Le capital social réduit les écarts socioéconomiques dans la santé de l'enfant : données probantes de l'étude « Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire » au Canada

Frank J. Elgar, Ph.D.¹, Stephen J. Trites, B.A.¹, William Boyce, Ph.D.²

RÉSUMÉ

Objectif : Déterminer si l'exposition des adolescents au capital social du quartier (les niveaux de confiance, de cohésion et de coopération qui y sont présents) réduit les écarts socioéconomiques dans leurs résultats de santé physique et psychologique.

Méthode : Les données d'enquête ont été recueillies auprès de 9 717 jeunes Canadiens de la 6^e à la 10^e année ayant participé à l'étude « Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire » en 2006. L'analyse des données a porté sur les interactions entre le statut socioéconomique (SSE) et le capital social pour cinq résultats : les symptômes psychologiques, les symptômes somatiques, les blessures, les bagarres et l'appréciation de la vie.

Résultats : Les effets du SSE sur ces cinq résultats sanitaires varient selon le niveau d'exposition au capital social du quartier. De hauts niveaux de capital social réduisent ou éliminent les écarts socioéconomiques en santé. Toutefois, dans les secteurs au capital social élevé, les enfants de milieux plus aisés déclarent légèrement plus de symptômes somatiques, de blessures et de bagarres que les enfants de milieux moins aisés.

Conclusion : La réduction des inégalités en santé chez les enfants et les jeunes doit être une priorité publique. Nos résultats laissent entendre que le renforcement du capital social des quartiers est une façon de réduire les disparités socioéconomiques dans la santé physique et psychologique des enfants. Cependant, ces constatations indiquent qu'il peut y avoir un revers à la médaille du capital social, car il semble infirmer les écarts socioéconomiques dans certains résultats.

Mots clés : facteurs socioéconomiques; classe sociale; enfant; adolescent; traumatismes; santé

Rev can santé publique 2010;101(Suppl. 3):S24-S28.

Il existe des inégalités en santé à différents niveaux de statut socioéconomique (SSE) pour la plupart des résultats de santé physique et psychologique¹. La progressivité des relations entre le SSE et la santé (ce qu'on désigne par « l'effet de gradient ») est remarquablement uniforme à tous les niveaux de richesse. À chaque échelon du SSE, la santé est meilleure qu'à l'échelon inférieur et moins bonne qu'à l'échelon supérieur. Des études ont retracé les origines de l'effet de gradient dans les expériences de la petite enfance et les effets cumulatifs du SSE au cours de la vie². C'est pourquoi l'examen des effets du SSE sur la santé de l'enfant jette un éclairage sur les déterminants sociaux de la santé à l'âge adulte.

La santé est aussi intimement liée à l'environnement social. Le capital social est une caractéristique des collectivités qui englobe les niveaux de participation citoyenne, les normes de réciprocité et les niveaux de confiance interpersonnelle^{3,4}. La plupart des définitions du capital social comportent les aspects de la cohésion sociale qui caractérisent les communautés très unies, celles où l'on s'entraide et où l'on échange de l'information⁵. Le capital social est un vaste construit théorique qui intéresse beaucoup les chercheurs et les responsables des politiques, car on pense qu'il favorise la santé publique. Des études de populations adultes ont montré que le fait de vivre dans des collectivités cohésives et accueillantes, où la confiance interpersonnelle et le sens civique règnent et où l'implication citoyenne est chose courante, est associé à une meilleure santé, à une morbidité moins importante et à une espérance de vie plus longue⁶⁻¹⁰.

On a aussi découvert des liens directs entre le capital social et la santé de l'enfant¹¹⁻¹³. Selon une étude dans 287 quartiers de la région de Chicago, les taux d'asthme chez les enfants étaient plus élevés dans les secteurs où le capital social était faible¹⁴. En Australie, des chercheurs ont constaté que les perceptions positives du capital social de leur quartier et de leurs réseaux sociaux par les enfants d'âge scolaire étaient liées aux niveaux d'activité physique de ces enfants¹⁵. Au Canada et en Grande-Bretagne, les données de l'étude « Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire » (HBSC) ont montré que les jeunes qui vivent dans des quartiers au capital social élevé ont une meilleure santé mentale, davantage de comportements favorisant la santé, moins de comportements à risque et de meilleures perceptions globales de leur santé que les jeunes vivant dans des quartiers où le capital social est faible¹⁶⁻¹⁸. D'autres études donnent à penser que le capital social influence indirectement la santé de l'enfant en atténuant (ou en modérant) les effets du SSE^{19,20}. Une étude a constaté les effets modérateurs de la cohésion et de la confiance sociales sur les liens entre le SSE du quartier et le recours aux services de santé mentale par les enfants¹⁹.

Affiliations des auteurs

1. Département de psychologie, Université Carleton, Ottawa (Ontario)

2. Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Queen's, Kingston (Ontario)

Correspondance et demandes de réimpression : Frank J. Elgar, Département de psychologie, Université Carleton, 1125, promenade Colonel By, Ottawa (Ontario) K1S 5B6; courriel : frank_elgar@carleton.ca.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Tableau 1. Taille de l'échantillon selon le sexe, le niveau scolaire et la province/le territoire

Province/territoire	Niveau scolaire									
	6 ^e année		7 ^e année		8 ^e année		9 ^e année		10 ^e année	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Colombie-Britannique	72	68	89	97	72	95	105	116	60	69
Alberta	98	112	83	120	97	116	153	184	47	88
Saskatchewan	33	48	49	56	42	51	66	42	64	41
Manitoba	50	43	42	47	57	57	24	28	27	28
Ontario	204	264	235	249	258	287	456	559	423	463
Québec	202	228	212	198	249	250	175	205	188	252
Nouveau-Brunswick	23	29	44	30	35	27	37	27	39	26
Nouvelle-Écosse	48	60	56	64	47	57	38	33	57	59
Terre-Neuve-et-Labrador	32	31	21	12	21	24	9	8	25	24
Île-du-Prince-Édouard	10	15	19	16	16	17	11	14	5	7
Nunavut/Territoires du Nord-Ouest/Yukon	18	35	24	9	12	11	18	13	8	3
Total	790	933	874	898	906	992	1 092	1 229	943	1 060

Selon une étude longitudinale menée en Indonésie, l'implication des mères dans la vie communautaire contribuait à la santé physique des enfants dans les familles de SSE inférieur, mais non dans les familles de SSE supérieur²⁰.

Bien que les théories et les mesures du capital social ne soient pas encore tout à fait au point, les données disponibles portent à croire que les politiques publiques pourraient miser sur la cohésion sociale, la confiance interpersonnelle et d'autres éléments du capital social pour réduire les inégalités sociales en santé. On ne sait pas très bien, cependant, si le capital social modère les effets du SSE sur les aspects tant positifs que négatifs de la santé de l'enfant. La plupart des études qui portent sur le capital social et la santé de l'enfant se limitent à un seul résultat sanitaire. En outre, les liens entre le capital social et la santé des enfants au Canada ne sont pas clairs en raison du manque d'études canadiennes dans ce domaine.

Conformément à la perspective de l'Organisation mondiale de la santé, selon laquelle la santé est une ressource de la vie quotidienne et non pas seulement l'absence de maladie, nous nous sommes penchés sur les effets modérateurs du capital social sur les liens entre le SSE et divers résultats englobant la santé et le bien-être physiques, sociaux et affectifs des jeunes Canadiens : les symptômes psychologiques et somatiques, les blessures physiques, les bagarres et l'appréciation de la vie. Des études auprès d'adultes font état d'effets positifs du SSE et du capital social sur la santé et le bien-être^{6,10,21}. C'est pourquoi nous avons supposé que les gradients socioéconomiques pour ces cinq indicateurs de santé et de bien-être diminuent avec une exposition croissante au capital social.

MÉTHODE

Participants

L'étude HBSC de 2006 au Canada (cf. www.hbsc.org) a sondé 9 717 jeunes (dont 52,61 % de filles) dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada (tableau 1). L'étude portait sur les comportements et les facteurs sociaux qui influencent la santé physique et psychosociale. Pour cette étude, nous avons sélectionné un échantillon en grappes d'élèves de la 6^e à la 10^e année (447 classes dans 186 écoles) selon des méthodes de probabilité pondérée afin d'obtenir une représentation équilibrée des caractéristiques de la population scolaire, comme la province/le territoire, le type d'école (publique ou catholique), la langue d'enseignement (l'anglais ou le français) et la taille de la collectivité. Les élèves des écoles privées, des écoles répondant à des besoins particuliers et des écoles pour les jeunes placés sous garde ont été exclus de l'échantillon. Un comité d'éthique universitaire pour la recherche a approuvé la méthode de

l'étude. Nous avons sollicité le consentement actif des parents et des enfants; le taux de consentement était de 74 %.

Mesures et procédure

L'étude HBSC est anonyme; elle est administrée par les enseignants dans les salles de classe en respectant un protocole international. Le questionnaire prend environ 45 minutes à remplir. Il comporte des mesures du SSE, du capital social, des symptômes psychosomatiques, des blessures, des bagarres et de l'appréciation de la vie.

Nous avons mesuré le SSE à l'aide de l'Échelle d'aisance familiale (EAF) de l'étude HBSC²², composée de quatre éléments axés sur les biens ou la situation de la famille qui sont signes de richesse : Ta famille possède-t-elle une voiture ou une fourgonnette? (0=non; 1=oui, un; 2=oui, deux ou plus); As-tu une chambre à toi? (0=non; 1=oui); Au cours des 12 derniers mois, combien de fois es-tu parti en vacances avec ta famille? (0=pas du tout, 1=une fois, 2=deux fois, 3=plus de deux fois); Combien d'ordinateurs possède ta famille? (0=aucun, 1=un, 2=deux, 3=plus de deux). Les réponses ont été transposées sur une échelle de 0 à 9 points, les scores élevés indiquant une famille plus aisée. L'EAF possède une meilleure validité critérielle et est moins touchée par le biais de non-réponse que les évaluations plus longues du SSE, qui se fient aux déclarations de l'enfant sur le revenu du ménage ou la profession des parents²².

Nous avons mesuré le capital social selon une échelle en 5 items (a=0,74) : Les gens se saluent et s'arrêtent souvent pour se parler dans la rue; Les jeunes enfants peuvent jouer dehors en toute sécurité durant la journée; Tu peux faire confiance aux gens des alentours; Il y a de bons endroits où aller pendant tes temps libres; Tu peux demander de l'aide ou une faveur à tes voisins (1=pas du tout d'accord, 2=pas d'accord, 3=ni d'accord, ni pas d'accord, 4=d'accord, 5=tout à fait d'accord). Les réponses ont été transposées sur une échelle de 5 à 25 points, les scores élevés indiquant un capital social plus important. Cette échelle a fait l'objet d'essais approfondis durant l'élaboration de l'étude HBSC, et elle a servi pour des études antérieures sur les comportements à risque^{16,23}.

Une liste de contrôle en 8 items a mesuré quatre symptômes psychologiques (déprime, irritabilité ou colère, nervosité, insomnie) et quatre symptômes somatiques (maux de tête, maux d'estomac, maux de dos, étourdissements)²⁴. Pour chaque item, les répondants ont indiqué combien souvent ils avaient éprouvé le symptôme au cours des six mois précédents (0=rarement ou jamais, 1=chaque mois, 2=chaque semaine, 3=plus d'une fois par semaine, 4=chaque jour). Les réponses ont été transposées sur deux échelles (psychologique et somatique) de 0 à 16 points, les scores élevés indiquant des symptômes plus nombreux.

Tableau 2. Analyses de régression des symptômes psychologiques et somatiques, des blessures et de l'appréciation de la vie selon le SSE et le capital social

	Coefficients non standardisés		Intervalle de confiance de 95 %	t	Valeur P
	Bêta	Erreur-type			
Symptômes psychologiques					
Constante	5,34	0,79	3,79 à 6,90		
Sexe (féminin)	-1,40	0,50	-2,38 à -0,43	-2,83	0,005
Niveau scolaire	0,23	0,10	-0,42 à -0,04	-2,39	0,018
Sexe × niveau scolaire	0,30	0,06	0,18 à 0,42	4,99	<0,001
SSE	-0,73	0,25	-1,23 à -0,23	-2,88	0,004
Capital social (KS)	-0,95	0,16	-1,27 à -0,63	-5,88	<0,001
SSE × KS	0,74	0,32	0,12 à 1,36	2,36	0,019
Symptômes somatiques					
Constante	3,19	0,63	1,94 à 4,44		
Sexe (féminin)	-1,29	0,40	-2,08 à -0,49	-3,19	0,002
Niveau scolaire	-0,17	0,08	-0,32 à -0,01	-2,16	0,032
Sexe × niveau scolaire	0,30	0,05	0,20 à 0,40	6,09	<0,001
SSE	-0,68	0,24	-1,17 à -0,20	-2,79	0,006
Capital social (KS)	-0,82	0,15	-1,12 à -0,52	-5,46	<0,001
SSE × KS	0,90	0,29	0,29 à 1,50	2,94	0,004
Blessures					
Constante	0,93	0,13	0,66 à 1,19		
Sexe (féminin)	-0,34	0,08	-0,50 à -0,18	-7,72	<0,001
Niveau scolaire	-0,03	0,02	-0,06 à 0,01	2,93	0,125
Sexe × niveau scolaire	0,03	0,01	0,01 à 0,05	4,99	0,004
SSE	-0,07	0,04	-0,16 à 0,01	-1,75	0,085
Capital social (KS)	-0,08	0,03	-0,13 à -0,02	-2,92	0,004
SSE × KS	0,16	0,05	0,06 à 0,26	3,10	0,003
Bagarres					
Constante	1,86	0,14	1,58 à 2,15		
Sexe (féminin)	-0,52	0,09	-0,70 à -0,34	-5,69	<0,001
Niveau scolaire	-0,10	0,02	-0,14 à -0,07	-5,73	<0,001
Sexe × niveau scolaire	0,03	0,01	0,01 à 0,05	2,77	0,006
SSE	-0,09	0,04	-0,18 à -0,01	-2,19	0,030
Capital social (KS)	-0,13	0,03	-0,19 à -0,09	-5,19	0,004
SSE × KS	0,16	0,06	0,05 à 0,27	2,92	<0,001
Appréciation de la vie					
Constante	6,96	0,38	6,21 à 7,72		
Sexe (féminin)	0,64	0,25	0,15 à 1,13	2,55	0,011
Niveau scolaire	0,09	0,05	0,00 à 0,18	2,01	0,046
Sexe × niveau scolaire	-0,10	0,03	-0,16 à -0,04	-3,49	0,001
SSE	0,59	0,14	0,32 à 0,87	4,22	<0,001
Capital social (KS)	0,71	0,09	0,54 à 0,88	8,08	<0,001
SSE × KS	-0,52	0,18	-0,87 à -0,17	-2,96	0,004

N.B. : Le tableau montre des analyses de régression linéaires pour les symptômes psychologiques, les symptômes somatiques et l'appréciation de la vie, ainsi que des analyses de régression de Poisson pour les blessures et les bagarres. SSE=statut socioéconomique.

Les répondants ont indiqué la fréquence des blessures reçues au cours des 12 mois précédents ayant exigé des soins de la part d'un médecin ou d'une infirmière (0=jamais, 1=une fois, 2=deux fois, 3=trois fois, 4=quatre fois ou plus) et le nombre de fois où ils avaient pris part à des bagarres au cours des 12 mois précédents (0=jamais, 1=une fois, 2=deux fois, 3=trois fois, 4=quatre fois ou plus).

L'enquête comportait aussi l'échelle d'appréciation de la vie de Cantril²⁵. Les répondants ont évalué leur vie actuelle sur une échelle en 11 points allant de 0 (la pire vie possible) à 10 (la meilleure vie possible).

Analyse des données

Le logiciel Stata 10 (StataCorp LP, College Station, Texas) a servi à tester les modèles de régression linéaire des symptômes psychologiques, des symptômes somatiques et de l'appréciation de la vie, prédits selon le sexe, le niveau scolaire, le SSE et le capital social. La régression de Poisson a servi à tester des modèles semblables pour les taux de blessures et de bagarres, car ces données étaient fortement asymétriques. Les modèles ont été ajustés en fonction de l'effet du plan de sondage résultant de la concentration des cas par école et par salle de classe. De simples analyses des pentes du SSE à des niveaux de capital social faible et élevé (écart-type ± 1 autour de la moyenne) ont été effectuées là où les interactions du SSE et du

capital social étaient significatives. Les poids d'échantillon post-stratification ont été appliqués aux données pour obtenir une représentation équilibrée de la population scolaire canadienne selon le sexe, le niveau scolaire et la province/le territoire (tableau 1).

RÉSULTATS

Des effets d'interaction du sexe et du niveau scolaire ont été observés pour les cinq résultats ($p < 0,01$, cf. tableau 2). Comme on le voit à la figure 1, les symptômes psychologiques et somatiques sont plus courants chez les filles que chez les garçons, mais seulement de la 7^e à la 10^e année. Le sexe n'est pas lié aux symptômes psychologiques et somatiques chez les élèves de 6^e année. Réciproquement, les blessures et les bagarres sont plus courantes et l'appréciation de la vie est plus élevée chez les garçons que chez les filles; cependant, ces différences entre les sexes sont plus légères aux niveaux scolaires supérieurs qu'aux niveaux inférieurs. Les élèves de 10^e année ne manifestent aucune différence entre les sexes dans le nombre de blessures reçues. De plus, l'appréciation de la vie était plus élevée chez les filles que chez les garçons en 6^e année, mais cette différence entre les sexes s'inversait de la 7^e à la 10^e année. L'appréciation de la vie est significativement plus basse chez les filles et les garçons de la 7^e à la 10^e année. Comme on le voit au tableau 2, chaque effet d'interaction du sexe et du niveau scolaire

Figure 1. Moyennes a) des symptômes psychologiques, b) des symptômes somatiques, c) des blessures, d) des bagarres et e) de l'appréciation de la vie selon le sexe et le niveau scolaire

Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance de 95 %.

est significatif; il a donc été contrôlé dans les analyses du SSE et du capital social.

Des effets (d'interaction) modérés du SSE et du capital social ont aussi été observés pour les cinq résultats ($p < 0,05$, cf. tableau 2). De simples analyses des pentes de ces interactions ont été effectuées en traçant les droites de régression du SSE à des niveaux de capital social faible et élevé (figure 2). Pour tous les résultats sanitaires, les effets du SSE sont plus prononcés aux faibles niveaux de capital social qu'aux niveaux élevés. Dans les secteurs de faible capital social, un SSE supérieur est lié à un moins grand nombre de symptômes psychologiques ($B = -1,65$, $p < 0,01$), de symptômes somatiques ($B = -1,80$, $p < 0,01$), de blessures ($B = -0,38$, $p < 0,05$) et de bagarres ($B = -0,39$, $p < 0,05$) et à une plus grande appréciation de la vie ($B = 1,19$, $p < 0,01$). Dans les secteurs au capital social élevé, toutefois, aucun effet du SSE n'a été observé sur les symptômes psychologiques ou l'appréciation de la vie, mais un SSE supérieur est lié à un plus grand nombre de symptômes somatiques ($B = 0,21$, $p < 0,05$), de blessures ($B = 0,15$, $p < 0,05$) et de bagarres ($B = 0,11$, $p < 0,05$).

DISCUSSION

Nous avons constaté que les effets du SSE sur la santé physique et psychologique des jeunes varient selon leurs perceptions du capital social dans leur collectivité^{19,20}. Le capital social annule les effets du SSE sur les symptômes psychologiques et l'appréciation de la vie et

Figure 2. Droites de régression de la relation entre le statut socioéconomique (SSE) et a) les symptômes psychologiques, b) les symptômes somatiques, c) les blessures, d) les bagarres et e) l'appréciation de la vie dans les secteurs au capital social faible et élevé

Les valeurs bêta représentent les effets simples du SSE à des niveaux faibles et élevés de capital social (écart-type ± 1 autour de la moyenne), ajustés selon le sexe et le niveau scolaire.

réduit les écarts de SSE dans les symptômes somatiques, les blessures et les bagarres. Ces constatations confirment la notion voulant que la cohésion sociale et la coopération dans les collectivités s'apparentent à une ressource de santé pour les jeunes, et que les politiques publiques peuvent miser sur elles pour combler l'écart dans les disparités d'état sanitaire définies par l'aisance matérielle. Les mécanismes sous-jacents qui interviennent dans ces effets ne sont pas clairs. Le capital social pourrait produire des avantages pour la santé en diffusant le savoir sur les questions de santé et en invoquant des sanctions sociales contre les comportements à risque⁸. Les jeunes vivant dans des secteurs au capital social élevé pourraient aussi être plus susceptibles d'avoir accès aux services de santé et à un réseau de parents, d'amis et de connaissances pouvant les aiguiller vers les services et les conseils médicaux appropriés lorsqu'ils ont des problèmes de santé¹⁶.

Contrairement à nos attentes, nous avons aussi observé que le SSE est positivement lié aux affections somatiques, aux blessures et aux bagarres lorsque les perceptions du capital social sont élevées. La disponibilité d'un capital social inverse le gradient socioéconomique de ces trois résultats. Caughey et coll. ont fait état d'une interaction similaire entre le SSE, le capital social et les affections

somatiques dans une étude des symptômes intériorisés de l'enfant²⁶. Nos résultats donnent à penser qu'il pourrait y avoir un revers à la médaille du capital social : celui-ci pourrait exposer les jeunes de milieux aisés à des risques accrus de bagarres et de blessures. Une analyse approfondie de cette interaction dépasse le cadre de la présente étude, mais d'autres données probantes laissent croire que ces constatations sont en partie imputables à la participation des jeunes aux sports^{27,28}. Le résultat le plus frappant de l'étude est cependant la réduction des écarts socioéconomiques en santé dans les secteurs où le capital social est plus élevé (figure 2).

Les forces de cette étude sont son vaste échantillon représentatif et le fait qu'elle mesure plusieurs résultats sanitaires. Par contre, comme il s'agit d'une étude transversale, il n'est pas possible de tirer des conclusions solides sur la direction des effets entre le capital social et la santé. Par ailleurs, les mesures du SSE et du capital social sont brèves et font uniquement appel aux dires des enfants. En corroborant les perceptions individuelles du capital social avec des données écologiques sur les structures et activités communautaires, nous aurions pu obtenir un portrait plus complet du capital social.

La contribution possible du capital social à la santé publique suscite beaucoup d'enthousiasme chez les chercheurs et les responsables des politiques. Les critiques de ces recherches invoquent les définitions étroites du capital social et les descriptions ambiguës de ses effets sur la santé^{29,30}. À notre avis, la réduction des inégalités sociales dans la santé des enfants est l'une des façons dont le capital social contribue à la santé publique. Une conséquence de ces constatations est que les initiatives de renforcement communautaire qui accroissent la cohésion, la coopération et la confiance interpersonnelle, surtout chez les jeunes de SSE inférieur, sont un moyen d'adoucir l'effet de gradient et de réduire les inégalités sociales en santé.

RÉFÉRENCES

1. Marmot M, Wilkinson RG. *The Social Determinants of Health*, 2^e éd., New York, Oxford University Press, 2006.
2. Chen E, Matthews KA, Boyce WT. Socioeconomic differences in children's health: How and why do these relationships change with age? *Psychol Bull* 2002;128(2):295-329.
3. Baum FE, Ziersch AM. Social capital. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(5):320-23.
4. Putnam RD. *Bowling Alone: Collapse and Revival of American Community*. New York, Simon and Schuster, 2000.
5. Kawachi I. Commentary. Social capital and health: Making the connections one step at a time. *Int J Epidemiol* 2006;35(4):989-93.
6. Kawachi I, Berkman LF. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman LF, Kawachi I (éd.), *Social Epidemiology*. New York, Oxford University Press, 2000;1740-90.
7. Fujiwara T, Kawachi I. A prospective study of individual-level social capital and major depression in the United States. *J Epidemiol Community Health* 2008;62(7):627-33.

8. Kim D, Subramanian SV, Gortmaker SL, Kawachi I. US state- and county-level social capital in relation to obesity and physical inactivity: A multilevel, multivariable analysis. *Soc Sci Med* 2006;63(4):1045-59.
9. Pronyk PM, Harpham T, Busza J, Phetla G, Morison LA, Hargreaves JR, et al. Can social capital be intentionally generated? A randomized trial from rural South Africa. *Soc Sci Med* 2008;67(10):1559-70.
10. Schultz J, O'Brien AM, Tadesse B. Social capital and self-rated health: Results from the US 2006 social capital survey of one community. *Soc Sci Med* 2008;67(4):606-17.
11. Runyan DK, Hunter WM, Socolar RR, Amaya-Jackson L, English D, Landsverk J, et al. Children who prosper in unfavorable environments: The relationship to social capital. *Pediatrics* 1998;101(1 Pt 1):12-18.
12. Meltzer H, Vostanis P, Goodman R, Ford T. Children's perceptions of neighbourhood trustworthiness and safety and their mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48(12):1208-13.
13. Harpham T, De Silva MJ, Tuan T. Maternal social capital and child health in Vietnam. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(10):865-71.
14. Gupta RS, Zhang X, Sharp LK, Shannon JJ, Weiss KB. The protective effect of community factors on childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123(6):1297-304.
15. Hume C, Jorna M, Arundell L, Saunders J, Crawford D, Salmon J. Are children's perceptions of neighbourhood social environments associated with their walking and physical activity? *J Sci Med Sport* 2009;12(6):637-41.
16. Boyce WF, Davies D, Gallupe O, Shelley D. Adolescent risk taking, neighborhood social capital, and health. *J Adolesc Health* 2008;43(3):246-52.
17. Morgan A, Haglund BJ. Social capital does matter for adolescent health: Evidence from the English HBSC study. *Health Promot Int* 2009;24(4):363-72.
18. Morgan A, Currie C, Due P, Nic Gabhainn S, Rasmussen M, Samdal S, et al. *Mental Well-being in School-aged Children in Europe: Associations with Social Cohesion and Socioeconomic Circumstances. Social Cohesion for Mental Wellbeing in Adolescents. Report of the 2007 WHO/HBSC Forum*. Copenhagen, Organisation mondiale de la santé, 2008.
19. Van der Linden J, Drukker M, Gunther N, Feron F, van Os J. Children's mental health service use, neighbourhood socioeconomic deprivation, and social capital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(9):507-14.
20. Nobles J, Frankenberg E. Mothers' community participation and child health. *J Health Soc Behav* 2009;50(1):16-30.
21. Lofors J, Sundquist K. Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: A cohort study of 4.5 million Swedes. *Soc Sci Med* 2007;64(1):21-34.
22. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med* 2008;66(6):1429-36.
23. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. Social inequality. In: Currie C, Samdal O, Boyce W, et al. (éd.), *Health Behaviour in School-aged Children: A World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/02 Survey*. Édinburgh (Écosse), Child & Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001;175-200.
24. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: A multilevel approach. *J Adolesc* 2001;24(6):701-13.
25. Cantril H. *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick (New Jersey), Rutgers University Press, 1965.
26. Caughy MO, O'Campo PJ, Muntaner C. When being alone might be better: Neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Soc Sci Med* 2003;57(2):227-37.
27. Ifedi F. *La participation sportive au Canada, 2005*. Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2008 (consulté le 3 octobre 2009). Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-595-m/81-595-m2008060-fra.pdf>.
28. Janssen I, Dostaler S, Boyce WF, Pickett W. Influence of multiple risk behaviors on physical activity-related injuries in adolescents. *Pediatrics* 2007;119:e672-e680.
29. Labonte R. Social capital and community development: Practitioner emptor. *Aust N Z J Public Health* 1999;23(4):430-33.
30. Lynch J, Due P, Muntaner C, Smith GD. Social capital: Is it a good investment strategy for public health? *J Epidemiol Community Health* 2000;54(6):404-8.