

WORKING PAPERS

**Capital social et santé :
quelles relations pour les
résidents du Luxembourg ?**

Anastase TCHICAYA
Nathalie LORENTZ

CEPS/INSTEAD Working Papers are intended to make research findings available and stimulate comments and discussion. They have been approved for circulation but are to be considered preliminary. They have not been edited and have not been subject to any peer review.

The views expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect views of CEPS/INSTEAD. Errors and omissions are the sole responsibility of the author(s).

Capital social et santé : quelles relations pour les résidents du Luxembourg¹

Anastase TCHICAYA

Axe Santé, Vieillesse, Autonomie, CEPS/INSTEAD, Luxembourg

Nathalie LORENTZ

Axe Santé, Vieillesse, Autonomie, CEPS/INSTEAD, Luxembourg

Août 2011

Résumé

Ce texte analyse les relations entre le capital social et la santé au niveau individuel au Luxembourg. Cette analyse porte principalement sur le concept de capital social comme déterminant social de la santé et se fonde sur une hypothèse implicite basée sur l'existence d'incidence positive du capital social sur la santé. Les données proviennent des enquêtes PSELL3/EU-SILC réalisées en 2003 et en 2007 par le CEPS/INSTEAD et elles concernent les personnes âgées de 16 ans et plus dans les ménages privés du pays. Les procédures mathématiques utilisées sont d'une part la distribution statistique de certaines variables d'intérêt, d'autre part la modélisation logistique. Les résultats confirment l'existence de relations positives entre le capital social et l'état de santé général. Ainsi, une perception négative de l'état de santé est le plus souvent associée aux personnes ayant un faible degré de capital social parmi les indicateurs suivants : l'engagement social, l'isolement social et le soutien social. Le résultat est similaire lorsque l'on utilise un indice de capital social construit à partir de quatre indicateurs. En définitive, les personnes ayant un indice faible ont près de quatre fois plus de chances de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé plutôt qu'en bon état de santé par rapport à celles qui ont un indice élevé.

Mots-clés : Capital social ; santé ; état de santé ; Luxembourg

JEL classification codes: D63, I12, I19, I31

¹ Ce texte fait partie du projet de recherche ESANDE qui a bénéficié du soutien financier du Fonds National de la Recherche du Luxembourg (FNR) (contrat FNR/05/06/08).

Social Capital and Health: which relations for the residents of Luxembourg?

Abstract

This paper analyzes the relationship between social capital and health at the individual level in Luxembourg. This analysis mainly concerns the concept of social capital as social determinant of health and is based on an implicit assumption based on the existence of positive impact of social capital on health. The data used come from surveys PSELL3/EU-SILC in 2003 and 2007 conducted by the CEPS / INSTEAD and they relate to persons aged 16 years and over in private households in the country. The results confirm the existence of positive relationships between social capital and general health. Thus, a negative perception of health status is most often associated with people with a low degree of social capital among the following indicators: social engagement, social isolation and social support. The result is similar when using a social capital index constructed from four indicators. Ultimately, people with a low index are nearly four times more likely to consider themselves in fair or poor health rather than good health compared to those who have a high index. Using a composite indicator of social capital has the advantage to consider comprehensively the four dimensions of social capital used in this study and to highlight relationships with health status that are consistent. But this advantage can be transformed into a problem when one wishes to be placed in a context of action. Indeed, in an attempt to improve the level of the share capital of the population, whose positive effects on health are also much documented, it is necessary to have information about the influence on the health of each of the different dimensions that define social capital. One limitation of this research is the low number of dimensions available that help to define social capital. Nevertheless, the composite index of social capital calculated for this research represents a combination of indicators within the meaning of Kawachi et al. (1997 and 1999) or a social resource useful in the sense of Bourdieu (1986) which has strong links with the perception of general health and sense of personal well-being and / or collectively. In the end, Luxembourg and elsewhere, social capital plays a mediating role of health status. Social isolation appears to be the main vector of social capital and health relationship.

Keywords: Social capital; Health; Health status; Luxembourg

1 Introduction

Au cours de ces trois dernières décennies, de nombreux travaux ont appliqué le concept de capital social à la santé publique et ont montré son incidence positive sur la santé (Kawachi et al., 1997 et 1999 ; Berkman et Glass, 2000 ; Putnam, 2001 ; Cohen et al., 2001 ; Wilkinson, 1996 ; Kawachi et al., 2008). L'incidence positive du capital social sur la santé suppose que les personnes avec un haut capital social seraient susceptibles d'être, en moyenne, en meilleur état de santé que les autres et inversement. Cependant, d'autres travaux ont contredit l'existence de la relation positive entre le capital social et l'état de santé en trouvant par exemple qu'il n'y avait pas de liens entre l'engagement civil et la santé (Veenstra, 2000 ; Cullen et Whiteford, 1991). De même, la relation entre le capital social et la santé ne peut être positive dans certaines situations, comme par exemple l'appartenance à un réseau de trafic de drogues ou à un groupe peu attentif aux styles de vie à risque (tabagisme, alcoolisme, etc.), cela n'est pas favorable à la santé.

Cette recherche vise à mesurer les relations entre le capital social et la santé au sein de la population d'un pays de petite taille mais bien riche comme le Luxembourg². Et, au regard de l'abondante littérature sur le sujet, elle cherche notamment à vérifier l'existence de relations positives entre le capital social et la santé. L'analyse porte principalement sur le concept de capital social comme déterminant social de la santé.

1.1 Définition du concept de capital social

Mais comment définit-on le capital social dans la littérature³ ? Selon Kawachi et al (2008), il n'y a pas une seule définition du concept de capital social pour laquelle tout le monde serait d'accord, ni une seule approche standardisée pour le mesurer. En la matière, plusieurs définitions existent mais toutes tournent autour des relations sociales. Ainsi, le capital social est défini par Bourdieu (1986) comme « l'ensemble des ressources réelles et potentielles liées à la possession d'un réseau

² La population du Luxembourg, composée d'environ 40% d'étrangers, bénéficie d'un système de protection sociale parmi les plus généreux au monde qui est susceptible d'assurer aussi une grande solidarité et une cohésion sociale.

³ Les travaux canadiens et américains sont riches d'enseignement dans ce domaine des relations entre capital social et santé. Les définitions qui suivent sont tirées principalement de Santé Canada et, en particulier, de Van Kemenade (2003).

durable de relations plus ou moins institutionnalisées de connaissances et de reconnaissance mutuelles – soit, en d’autres termes, l’appartenance à un groupe » [Traduction de Van Kemenade, 2003]. Pour Putnam (1995), le capital social serait défini comme « les caractéristiques de l’organisation sociale comme les réseaux, les normes et la confiance sociale qui facilitent la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel » [Traduction de Van Kemenade, 2003]. James Coleman (1990), l’un des pionniers des études sur le capital social, l’associe aux relations sociales qui se tissent entre les individus (Van Kemenade, 2003). Ainsi, le capital social serait alors constitué par des relations d’autorité, des relations de confiance et des normes. Encore plus récemment, le capital social est défini comme « l’ensemble des relations, des réseaux et des normes qui facilitent l’action collective » (ISUMA, 2001 ; Van Kemenade 2003). D’autres auteurs tels que Kawachi et al. (1997 et 1999) emploient le concept de capital social comme une combinaison d’indicateurs regroupant la confiance sociale, la participation civique et les réseaux. En fait, l’approche axée sur le capital social vient soutenir celle axée sur les inégalités socioéconomiques classiques étant donné que de nombreux travaux (Kawachi et al., 1997 et 1999 ; Putnam 2000) ont souligné l’importance des liens sociaux pour la santé et la mortalité.

De manière plus générale, chacune des définitions du capital social correspond à l’un des niveaux d’analyse standards, à savoir le niveau micro (relations entre les individus), méso (relations entre des communautés ou des collectivités) et macro (relations au niveau national). L’abondante littérature consacrée aux relations entre le capital social et la santé révèle que le capital social peut influencer la santé à plusieurs différents niveaux d’action : au niveau individuel, au niveau des communautés résidentielles, des écoles, ou des lieux de travail, ou encore aux niveaux plus larges de l’agrégation spatiale tels que des Etats, des régions, des quartiers. Dans ce document, l’analyse des relations entre le capital social et l’état de santé est menée en partant de la conception micro du capital social.

1.2 Application du concept de capital social en Santé Publique

Il convient de souligner que le champ d’application du concept de capital social est vaste comme en témoigne le foisonnement de travaux qui y sont consacrés et des

domaines concernés (gouvernance, sociologie, économie du développement, santé publique, etc.) (Knack et Keefer, 1997 ; Muntaner et al., 2001).

Du point de vue de la Santé Publique, le concept de capital social apporte une dimension supplémentaire dans l'analyse des déterminants de la santé. En effet, plutôt que de se référer aux seules inégalités structurelles comme le genre, la race et le statut social, le capital social intègre des paramètres d'ordre psychosocial comme les relations sociales, la cohésion sociale, le bien-être (Marmot et Wilkinson, 2006 ; Muntaner et al., 2001; Wilkinson, 1999). Des travaux menés en psychologie de la santé et en santé publique ont analysé les mécanismes et canaux susceptibles de produire de la santé (Berkman et Glass, 2000 ; Cohen et al., 2000). Le réseau social, par exemple, étend son influence sur l'ensemble de ses membres et certains de ceux-ci peuvent agir sur les comportements des autres en matière de santé : lutte (versus permissivité) contre le tabagisme, l'alcoolisme, les drogues ou bien l'inverse. En fait, les réseaux sociaux sont aussi des canaux à travers lesquels diverses formes de support social (informations, conseil, prêt d'argent, etc.) sont échangées autour des relations entre membres. En d'autres termes, le support social est pensé pour promouvoir le bien-être à travers sa capacité à éviter ou limiter des situations de stress en offrant directement les ressources nécessaires dont certains ont besoin (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2001 ; Kawachi et Berkman, 2000). Mais, une fois de plus, il faut admettre que certaines formes de support social peuvent aussi être négatives, par exemple un partenaire critique peut exacerber une situation potentiellement stressante (Kawachi et al. 2008).

Mais, la question centrale demeure la manière d'appréhender l'influence du capital social sur l'état de santé. Des auteurs comme Wilkinson (1996, 1999) et Muntaner et al. (2001) estiment que le capital social agit à travers la subjectivité individuelle qui joue un rôle important de médiation des inégalités sociales de santé. Autrement dit, la perception individuelle de la position sociale relative tend à créer des troubles ou désordres psychosociaux qui affecteraient en retour la santé. L'introduction des explications des inégalités de santé par le capital social et/ou l'environnement psychosocial séduit de nombreux auteurs (Marmot, 1998 ; Wilkinson 1999, Kawachi et al. 1997, 1999) alors que pendant longtemps, le champ des inégalités sociales en matière de santé était plutôt matérialiste.

Il convient aussi de garder à l'esprit le fait que l'état de santé d'une personne est à même de conditionner ou d'influencer son niveau de capital social.

2 Méthode d'approche, données et sources de données

Compte tenu de la diversité des définitions accompagnant le concept de capital social, il existe plusieurs aspects qui entrent dans la mesure de celui-ci. Les indicateurs peuvent être mesurés tant au niveau individuel qu'au niveau agrégé comme la collectivité, la communauté ou l'Etat.

Mais dans cette recherche, l'examen des relations entre le capital social et la santé se fait au niveau individuel à partir d'une analyse secondaire des données de l'enquête PSELL3/EU-SILC.

2.1 La source de données

Les données utilisées proviennent de l'enquête PSELL3/EU-SILC sur les revenus et les conditions de vie des ménages réalisée par le CEPS/INSTEAD en 2003 et 2007. Environ 10000 personnes sont concernées. Comme cette enquête n'a pas été conçue pour mesurer le capital social en tant que tel, les questions utilisées ne couvrent que quelques aspects de ses multiples définitions. Par rapport aux différentes définitions énoncées précédemment, il ne sera pas possible d'avoir des informations concernant, d'une part, les relations avec les services collectifs ou de l'Etat, et d'autre part, les relations inter et intra groupes. Cependant, ces questions sont suffisamment pertinentes pour représenter certaines composantes essentielles du capital social au niveau individuel.

2.2 Les données

En partant de l'approche du modèle social de la santé, qui considère que l'état de santé des individus est influencé par plusieurs facteurs tant biologiques, socioéconomiques qu'environnementaux, les données sélectionnées sont les suivantes : l'état de santé général, quatre indicateurs du capital social (activité bénévole, fréquence de contacts ou de rencontres, isolement social, aide extérieure en cas de besoin), le sexe,

l'âge, la situation matrimoniale, la nationalité, le niveau d'études, la situation professionnelle et le niveau de revenu.

La variable d'intérêt est l'état de santé général. Celui-ci est mesuré à travers une question actuellement standardisée - « Comment M. qualifierait-il son état de santé général ? » - dont la réponse comporte cinq modalités : très bon, bon, assez bon, mauvais et très mauvais. Cette variable est définie ensuite de manière dichotomique, en procédant au regroupement suivant : lorsque la réponse est « très bon » ou « bon », cela correspond à un état de santé général considéré comme « bon », et, dans le cas contraire, il est considéré comme « mauvais ».

L'axe principal de cette étude étant la détermination des relations entre le capital social et la santé, les quatre variables susceptibles de représenter des indicateurs du capital social et d'avoir des effets sur l'état de santé des personnes interrogées sont définies comme suit.

La première variable « activité bénévole » permet de savoir si la personne interrogée est engagée dans une activité bénévole. Cette variable est codée en trois modalités : oui régulièrement (classe de référence), oui de temps en temps et non. L'implication dans des activités bénévoles tend à traduire un engagement social pour des valeurs de solidarité.

Une deuxième variable concerne la fréquence des rencontres d'amis ou de membres de la famille ne vivant pas dans le même ménage avec comme réponse possible « jamais ou rarement » (moins d'une fois par mois), « une à deux fois par mois », « tous les jours ou presque » (une à deux fois par semaine) (classe de référence). Cela se réfère plutôt à la notion de réseau social et à l'intensité des relations sociales.

Une troisième variable permet de déterminer si la personne interrogée se sent seule, souvent ou parfois, rarement, jamais (classe de référence). Il s'agit de mesurer l'influence de l'isolement social sur l'état de santé en partant de l'hypothèse que l'isolement social peut être source de problèmes psychosociaux pouvant conduire à terme à une altération de l'état de santé général.

Enfin la quatrième variable relative au capital social permet de savoir si la personne interrogée connaît dans son entourage quelqu'un qui serait prêt à l'aider en cas

de besoin (pour l'héberger, pour l'aider financièrement, pour la soutenir moralement). Les réponses possibles sont : oui, certainement (classe de référence), oui, peut-être, et non. Cette variable renvoie à la notion de soutien social et/ou de confiance.

Ces quatre marqueurs de capital social correspondent à deux des indicateurs clés du capital social les plus courants qui sont l'engagement social ou civique et les réseaux sociaux (entourage immédiat de la personne et réseau secondaire : famille, amis, voisins, etc.) (Kawachi et al., 1997, 1999 ; Putnam, 1995 ; Coleman, 1990).

Par ailleurs, une variable représentant un indice de capital social a été construite, à partir de la combinaison des quatre marqueurs susmentionnés, afin d'avoir une mesure synthétique de l'ensemble des aspects représentés par chacune des quatre variables relatives au capital social. La valeur numérique de cet indice varie de 0 (absence de capital social) à 8 (capital social très élevé). La transformation en trois modalités correspond au regroupement suivant : faible (0 à 2), moyen (3 à 6) et élevé (7 à 8). La valeur moyenne de cet indice est égale à 4,1.

En ce qui concerne les autres variables socioéconomiques et démographiques qui seront utilisées pour analyser les relations entre l'état de santé général et le capital social (sexe, âge, situation matrimoniale, nationalité, niveau d'études le plus élevé atteint), elles sont décrites dans le tableau 1.

2.4 La modélisation

Pour étudier les effets du capital social sur les inégalités de santé, nous utilisons la modélisation logistique multiple en intégrant, dans un premier temps, les facteurs socioéconomiques et les quatre marqueurs du capital social et, dans un deuxième temps, les facteurs socioéconomiques et l'indice de capital social. Il s'agit de mesurer les effets fixes des différents facteurs sur l'état de santé général en 2003 et 2007.

3 Résultats

3.1 Evolution de l'état de santé en fonction des caractéristiques socioéconomiques et du capital social

L'analyse descriptive des marqueurs du capital social révèle notamment que les personnes avec un faible capital social ont tendance à s'estimer plus souvent que les autres en moyen ou mauvais état de santé tant en 2007 qu'en 2003 (cf. tableau 1). Par exemple, les personnes qui ont des contacts irréguliers avec des amis ou des membres de la famille ne vivant pas dans le même ménage (36,9% en 2007 et 46,0% en 2003) s'estiment plus souvent en moyen ou mauvais état de santé que celles qui ont des rencontres plus fréquentes (24,1% en 2007 et 25,1% en 2003). Environ 35% des personnes déclarant ne pas avoir de soutien social, c'est-à-dire ne pas espérer d'aide extérieure en cas de besoin, se perçoivent en moyen ou mauvais état de santé en 2007 tandis qu'elles étaient 48% en 2003.

La même tendance se révèle également lorsque l'on examine la situation à partir de l'indice de capital social qui synthétise les effets de l'ensemble des marqueurs utilisés. Ainsi, en 2007, 43,5% de personnes ayant un indice de capital social faible s'estiment en moyen ou mauvais état de santé contre 25,6% ou 19,9% parmi celles qui ont, respectivement, un indice de capital social moyen ou élevé. En 2003, les chiffres sont respectivement 58,1%, 26,9% et 15,9%.

Comme cette analyse ne suffit pas pour contrôler en même temps les effets de multiples facteurs socioéconomiques qui influencent l'état de santé, elle est complétée par une analyse explicative basée sur l'utilisation de modèles logistiques.

Tableau 1 : Evolution de l'état de santé entre 2003 et 2007 en fonction des caractéristiques socioéconomiques et du capital social

		Etat de santé			
		2003		2007	
		Bon	Moyen/ Mauvais	Bon	Moyen/Mauvais
Classes d'âge					
	[16-24]	95.0	5.0	94.4	5.6
	[25-34]	88.5	11.5	88.7	11.3
	[35-49]	79.3	20.7	80.6	19.5
	[50-64]	60.8	39.2	66.2	33.8
	>64	38.6	61.4	44.8	55.2
Sexe					
	Masculin	75.1	24.9	76.1	23.9
	Féminin	70.0	30.0	72.8	27.2
Nationalité					
	Luxembourgeois	71.6	28.4	74.3	25.7
	Portugais	66.4	33.6	71.5	28.5
	Belges	87.5	12.5	78.1	21.9
	Français	83.1	16.9	78.3	21.7
	Allemands	77.5	22.6	85.0	15.0
	Italiens	63.8	36.2	62.6	37.4
	Autres UE-15	87.7	12.3	83.4	16.6
	Autres	74.1	25.9	73.5	26.6
Niveau d'études					
	Primaire	54.9	45.1	59.0	41.0
	Secondaire	78.8	21.2	79.7	20.3
	Supérieur	87.9	12.1	83.7	16.3
Statut marital					
	Jamais marié	87.6	12.4	85.6	14.4
	Marié	70.8	29.2	72.8	27.2
	Séparé/divorcé	64.3	35.7	71.6	28.4
	Veuf	40.0	60.0	46.2	53.8
Activité bénévole					
	Oui, régulièrement	80.0	20.0	78.7	21.3
	Oui, de temps en temps	74.5	25.5	82.6	17.4
	Non	70.9	29.1	73.0	27.0
Fréquence de rencontre d'amis					
	Plus d'1 à 2 fois par semaine	74.9	25.1	75.9	24.1
	1 ou 2 fois par mois	69.5	30.5	71.3	28.8
	Jamais ou moins d'1 fois par mois	54.0	46.0	63.2	36.9
Sentiment de solitude					
	jamais	78.0	22.0	78.5	21.5
	rarement	70.3	29.7	71.3	28.7
	souvent ou parfois	54.9	45.1	61.9	38.1
Aide extérieure en cas de besoin					
	Oui, certainement	76.6	23.4	75.8	24.2
	Oui, peut-être	66.6	33.4	68.4	31.6
	Non	52.1	47.9	65.2	34.8
Indice de capital social					
	Faible	41.9	58.1	56.5	43.5
	Moyen	73.1	26.9	74.4	25.6
	Elevé	84.1	15.9	80.1	19.9

Source : CEPS/INSTEAD, Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003 et 2007

3.2 Liens entre capital social et état de santé

L'analyse de la régression logistique multiple fait apparaître en 2007 l'absence de liens statistiquement significatifs de deux facteurs de capital social (activités bénévoles et aide extérieure en cas de besoin) avec la probabilité de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé, toutes choses égales par ailleurs, tandis qu'en 2003, tous les facteurs de capital social sont statistiquement liés à l'état de santé (cf. tableau 2). Les deux autres facteurs de capital social considérés dans le modèle ont des relations statistiquement significatives avec l'état de santé (cf. tableau 2).

Tableau 2: Régression logistique multiple modélisant la probabilité de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé en 2003 et en 2007 en fonction des variables socioéconomiques et de capital social

	2003			2007		
	OR	IC 95 %		OR	IC 95 %	
Age						
	[16-24]	1		1		
	[25-34]	2.52*	1.76 3.62	2.11*	1.51 2.95	
	[35-49]	4.94*	3.47 7.04	4.81*	3.48 6.66	
	[50-64]	15.05*	10.42 21.74	11.83*	8.45 16.57	
	>64	31.87*	21.78 46.64	25.08*	17.68 35.58	
Sexe	Féminin	1		1		
	Masculin	0.98	0.86 1.11	1.00	0.88 1.12	
Activités bénévoles	Oui, régulièrement	1		1		
	Oui, de temps en temps	1.34	0.98 1.81	0.77	0.57 1.04	
	Non	1.38*	1.16 1.66	1.16	0.99 1.37	
Fréquence de rencontre d'amis	Plus d'1 à 2 fois par semaine	1		1		
	1 ou 2 fois par mois	1.02	0.87 1.20	1.20*	1.03 1.40	
	Jamais ou moins d'1 fois par mois	1.28*	1.04 1.59	1.42*	1.12 1.80	
Sentiment de solitude	jamais	1		1		
	rarement	1.78*	1.47 2.14	1.77*	1.47 2.12	
	souvent ou parfois	2.80*	2.41 3.25	2.13*	1.84 2.47	
Aide extérieure en cas de besoin	Oui, certainement	1		1		
	Oui, peut-être	1.49*	1.26 1.75	1.15	0.94 1.39	
	Non	1.83*	1.53 2.19	1.16	0.93 1.45	
	R² ajusté	0.345		0.250		

(*) Tests significatifs au seuil de 5%. NB : les modèles de régression logistique sont également ajustés sur le niveau d'éducation, la nationalité et le statut marital.

Source : CEPS/INSTEAD, Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003 et 2007

3.2.1 Le rôle de l'engagement social en faveur d'une activité bénévole

Le fait d'être engagé de façon régulière dans une activité bénévole ne semble pas préserver les personnes qui le font des risques de s'estimer plus en moyen ou mauvais état de santé par rapport à celles qui ne le font que de temps en temps ou pas du tout. En effet, il n'existe pas de différence significative de risque de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé plutôt qu'en bon état de santé entre les personnes engagées régulièrement et les autres en 2007. Cependant, en 2003, celles qui n'étaient pas du tout engagées dans les activités bénévoles avaient un peu plus de risque de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé.

3.2.2 La fréquence des rencontres et la perception de l'état de santé

Le réseau social ainsi que l'intensité des rencontres ont un lien avec la perception de l'état de santé de la population. En 2007, les résultats montrent clairement l'existence de relations statistiquement significatives entre l'intensité des relations sociales et l'état de santé tandis qu'en 2003, la relation n'est significativement différente qu'entre les personnes qui ont des contacts plus réguliers avec des amis (c'est-à-dire plus d'une à deux fois par semaine) et celles qui en ont le moins (c'est-à-dire jamais ou moins d'une fois par mois).

3.2.3 L'isolement social comme déterminant social important de l'état de santé

L'isolement social paraît être le marqueur du capital social qui a l'effet marginal le plus élevé sur l'état de santé parmi les quatre retenus. Il est, par le niveau élevé des rapports de cote, le plus discriminant. Le risque de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé plutôt qu'en bon état de santé est environ 1,8 fois pour les personnes qui se sentent seules rarement en 2007 et 2003 par rapport à celles qui ne le ressentent jamais, et plus du double (2,1 fois en 2007 et 2,8 fois en 2003) pour celles qui se sentent seules souvent ou parfois comparativement à celles qui ne se sentent jamais seules. Autrement dit, plus les gens ont le sentiment d'être isolés socialement, plus ils ont de risque de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé qu'en bon état de santé.

3.2.4 L'impact du soutien social ou de la confiance à autrui en cas de besoin

Pouvoir espérer du soutien ou avoir confiance en quelqu'un de son entourage en cas de besoin donne une indication sur le degré de capital social dont une personne peut disposer. Les résultats de l'analyse font apparaître, d'une part, une absence de lien entre le degré de confiance en quelqu'un de son entourage et l'état de santé en 2007, et d'autre part, l'existence de relations en 2003. En effet, en 2003, les personnes qui ne peuvent espérer de l'aide de leur entourage en cas de besoin (OR=1,83 ; IC=1,53 – 2,19) ou qui en sont incertaines (OR=1,49 ; IC=1,26 – 1,75) présentent plus de risque d'avoir une mauvaise santé par rapport à celles qui peuvent l'espérer avec certitude.

3.2.5 L'incidence du capital social sur l'état de santé est confirmée

L'utilisation d'une mesure synthétique du capital social confirme de manière significative l'influence de ce dernier sur l'état de santé des individus (cf. tableau 3). Comme il en ressort des modèles précédents, le rendement du capital social paraît bénéfique pour la santé. En effet, les personnes ayant un indice de capital social faible ont 2,4 fois (IC : 1,82 – 3,28) et 4,6 fois (IC : 3,50 – 6,12) plus de chance de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé plutôt qu'en bon état de santé par rapport à celles qui ont un indice de capital social élevé, respectivement en 2007 et en 2003. Celles qui ont un indice moyen ou modéré ont 1,3 fois (IC : 1,07 – 1,49) et 1,8 fois (IC : 1,48 – 2,19) plus de chance de s'estimer en mauvais état de santé qu'en bonne santé par rapport à celles qui ont un indice élevé, respectivement en 2007 et en 2003. Ainsi, il en résulte un gradient social marquant le niveau des inégalités de santé en fonction du niveau de capital social investi.

Tableau 3: Régression logistique multiple modélisant la probabilité de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé en 2003 et en 2007 en fonction des variables socioéconomiques et de l'indice de capital social

	2003			2007		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Age						
[16-24]	1					
[25-34]	2.84*	1.99	4.05	2.26*	1.62	3.16
[35-49]	5.69*	4.01	8.07	5.29*	3.83	7.30
[50-64]	16.59*	11.54	23.83	12.64*	9.05	17.66
>64	34.12*	23.44	49.68	27.10*	19.15	38.34
Sexe						
Féminin	1					
Masculin	0.92	0.82	1.04	0.93	0.83	1.04
Nationalité						
Luxembourgeois	1					
Portugais	2.02*	1.66	2.45	1.74*	1.44	2.11
Belges	0.49	0.32	0.74	1.20	0.87	1.64
Français	0.90	0.67	1.21	1.34*	1.02	1.77
Allemands	0.96	0.66	1.40	0.55*	0.36	0.84
Italiens	1.10	0.84	1.45	1.23	0.93	1.61
Autres UE-15	0.60*	0.40	0.91	0.77	0.57	1.03
Autres	1.68*	1.24	2.27	1.79*	1.36	2.35
Niveau d'études						
Supérieur	1					
Primaire	2.78*	2.26	3.44	1.91*	1.58	2.30
Secondaire	1.80*	1.48	2.20	1.19*	1.00	1.40
Statut marital						
Marié	1					
Jamais marié	1.25*	1.02	1.52	1.60*	1.34	1.92
Séparé/divorcé	1.47*	1.19	1.81	1.11	0.90	1.38
Veuf	1.25*	1.01	1.54	1.18	0.96	1.47
Indice de capital social						
Elevé	1					
Faible	4.63*	3.50	6.12	2.44*	1.82	3.28
Moyen	1.80*	1.48	2.19	1.26*	1.07	1.49
R² ajusté	0.3180				0.2309	

Source : CEPS/INSTEAD, Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003 et 2007

4 Discussion

Le capital social confirme son statut de déterminant social de santé, à la fois lorsqu'il s'agit de considérer des indicateurs spécifiques ou d'utiliser un indicateur composite. Le fait d'aborder l'influence du capital social sur la santé à travers divers indicateurs distincts, au lieu d'un seul, permet d'appréhender au mieux ceux qui ont le plus d'effets ou qui engendrent plus d'inégalités sociales. Ainsi, avons-nous trouvé en 2007 que l'engagement social (c'est-à-dire la pratique d'activités bénévoles) et le soutien social (c'est-à-dire espérer une aide extérieure en cas de besoin) n'impliquaient pas de différences significatives de risque de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé alors qu'en 2003 le soutien social faisait bien apparaître des différences statistiquement significatives. Il importe de signaler que les quatre marqueurs du capital social utilisés ne sont que faiblement corrélés ($r < 0.25$).

En ce qui concerne les deux autres indicateurs de capital social, les résultats sont conformes à ceux d'autres travaux (Kawachi et al., 1997 et 1999 ; Wilkinson, 1999 ; Muntaner et al., 2001, Marmot et Wilkinson, 2006). Car les personnes possédant un degré de capital social moindre présentent plus de risque que les autres de s'estimer en moyen ou mauvais état de santé et réciproquement. L'indicateur d'isolement social est de ce point de vue révélateur de la médiation des considérations psychosociales sur les inégalités sociales de l'état de santé (Wilkinson, 1996 et 1999 ; Muntaner et al. 2001, Stansfeld, 2006). Cette influence semble opérer à travers des troubles psychiques qui sont souvent associés à des taux de suicides élevés ou à de faibles pronostics de guérison et/ou de survie à certaines pathologies (Stansfeld, 2006). Les personnes qui se sentent isolées sont souvent plus vulnérables que les autres et présentent aussi les risques d'exclusion les plus élevés à l'accès aux soins et à d'autres biens et services essentiels. L'isolement social est le marqueur de capital social dont la relation avec le risque de se percevoir en moyen ou mauvais état de santé paraît forte et relativement stable au cours de la période étudiée.

La fréquence des rencontres ou des contacts avec des amis a montré également la relation existante entre l'intensité des contacts et l'auto-évaluation de l'état de santé et a confirmé les résultats d'autres travaux tels que ceux de Kawachi et al. (1997 et 1999).

En fait, au regard de nombreux travaux consacrés à l'étude des relations entre le capital social et la santé, il existe bien plusieurs façons d'appréhender l'influence du capital social sur la santé de la population. Par exemple, Kawachi et Berkman (1998) trouvent qu'aux Etats-Unis, des taux de mortalité élevés étaient associés avec de faibles niveaux de capital social (mesurés par l'appartenance à des groupes, les niveaux de vote, la confiance à autrui) à travers 39 Etats du pays en ce qui concerne les principales causes de décès. De même, l'état de santé perçu était statistiquement significatif au degré du capital social au niveau de l'Etat.

En ce qui concerne la relation entre un engagement social en faveur des activités bénévoles et l'état de santé, le résultat est mitigé car celle-ci est inexistante en 2007 mais présente en 2003. Il faut admettre qu'une telle relation n'est pas évidente. Kawachi et al. (1999) ont bien constaté une relation positive en examinant le lien entre le capital social au niveau des différents Etats des Etats-Unis et la perception individuelle de la santé. En revanche, Veenstra (2000) contredisait la relation positive entre le niveau de l'engagement civil et l'état de santé en trouvant qu'il n'y avait pas de liens entre la participation civile et la santé.

Selon Muntaner et al. (2001), la discussion du concept même de capital social en santé publique provient d'au moins trois domaines majeurs à l'intérieur de la communauté de santé publique, à savoir la promotion de la santé communautaire, le support social et le domaine portant sur le capital social et la cohésion sociale. Dans cette discussion, le capital social et la cohésion sociale sont les principaux médiateurs du lien entre l'inégalité de revenu et la santé de la population (Wilkinson, 1996 ; Kawachi, Kennedy et Lochner, 1997 ; Kawachi, Kennedy et Prothrow-Stith, 1997).

Il y a autour du développement de ce concept l'expression d'une conviction en matière de recherche en santé publique selon laquelle les déterminants de la santé de la population sont à la fois individuels et contextuels.

Aussi, il est fort probable que l'état de santé d'une personne conditionne ou influence son niveau de capital social. C'est en fait tout le problème de la détermination du sens de la causalité qui est posée. En effet, comme tout capital, celui-ci tend à s'user plus rapidement chez certaines personnes tout au long du parcours de la vie s'il n'est pas entretenu et renouvelé. Or, des personnes dont l'état de santé est suppo-

sé mauvais ont tendance à avoir moins de capacités que les autres à avoir un engagement social fort et à participer aux réseaux sociaux.

Enfin, le recours à un indicateur composite de capital social a l'avantage de prendre en compte de manière globale les quatre dimensions du capital social retenues dans cette étude et de faire ressortir des relations avec l'état de santé qui soient consistantes. Mais cet avantage peut se transformer également en inconvénient lorsque l'on souhaite se placer dans une perspective d'action. En effet, pour tenter d'améliorer le niveau du capital social de la population, dont les effets positifs sur la santé sont beaucoup documentés par ailleurs, il est nécessaire de disposer d'informations concernant l'influence sur la santé de chacune des différentes dimensions qui définissent le capital social. L'une des limites de cette recherche est le faible nombre de dimensions disponibles qui concourent à définir le capital social. Malgré tout, l'indice composite de capital social calculé pour cette recherche représente une combinaison d'indicateurs au sens de Kawachi et al. (1997 et 1999) ou une ressource sociale fort utile au sens de Bourdieu (1986) qui a un lien fort avec la perception de l'état de santé général et le sentiment de bien-être individuel et/ou collectif.

Au final, au Luxembourg comme ailleurs, le capital social joue un rôle de médiation sur l'état de santé. L'isolement social paraît être le principal vecteur de la relation entre le capital social et la santé.

Références

BERKMAN L. ET GLASS T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In *Social Epidemiology*, New York, Oxford: Oxford University Press, 137-173.

BOURDIEU P. (1986). The Forms of Capital. In Richardson J.G. (ed.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York, Greenwood Press, 241-258.

COHEN, UNDERWOOD AND GOTTLIEB (2001). Social relationships and health: challenges for measurement and intervention. *Adv Mind Body Med*. 2001 Spring; 17(2):129-41.

COLEMAN, J. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, Mass. Belknap Press of Harvard University Press, 993 p.

CULLEN M. AND WHITEFORD H. (2001). *The Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health*. Discussion Paper, Commonwealth of Australia 2001, 60 pages.

ISUMA (2001). *Capital social et santé*, Vol. 2, N°1.

KAWACHI I., SUBRAMANIAN S.V. AND KIM D. (2008). *Social capital and Health*. Springer.

KAWACHI I. AND BERKMAN L.F. (1998). "Social cohesion, Social capital, and Health", In Berkman L.F. and Kawachi I. (eds), *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.

KAWACHI I. AND BERKMAN L.F. (2000). "Social cohesion, social capital, and health." In *Social Epidemiology*, New York, Oxford: Oxford University Press, 174-190.

KAWACHI I. AND KENNEDY B. (1997). Socioeconomic determinants of health: Health and social cohesion: Why Care about Income Inequality? *British Medical Journal*, 314 (5 April): 1037-1040.

KAWACHI I. KENNEDY B. AND GLASS R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis, *American Journal of Public Health*, 89 (8): 1187-1193.

KAWACHI I., KENNEDY B. AND LOCHNER K. (1997). Long Live Community: Social Capital as Public Health. *The American Prospect*, November/December: 56-9.

KAWACHI I., KENNEDY B., LOCHNER K. AND PROTHROW-STITH D. (1997). Social Capital, Income Inequality, and Mortality, *American Journal of Public Health*, 87 (9) September: 1491-1498.

KNACK S. AND KEEFER P. (1997). Does Social Capital Have an Economic Payoff? A Cross-Country Investigation, *Quarterly Journal of Economics*, 112:251-88.

MARMOT M.G. (1998). Improvement of social environment to improve health. *Lancet* 351:57-60.

MARMOT M. AND WILKINSON R.G. (eds) (2006). *Social Determinants of Health*, 2nd edition. Oxford University Press, 366.

MUNTANER ET AL. (2001). Social capital and the Third Way in Public Health: understanding the retreat from structural inequalities in epidemiology and public health. *Int J Health Serv.* 2001;31(2):213-37.

PUTNAM R. (2001). Social Capital. Measurement and Consequences, *ISUMA – Canadian Journal of Policy Research*, Spring 2001: 41-51.

PUTNAM R. (1995). Bowling Alone: America's Declining Social Capital, *Journal of Democracy.* 6 (1):65-78.

STANSFELD S.A. (2006). Social support and social cohesion. In Marmot, M. and R.G. Wilkinson (eds) 2006. *Social Determinants of Health*. 2nd edition, Oxford University Press; pp148 -171.

VAN KEMENADE S., 2003. Le capital social comme déterminant de la santé : comment le définir ? *Santé canada*, Document de travail 02-07, Mars.

VEENSTRA G., 2000, Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Social Science and Medicine*, 50 (2000): 619-629.

WILKINSON, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London, New York, Routledge, 255 p.

WILKINSON R.G. (1999). Income Inequality, Social Cohesion and Health: Clarifying the Theory. A reply to Muntaner and Lynch. *International of Health Services*, Vol. 29, n° 3, 525-43.



3, avenue de la Fonte
L-4364 Esch-sur-Alzette
Tél.: +352 58.58.55-801
www.ceps.lu