape : **Calculer, au besoin, le coefficient de variation exact.** Il n'est pas facile de calculer le CV exact de données d'enquêtes complexes mais il pourrait s'avérer nécessaire de le faire si :

- les tables de CV ne sont pas disponibles ou ne fournissent pas l'information requise

- il faut produire des estimations à partir de statistiques plus complexes comme des coefficients de corrélation ou des estimations de coefficients de régressions linéaires
- il faut produire une estimation de variables quantitatives (variables mesurées selon une échelle numérique comme le poids)
- la valeur du CV calculé à l'aide de la table de CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %

Puisqu'il n'existe malheureusement aucune formule

mathématique simple pour

calculer l'erreur type

dans le cas d'enquêtes

complexes, il peut s'avérer

difficile de trouver le CV

exact d'une estimation.

Puisqu'il n'existe malheureusement aucune formule mathématique simple pour calculer l'erreur type dans le cas d'enquêtes complexes, il peut s'avérer difficile de trouver le CV exact d'une estimation. On recommande la méthode « **bootstrap** » pour calculer les CV lorsqu'on travaille avec des fichiers partagés entre la plupart des enquêtes sur la santé, ainsi que la méthode de **poids moyen ajusté** lorsqu'on travaille avec des fichiers de microdonnées à grand usage. Pour obtenir des renseignements sur ces deux méthodes, consulter le Service d'aide sur les données à : <data_données@hc-sc.gc.ca>.

Pour bien relever le défi

Pour produire de bonnes estimations à partir de données d'enquêtes complexes, il faut être conscient des défis inhérents à ces types d'enquêtes et des étapes additionnelles requises pour évaluer tout résultat. Il importe de respecter les étapes décrites dans le présent article, surtout avant de divulguer ou de publier des estimations. Lorsque ces précautions sont prises à l'étape d'analyse, les chercheurs et les utilisateurs de l'information peuvent avoir plus confiance en la qualité et en la fiabilité des résultats émanant d'enquêtes complexes. 🌀



Nouvelles notables est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui met l'accent sur la recherche vouée aux politiques de santé. Ce numéro s'intéresse tout particulièrement aux études financées dans le cadre du Programme de recherche sur les politiques en matière de santé de Santé Canada.

Appui à la recherche sur les politiques de santé

Le Programme de recherche sur les politiques en matière de santé (PRPS) de Santé Canada appuie une gamme d'initiatives, y compris des projets de recherche primaire, secondaire et de synthèse, ainsi que des ateliers, des séminaires et des conférences dédiés à la recherche sur les politiques. Depuis le lancement du programme en 2001, 25 initiatives ont profité d'un appui financier. Six projets de recherche récemment terminés sont décrits ci-dessous. Pour obtenir d'autres renseignements au sujet du PRPS ou pour obtenir des versions sommaires de ces rapports, communiquer avec <RMDDinfo@hc-sc.gc.ca>.

La gouvernance au service de la sécurité des patients... ce que l'industrie nous apprend (Dr Sam Sheps, Université de la Colombie-Britannique)

Des chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique ont évalué la gouvernance et la sécurité au sein de plusieurs industries à haute fiabilité pour déterminer quelles structures et quels procédés pouvaient s'appliquer au secteur des soins de santé. L'étude comprenait une évaluation critique de la documentation, des discussions avec les experts de diverses industries (aviation, énergie nucléaire, voies ferrées et soins de santé). Les chercheurs assistaient également à des réunions et conférences organisées par l'industrie. Entre autres recommandations clés, ils proposent la création d'une Agence canadienne de sécurité des patients, soit un organisme indépendant qui relèverait directement du Parlement.

Le gradient socioéconomique et la santé : Données probantes de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve, 1985–2001 (Ronald Colman, Société Atlantique Indice de progrès réel)

Cette étude mettait l'accent sur le « démantèlement » du gradient dans

la région atlantique du Canada pour établir quels déterminants de la santé contribuent le plus aux inégalités de santé mesurées, et vers où diriger les efforts pour réduire le gradient. Les résultats ont révélé qu'à lui seul, le revenu constitue le plus important facteur contribuant aux disparités socioéconomiques liées à la santé à Terre-Neuve et au sein de deux collectivités néo-écossaises étudiées.

Démantèlement du gradient de la santé : Un programme de recherche intra-métropolitain canadien (Nancy A. Ross, Université McGill)

Ce programme de recherche regroupait trois projets interreliés menés sur une période de deux ans. Les chercheurs ont constaté que les gradients varient selon le sexe, le résultat et le contexte urbain; que les quartiers ont plus d'influence sur le comportement des individus que sur les résultats de santé comme tels; et que le type de revenu gagné (c.-à-d., paiements de transfert ou revenu gagné) a un effet sur la santé des individus.

Déterminants de l'adaptation sociale et scolaire : Étude de jumeaux (Michel Boivin, Université Laval)

Les chercheurs participant à l'Étude de jumeaux nouveaux du Québec ont eu recours à des données longitudinales pour analyser les facteurs en cause dans le développement des problèmes sociaux et scolaires lorsque les enfants commencent à fréquenter l'école. Les résultats révèlent que

les troubles du comportement et les difficultés scolaires prennent souche dans les années préscolaires et que le rendement scolaire de certains enfants, surtout ceux issus de familles défavorisées, est plus faible que celui d'autres élèves. Ceci tient surtout au fait que les enfants de milieu défavorisés sont moins prêts à commencer l'école mais aussi au fait qu'ils affichent des problèmes externalisés.

Perception publique et niveau acceptable de risque pour la santé (Daniel Krewski, Université d'Ottawa)

Faisant appel à plusieurs méthodes, y compris les données d'une enquête nationale sur la perception du risque, les enquêteurs ont constaté que les Canadiens jugent le risque acceptable, du moment qu'il est pris volontairement. Ils indiquent aussi que, depuis une dizaine d'années,

Le point sur la Conférence de recherche sur la réglementation en matière de santé

Les 22 et 23 mars 2006, à Ottawa, Santé Canada organisait une Conférence de recherche sur la réglementation en matière de santé. Cette conférence avait pour objet :

- 1 de favoriser une collaboration efficace entre les responsables des politiques et la communauté universitaire;
- 2 de faciliter la constitution d'équipes de recherche multidisciplinaires vouées aux questions de réglementation en matière de santé;
- 3 d'encourager les travaux visant la mise au point d'un programme de recherche axé sur les politiques de réglementation en matière de santé.

Cette conférence a été hautement appréciée par l'ensemble des participants parmi lesquels figuraient 47 universitaires et 42 fonctionnaires fédéraux responsables des politiques. À l'heure actuelle, Santé Canada examine diverses approches permettant de donner suite aux leçons apprises. Le PRPS procédera à un appel de demandes touchant la réglementation en matière de santé à l'automne 2006.

le niveau de confiance des Canadiens face aux compétences décisionnelles et réglementaires du gouvernement et des spécialistes en matière de risque lié à la santé s'est grandement accrue.

Famille, collectivité et santé dans un contexte de changement économique (Roderic Beaujot, Université Western Ontario)

Les chercheurs ont mené une série d'études, partant de données tirées surtout des enquêtes de Statistique Canada, pour mieux comprendre l'influence des familles et des collectivités sur la santé collective et individuelle. Ces études ont fourni de l'information sur la structure familiale et la santé mentale des adultes et des enfants; sur le revenu et la santé; sur les caractéristiques communautaires, la cohésion sociale et la santé; sur le choix du moment et la trajectoire pour devenir parent; ainsi que sur les valeurs des enfants. 🌱

► **Application de la recherche sur le capital social aux évaluations communautaires, suite de la page 31**

résultats intermédiaires pouvant améliorer l'état de santé à long terme. À titre d'exemple, en plus des efforts à long terme requis pour évaluer le fonctionnement enfant-santé, les compétences parentales et les attributs des parents et familles⁸, les programmes communautaires profiteraient d'une approche plus délibérative face à l'évaluation du capital social. En révisant leurs mesures d'évaluation en fonction des indicateurs du capital social, ces programmes pourraient renforcer et accroître l'utilité et la fiabilité de leurs instruments d'évaluation et de leurs résultats.

Les questions et variables sur le capital social tirées de l'*Enquête sociale générale* (ESG), cycle 17, ainsi que des outils tels que l'évaluation d'impact du capital social⁹, constituent un bon point de départ. Les questions propres à ces sources pourraient être adaptées pour aider à évaluer des programmes communautaires comme le PACE et le PCNP. En outre, la construction de la théorie de programme pourrait profiter des connaissances acquises quant aux liens entre le capital social et la santé et appliquer ce savoir aux CGRR, aux modèles logiques et à d'autres outils d'évaluation. Somme toute, l'intérêt croissant envers l'approche axée sur les réseaux dans un contexte de capital social et l'ensemble des études à ce sujet pourraient s'avérer utiles aux responsables des programmes communautaires pour renforcer et mesurer l'aptitude des programmes à créer des réseaux à l'échelle des participants et des projets. 🌱

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.*

► **Le saviez-vous?, suite de la page 34**

Une question de confiance institutionnelle

Les études font ressortir maints facteurs sociaux (le stress, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le soutien social et l'alimentation) susceptibles d'aggraver l'état de santé des gens à faible statut socioéconomique. Par conséquent, les dépenses sociales visant à réduire les disparités au sein du marché du travail et le taux de chômage, à améliorer le logement et à accroître le soutien social dans les quartiers contribuent aussi à rehausser la santé et le bien-être d'une population donnée.

Comme l'indique la Figure 1 de la page 34, les sociétés plus cohésives et confiantes semblent favoriser les dépenses sociales. Au sein de sociétés moins confiantes, les gens croient moins en la propension des institutions à investir dans des programmes sociaux pouvant réduire les disparités. D'autre part, les sociétés qui considèrent injustes et intolérables les disparités sociales tendent davantage à adopter des politiques pour réduire les écarts de revenus et leurs incidences néfastes sur le bien-être (y compris la santé) des individus et des familles.

Une question de confiance mutuelle

Les travaux de Wilkinson et Kawachi^{4,5,7,8}, entre autres, portent à croire que des valeurs sociales fondées sur les disparités sociales peuvent engendrer la compétitivité, le conflit et le stress, d'où des taux de confiance interpersonnelle plus faibles (et des taux de capital social réduits). Les sociétés où la méfiance interpersonnelle règne ont du mal à offrir à leurs citoyens le soutien et les liens sociaux requis pour favoriser la santé. Par contre, lorsque les sociétés valorisent des relations socioéconomiques plus égalitaires, les taux de confiance interpersonnelle et de capital social sont plus élevés, ce qui tend à améliorer la santé. Il semblerait donc qu'il soit plus facile d'instaurer les types de soutien et les réseaux sociaux nécessaires à la bonne santé et au bien-être collectif lorsque les personnes se font mutuellement confiance.

En bref

Certains chercheurs croient que la confiance constitue un indicateur utile en vue d'établir la présence ou l'absence de capital social. Les études ont produit d'intéressants résultats quant aux incidences de la confiance mutuelle et institutionnelle sur l'ampleur des inégalités de santé au sein d'une société. Il faut maintenant poursuivre les études en ce sens pour établir des liens de causalité plus forts entre le capital social (la confiance) et les inégalités de santé. 🌱

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.*

Faites une croix sur votre calendrier



Quoi	Quand	Thème
Journées annuelles de santé publique 2006 : 10 ans de connaissances sans frontières	23 au 27 octobre 2006 Montréal (Québec) < http://www.inspq.qc.ca/jasp/default.asp?A=7&Lg=fr >	Partage des connaissances sur les pratiques en santé publique au Québec, au Canada et à l'étranger
XXIII ^e Symposium international sur les questions de méthodologie parrainé par Statistique Canada	1 ^{er} au 3 novembre 2006 Gatineau (Québec) < http://www.statcan.ca/francais/conferences/symposium2006/index_f.htm >	Enjeux méthodologiques reliés à la mesure de la santé des populations
Prévention intégrée des maladies chroniques : Ensemble en force	5 au 8 novembre 2006 Ottawa (Ontario) < http://www.goldenplanners.ca/cdpac/CDPACFre2006/ >	Accent sur les principaux piliers nécessaires pour soutenir un système coordonné qui permettra de promouvoir la santé et de réduire le fardeau de la maladie au Canada
4 ^e Conférence biennale sur la santé rurale	9 au 11 novembre 2006 Kananaskis (Alberta) < http://www.health-in-action.org/library/pdf/Conferences/Nov%2006/Rural_health_2006.pdf >	Établissement de liens entre les praticiens de la première ligne et les chercheurs qui s'intéressent à la santé rurale : de la pratique à la recherche
6 ^e Rendez-vous international Healthy Workplaces in Action 2006	31 novembre au 1 ^{er} décembre 2006 Markham (Ontario) < ">http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=1209&ContentID=707&SiteNodeID=244&BL_ExpandID=> >	Formule gagnante pour établir des milieux de travail sains dans le contexte des soins de santé
38 ^e Conférence du consorțium Asie-Pacifique pour la santé publique	3 au 6 décembre 2006 Bangkok, Thaïlande < http://www.apacph2006.org/index1.html >	Accent sur la création de partenariats équitables entre les collectivités et les institutions au service de la sécurité et de la santé humaines
L'information d'aujourd'hui au service des pratiques de demain	16 au 18 février 2007 Victoria (Colombie-Britannique) < http://itch.uvic.ca/ >	Conférence internationale axée sur les technologies de l'information et sur les communications dans le domaine de la santé
Une population vieillissante : Les soins de santé du grand âge en transition	21 au 23 mars 2007 Edmonton (Alberta) < http://www.capitalhealth.ca/NewsAndEvents/ConferenceAndEvents/The_Greying_Nation_Conference.htm >	Réflexion pour déterminer en quoi le secteur de la santé peut s'adapter aux besoins changeants d'une population vieillissante
Des soins de santé axés sur la famille—Parents et professionnels font équipe	29 avril au 1 ^{er} mai 2007 Calgary (Alberta) < http://www.sacyhn.ca/pages/fccbackground.html >	Comment regrouper les parents, les professionnels, les responsables des politiques et les chercheurs autour d'une définition commune des soins axés sur la famille
19 ^e Conférence mondiale sur la promotion et l'éducation en santé—La promotion de la santé en pleine maturité : Recherche, politiques et pratiques pour le 21 ^e siècle	11 au 15 juin 2007 Vancouver (Colombie-Britannique) < http://www.iuhpeconference.org/ >	Examen et réévaluation critique du progrès accompli en promotion de la santé depuis l'adoption de la <i>Charte d'Ottawa</i> et engagement de nouvelles mesures pour relever les défis dans un contexte de plus en plus mondialisé