Le capital social et l'amélioration de la santé et du bien-être des populations

Benoit Sévigny, PhD (cand),¹ Jean-Pierre Bélanger, MSc,² Robert Sullivan, PhD (cand)³

Outre les soins de santé, les facteurs biologiques, environnementaux et comportementaux, l'état de santé et de bien-être d'une population est tributaire de l'environnement social,¹ notamment d'une redistribution relativement égalitaire de la richesse générée par l'activité économique² et d'une distribution relativement égalitaire du capital social dans une société. Ce que l'on observe concrètement, c'est qu'au cours des six dernières années, le Canada a connu une croissance économique qui se situe parmi les plus fortes des pays du G7,³ avec cependant une proportion de chômage de longue durée qui est passée de 9 % en 1986 à 13,9 % du chômage total en 1996.⁴ En fait, depuis une trentaine d'années, le développement économique ne se traduit pas nécessairement par un développement social.⁵⁻⁷ On constaterait même un certain divorce entre ces deux types de développement, nonobstant le fait que le Canada tient, pour une sixième année consécutive, le haut du pavé concernant l'indice de développement humain.⁸

D'une étude à l'autre, on tend à confirmer que la pauvreté est un déterminant fort de la santé et du bien-être. Depuis le début des années 1980, on fait le constat que l'écart de l'espérance de vie entre riches et pauvres s'aligne sur les inégalités socio-économiques.⁹ Et rien n'indique que la situation s'améliorera en accroissant les budgets des services de santé publics et privés.

Toutefois, outre la pauvreté, il y a les inégalités de revenus qui se traduisent en inégalités de l'état de santé. Une société

dont la population est en santé est une société où l'on retrouve le plus petit écart de revenu entre le premier et le dernier quintile de sa population.⁹ Selon la Banque Mondiale,¹⁰ le niveau de santé d'une population croît avec sa richesse globale, indépendamment de la façon dont elle est redistribuée, jusqu'à ce que le Produit Intérieur Brut (PIB) atteigne un seuil de 5 000 \$ per capita (en 1990). Au-delà de ce seuil, ce n'est plus la richesse globale seule qui compte, mais sa distribution. Ainsi, seul le développement économique ne peut être garant d'un haut niveau de santé. Et cela peut se vérifier ailleurs que dans les pays occidentaux.¹¹

Ces inégalités ne doivent pas se limiter qu'à une distribution de la richesse (bien qu'elle soit fondamentale), mais aussi à une distribution des ressources sociales (capital social, support social, etc.). Ces deux formes de distribution sont inter-reliées de façon telle que les catégories d'individus dont le statut socio-économique est élevé profitent de plus de ressources sociales que les catégories d'individus plus pauvres. C'est pourquoi la notion de pauvreté va au-delà de la dimension économique car elle est également sociale. Toutefois, si la distribution de la richesse relève principalement de l'emploi et du rôle de l'État, qu'en est-il de la distribution des ressources sociales dans une société ? On ne peut pas décréter une politique du capital social minimum comme celle du revenu minimum !

Ainsi, les déterminants sociaux de la santé et du bien-être seraient devenus ce sur quoi il importe d'agir afin de réduire l'écart de santé qui existe entre différents groupes d'une même société. À l'instar de Putnam,^{12,13} Wilkinson,¹⁴ Kawachi,¹⁵ Marmot¹⁶ et Lomas¹⁷ qui ont déjà produit

d'intéressantes thèses à cet effet, selon nous, il faudrait accorder plus d'importance aux déterminants sociaux de la santé, en poussant la recherche sur les outils de mesure du capital social des communautés. Favoriser davantage le capital social comme unité d'analyse puisque les individus sont pris dans le jeu des rapports sociaux et leurs propriétés – notamment le niveau de capital social – ont une incidence, positive ou négative, sur leur niveau de santé et de bien-être.

Compte tenu de la part du social dans l'explication de la maladie, nous soutenons l'hypothèse théorique que l'on retrouve chez Kawachi et al.,^{14,18,19} à savoir que le capital social constitue un élément médiateur entre les facteurs socio-économiques et un état de santé et de bien-être. Selon ces chercheurs, les inégalités de revenus expliquent environ 86 % des écarts de santé entre les états américains, mais la majeure partie de cet effet (soit environ 80 %) se fait par l'intermédiaire du capital social, tel que mesuré par le degré de confiance en autrui. De plus, ils rappellent qu'une hausse de 10 % du capital social dans une communauté entraîne une baisse de mortalité de l'ordre d'environ 6 %.

Si une part des effets des inégalités socio-économiques sur la santé transite par le biais du capital social, c'est donc dire que cet élément médiateur doit être dans la mire des interventions de santé publique. Le développement du capital social dans une communauté aurait pour conséquence d'atténuer les effets des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être de la population. Ce type de développement passerait par une plus grande participation sociale d'individus vivant dans l'exclusion et l'isolement, en l'occurrence par le travail sous toutes ses formes.

1. Association pour la santé publique du Québec

2. Conseil québécois de recherche sociale

3. Université du Wisconsin-Madison

Correspondance : Benoit Sévigny, Association pour la santé publique du Québec, 819, Roy Est, Montréal (Qc) H2L 1E4, Tél : 514-528-5811

Mais qu'est-ce que ce capital social ? Une récente revue de littérature²⁰ conduite sur la question démontre les divers sens qu'on lui a assignés dans la recherche au cours des dernières années.

À l'instar de Putnam, nous pouvons définir le capital social par trois éléments de l'organisation sociale, soit par des réseaux de relations sociales, par des normes et des règles sociales, de même que par la confiance au sein d'une communauté. Ainsi, les individus occupant des postes dans l'organisation sociale représentent des ressources dont leurs réseaux de relations constituent les vecteurs. Les réseaux de relations sociales denses dans une communauté augmenteraient la probabilité qu'un projet communautaire par exemple voit le jour. Et, par un effet d'entraînement, les projets réalisés favoriseraient le développement du capital social qui, en retour, serait la base d'éventuels projets communautaires. À cet égard, les projets du Réseau québécois de villes et villages en santé (RQVVS) sont exemplaires.

Afin d'encadrer les conduites, une société ou une communauté se donne des normes et des règles sociales, lesquelles renvoient à des valeurs. C'est donc dire que pour qu'une relation sociale puisse tenir, les individus doivent partager un certains nombre de valeurs – et un certain langage – renvoyant à certaines normes et règles. Cela peut sembler théorique, mais certaines régions au Québec en fournissent de pertinents exemples.^{21,22}

Enfin, les relations sociales sont en bonne partie basées sur le degré de confiance qu'ont les individus les uns envers les autres. Selon Fukuyama, la confiance est la vertu sociale qui crée le capital social.²³ Un niveau de confiance sociale élevé serait propice à la multiplication de relations sociales, alimentant ainsi le niveau même de confiance sociale. Inversement, une baisse du degré de confiance sociale ferait en sorte que les membres de la communauté sont plus méfiants les uns envers les autres, incitant moins à la collaboration et à la coopération et faisant appel davantage au droit et aux règles formelles.

Ajoutons que ces principales caractéristiques du capital social renvoient à d'autres éléments tels que l'estime de soi, la capacité de résilience et le sentiment qu'un individu

a d'exercer un certain contrôle sur son environnement et sur les événements qui l'affectent.

La notion de capital social est utilisée un peu par analogie en regard aux notions de capital financier et de capital humain. Contrairement au capital humain, le capital social ne diminue pas lorsqu'il est utilisé. Au contraire, la multiplication des relations sociales dans une communauté aurait pour effet d'accroître davantage le niveau de capital social disponible. Existe-t-il un niveau optimal de capital social au-delà duquel il y aurait risque d'effets pervers ? Quoi qu'il en soit, à l'inverse du capital humain qui repose sur l'acquisition par la personne de compétences qui demeurent sa propriété et qu'elle conserve au moins un certain temps à son profit, le capital social tend à s'effriter s'il n'est pas utilisé. Ce faisant, les personnes se connaissent moins bien, ont moins spontanément confiance les uns envers les autres, deviennent un peu plus méfiants et collaborent éventuellement moins. On retrouve ce contraste dans l'étude de Robert Putnam²⁴ sur l'Italie où il observait qu'un niveau de capital social élevé va généralement de pair avec une société ou une communauté où les relations sont davantage horizontales et démocratiques que hiérarchiques et autoritaires.

Ainsi, une part non négligeable de l'état de santé tient au fait d'être intégré dans la société, c'est-à-dire de faire partie de réseaux de relations sociales²⁵ ou d'avoir accès à un support social.²⁶ C'est donc dire que l'une des clés pour l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de certains segments de la population passerait par une hausse du capital social.

Si le capital social s'accroît sous l'effet de la participation sociale, celle-ci diminue à mesure que le niveau de revenu décroît, pouvant conduire à l'exclusion sociale. Le phénomène de paupérisation entraînerait une baisse du capital social qui, à son tour, agirait sur l'état de santé et de bien-être de la population. Une alternative serait donc de favoriser la participation sociale autrement que par l'emploi rémunéré de l'économie marchande, notamment par des politiques sociales ou des projets collectifs du tiers secteur, répondant tant à des besoins sociaux qu'au développement économique et social, en partenariat avec la santé publique.

En effet, l'articulation bi-polaire entre l'État et le secteur privé qui a marqué la période des « trente glorieuses » (1945-1975) est en train de se transformer en une logique tri-polaire avec l'émergence d'un tiers secteur, marquée par la montée d'une nouvelle « génération d'organisations centrées sur les problèmes d'insertion sociale par l'activité économique (« employabilité » et développement local.) »²⁷ Le tiers secteur, encore mal défini, renvoie à l'économie sociale, aux organismes communautaires, au développement local, au bénévolat, etc. Il repose sur la proximité, l'entraide et la solidarité. Ainsi, il s'inscrit dans les interstices de plus en plus grandes entre le secteur privé et l'État. Sans vouloir remplacer ni l'un ni l'autre, il devient en quelque sorte un élément complémentaire, un ajout nécessaire à la nouvelle dynamique économique et social.

Comme le reconnaissent plusieurs observateurs,^{28,29} l'avenir des services de proximité et d'entraide est une voie féconde pour résorber une partie du chômage. Cependant, avec l'émergence du tiers secteur, ne faut-il pas repenser notre vision du travail ? Dans les sociétés modernes, l'emploi ou le travail rémunéré constitue un élément structurant de l'existence des individus. Il est perçu comme la forme majeure du lien social. Ce faisant, il détermine en quelque sorte l'ordre social d'une société. Or, de ce point de vue, peut-être que certains voient dans les bénéficiaires de la sécurité du revenu, les chômeurs et les autres (ceux qui ne figurent pas dans la statistique) une menace à l'ordre social. Pourtant, si menace il y a, ne vient-elle pas de la représentation même qu'une société se fait de certains groupes qui la composent ? Ne peut-on pas penser que tant et aussi longtemps que la représentation collective du lien social sera confinée exclusivement dans une logique économique, soit celle de l'emploi rémunéré qui sous-tend une participation à la richesse collective donc à un sentiment d'appartenance et à une sorte de droit de cité, la cohésion sociale sera fragile. À moins de croire qu'il y aura de l'emploi satisfaisant pour tout le monde, la conception du lien social, donc de l'intégration, devra surpasser la sphère du travail³⁰ rémunéré et s'inscrire également dans d'autres formes d'activités sociales

comme par exemple le bénévolat. Encore faut-il que les conditions sociales permettent ce genre d'engagement civique.

Si une partie de la solution consiste à travailler sur le capital humain, lequel est néanmoins lié au niveau de capital social existant dans une organisation sociale comme la famille,³¹ une autre partie de la solution consisterait à développer le capital social dans les communautés où le niveau est bas, par le biais de projets sociaux. La diminution substantielle de la pauvreté demeure un objectif à atteindre absolument. Cependant, à court terme, l'objectif est de stimuler la participation sociale afin de briser l'isolement social chez ceux qui en souffrent. La problématique du capital social a le mérite de faire l'objet d'une investigation empirique. On en est qu'aux premiers balbutiements en la matière.

BIBLIOGRAPHIE

- Elders J. The role of public health in improving the health of America. *J Public Health Policy* 1995;16(2):133-40.
- La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Ottawa : Forum national sur la santé, 1997.
- Organisation de coopération et de développement économique. *Perspectives économiques de l'OCDE*. 1998.
- Organisation de coopération et de développement économique. *L'observateur de l'OCDE*. 1998.
- Miringoff M, Miringoff M-L. America's social health: The nation's need to know. *Challenge* 1995;38(5):612-30.
- Miringoff M-L. Toward a national standard of social health: The need for progress in social indicators. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65(4):462-67.
- Miringoff M, Miringoff M-L, Opdycke S. Monitoring social performance: The index of social health. *Children, Families, and Government: Preparing for the Twenty-First Century*. Cambridge University Press, 1995.
- Organisation des Nations Unies. *Rapport mondial sur le développement humain*. Paris : Économica, 1998.
- Black D. *Inequalities in Health*. London: Department of Health and Social Security, 1980.
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). *Rapport mondial sur le développement humain*, 1996. Paris : Économica, 1996.
- Baum F. Public health and civil society: Understanding and valuing the connection. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1997;21(7):674.
- Putnam RD. The prosperous community: Social capital and public life. *American Prospect* 1993;13:35-42.
- Putnam RD. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy* 1995a;6:65-78.
- Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *Br Med J* 1992;304:165-68.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothoromsmith D. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health* 1997;87(9):1491-98.
- Marmot MG. Social inequalities in mortality: The social environment. *Class and Health. Research and Longitudinal Data*. New York: Tavistock Publications, 1986;21-33.
- Lomas J. Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. McMaster University Centre of Health Economics and Policy Analysis Working Paper Series # 97-6; 1997.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K. Long live community: Social capital as public health. *American Prospect* 1997;35:56-59.
- Kawachi I, Kennedy BP. The relationship of income inequality to mortality: Does the choice of indicator matter? *Soc Sci Med* 1997;45:1121-27.
- Sullivan R, Bélanger J-P. Le capital social au Québec : revue de littérature et essai d'application à la réalité québécoise. GRASP-Université de Montréal, 1998.
- Kuzminski A. L'inscription sociale des marchés. *Sociologie de l'économie, du travail et de l'entreprise*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 1998; 59-108.
- Julien P-A. *Le développement régional. Comment multiplier les Beauce au Québec*. Les Éditions de l'IQRC, 1997.
- Fukuyama F. *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. New York: Free Press, 1995.
- Putnam RD. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press, 1993.
- Corin E. La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie. *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1996;103-41.
- Cohen S, Syme SL. *Social Support and Health*. London: Academic Press Inc., 1985.
- Favreau L, Lévesque B. *Développement économique communautaire. Économie sociale et intervention*. Montréal : Presses de l'UQAM, 1996.
- Schnapper D. *Contre la fin du travail*. Paris : Les éditions Textuel, 1997.
- Rifkin J. *La fin du travail*. Montréal : Éditions du Boréal, 1997.
- Méda D. *Le travail, une valeur en voie de disparition*. Paris : Flammarion, 1995.
- Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *Am J Sociology* 1988;94:S95-S120.

Reçu: 13 mai 1999
 Accepté: 30 juin 1999

STYLE REQUIREMENTS FOR AUTHORS

The *Canadian Journal of Public Health* publishes peer-reviewed original articles on all aspects of public health, preventive medicine and health promotion. All manuscripts submitted to the Journal must conform to our Style guidelines. Would-be contributors should read the Style Requirements for Contributors on pages 6-7 of the January/February 1999 issue (Vol. 90, No. 1) of the *Canadian Journal of Public Health* before preparing any manuscript for submission. Copies are also available from the editorial office.

All material intended for publication should be submitted to the Scientific Editor, Canadian Journal of Public Health, 1565 Carling Avenue, Suite 400, Ottawa, ON, Canada K1Z 8R1.

The original manuscript and two copies (for review purposes) should be submitted along with a diskette, preferably 3½" Macintosh. It must be typed, **double-spaced**, preferably on paper of 8½ x 11 inches, on one side only, and with margins of at least 1 inch all around.

Manuscripts of original articles should not exceed **2,000 words** in length. Short Reports, which will get priority for publication, should not exceed **800 words**; it is not necessary to provide an abstract for a short report. Please provide a word count for your article.

To ensure anonymity in the peer review process, authors should supply identifying information on the title page of the **original only**; the title page for the two reviewers' copies should list only the title.

The title page of the original should include: 1) the title and a running title (40 characters maximum); 2) the names (given name and surname) of the authors; 3) their academic degrees; 4) the name(s) of department(s) and/or institution(s) where the work was done; 5) the current affiliations of the authors, if different from 4); 6) the name, address, telephone number and e-mail address of the author responsible for correspondence; 7) disclaimers, if any; 8) the name and address of the author to whom requests for reprints should be sent; and 9) sources of support in the form of grants, equipment or drugs.

Material will be accepted in English or French. The second page should be a summary of the material, no longer than **150 words**, in the language of the article. A **professional quality** translation of the summary into the other official language is also required (i.e., French if the manuscript is in English, English if the manuscript is in French).

Letters to the Editor are welcomed. Please keep them as short as possible.

The Editor reserves the right to make editorial changes.