

# Appartenance à la collectivité et santé

Nancy Ross

## Résumé

### Objectif

Le présent article décrit le lien entre le sentiment d'appartenance à la collectivité et l'état de santé autoévalué.

### Source des données

Les données sont celles recueillies de septembre 2000 à février 2001 durant la première moitié du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

### Techniques d'analyse

Des données descriptives sont présentées pour décrire le lien entre diverses variables sociodémographiques et le sentiment d'appartenance à la collectivité. La régression logistique multiple est utilisée pour étudier l'association entre ce sentiment et l'état de santé autoévalué, lorsque l'on tient compte de l'effet des caractéristiques sociodémographiques et d'autres facteurs liés à la santé.

### Principaux résultats

Selon l'enquête, un peu plus de la moitié (56 %) des Canadiens et Canadiennes éprouvaient un sentiment prononcé ou assez prononcé d'appartenance à leur collectivité. L'appartenance à la collectivité est associée à l'état de santé autoévalué, même si l'on tient compte de l'effet du statut socioéconomique, de l'existence de problèmes de santé chroniques, des comportements ayant un effet sur la santé, du stress et d'autres facteurs.

### Mots-clés

État de santé, identification sociale, enquête sur la santé.

### Auteur

Nancy Ross (514-398-4307) travaille à l'Université McGill et à la Division des études sociales et économiques de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

- Des recherches ont depuis longtemps fait état du rôle important que jouent les relations sociales dans le maintien d'un bon état de santé.
- La présente étude porte sur le lien entre le sentiment d'appartenance qu'éprouve une personne à l'égard de sa collectivité et la façon dont elle évalue sa santé. Même en tenant compte d'un éventail d'autres facteurs, un lien persiste entre le sentiment qu'ont les Canadiens et Canadiennes d'appartenir à leur collectivité et leur état de santé.

Depuis un certain temps déjà, des études ont montré que les personnes qui ont des interactions avec d'autres et ont un sentiment d'attachement à leur égard sont en meilleure santé que celles qui sont plus isolées<sup>1-3</sup>. Certains des indices les plus probants des bienfaits des liens sociaux proviennent d'une grande étude menée auprès des résidents du comté d'Alameda, en Californie, à la fin des années 1960 et durant les années 1970. Selon cette étude, les personnes qui entretenaient des liens avec la collectivité (liens évalués d'après le nombre d'amis et de connaissances, ainsi que d'après les affiliations à des organismes bénévoles ou religieux) avaient un taux plus faible de maladie et de mortalité que les personnes ne bénéficiant d'aucun lien de ce genre, même si l'on tient compte des différences en ce qui concerne le statut socioéconomique, les comportements ayant un effet sur la santé et l'utilisation des services de santé<sup>1</sup>. Au cours des

## Méthodologie

### Source des données

La présente analyse se fonde sur les données recueillies durant la première moitié du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada, de septembre 2000 à février 2001. L'ESCC est conçue pour recueillir des renseignements sur la santé de la population des diverses régions socio-sanitaires du Canada (voir l'article intitulé « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — aperçu de la méthodologie » dans le présent numéro). Les données recueillies sont transversales.

La présente analyse se fonde sur les données fournies par un échantillon de 48 412 personnes de 18 ans et plus vivant à domicile dans les 10 provinces. Les données ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population à domicile des provinces durant la période de collecte des données, c'est-à-dire de septembre 2000 à février 2001. Le taux de réponse était de 80 %.

### Techniques d'analyse

Des totalisations croisées pondérées ont servi à estimer la proportion de personnes qui ont dit éprouver un sentiment fort ou plutôt fort d'appartenance à leur collectivité, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Le recours à la régression logistique multiple a permis de modéliser le lien entre l'état de santé jugé très bon ou excellent et le sentiment d'appartenance à la collectivité. Les caractéristiques sociodémographiques et d'autres facteurs que l'on sait influencer sur la santé (limitation des activités, problèmes de santé chroniques, usage du tabac, stress) ont été inclus dans le modèle à titre de variables de contrôle.

Pour tenir compte des effets du plan de sondage, la valeur de la variance utilisée dans le calcul des coefficients de variation et des limites de confiance a été estimée par la méthode *bootstrap*<sup>4-6</sup>.

### Limites

Le contenu du questionnaire de l'ESCC varie légèrement selon la région socio-sanitaire; la présente analyse se concentre uniquement sur les renseignements recueillis pour toutes les régions socio-sanitaires. Lors de l'analyse multivariée, la variable explicative dont on voulait surtout étudier le lien avec l'état de santé était le sentiment d'appartenance à la collectivité. Malheureusement, les données sur d'autres variables (par exemple, le soutien social et les facteurs psychosociaux) susceptibles de modifier la relation apparente entre le sentiment d'appartenance à la collectivité et l'état de santé n'étaient pas disponibles pour toutes les régions socio-sanitaires et n'ont donc pas pu être incluses dans l'analyse.

L'introduction de quatre mesures composites du soutien social dans un modèle fondé sur un échantillon réduit n'a pas modifié considérablement la grandeur du rapport de cotes calculé pour le sentiment d'appartenance à la collectivité (données non présentées). Il semble donc que ce sentiment soit conceptuellement distinct du soutien social et qu'il soit associé de façon indépendante à l'état de santé autodéclaré. Cependant, les résultats d'autres analyses faites sur des échantillons réduits donnent à penser que l'estime de soi pourrait jouer un rôle médiateur entre le sentiment d'appartenance à la collectivité et l'état de santé.

Les données de l'ESCC sont transversales et ne permettent donc pas de tirer des conclusions quant à la causalité des associations observées entre variables. Par conséquent, nul ne peut prétendre qu'un faible sentiment d'appartenance à la collectivité est la cause d'un mauvais état de santé. Il se pourrait que le mauvais état de santé influe sur le sentiment d'appartenance.

Les données étant autodéclarées (ou déclarées par procuration), la grandeur du biais dû à l'erreur de déclaration est inconnue. Pour réduire au minimum l'erreur de déclaration qui entache les données sur les problèmes de santé chroniques, on a demandé aux personnes participant à l'enquête de déclarer uniquement les problèmes de santé qui avaient été « diagnostiqués par un professionnel de la santé ».

Des 54 788 interviews (de personnes de 12 ans et plus) réalisées durant la première moitié de la collecte des données du cycle 1.1, 7,6 % l'ont été par procuration. Or, certaines sections du questionnaire, y compris la question sur l'appartenance à la collectivité, sont conçues pour être posées uniquement à la personne concernée; par conséquent, les réponses à ces sections font défaut pour les personnes pour lesquelles l'interview a été réalisée par procuration. À l'étape du traitement des données, le recours à l'imputation a permis de combler ces lacunes dues à la déclaration par procuration.

La question utilisée pour évaluer le sentiment d'appartenance à la collectivité (« Diriez-vous que votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale est : très fort? plutôt fort? plutôt faible? très faible? ») pourrait être interprétée différemment par les personnes interrogées. Par exemple, l'expression « communauté locale » n'est pas définie et le sens qui lui est accordé pourrait varier. Or, on ne sait pas quel est l'effet de ces différences d'interprétation sur l'association observée entre le sentiment d'appartenance à la collectivité et l'état de santé autoévalué.

L'analyse a trait uniquement au sentiment individuel d'appartenance à la collectivité. Les données sur les biens sociaux ou matériels des collectivités qui procurent à leurs membres un sentiment d'attachement ne sont pas recueillies dans le cadre de l'ESCC.

années 1980 et 1990, d'autres études ont montré qu'il existe une association entre le manque de relations sociales et le mauvais état de santé.

Plus récemment, on a vu croître l'intérêt pour le concept de « capital social » et son association au bon état de santé<sup>7,8</sup>. L'expression « capital social » a de nombreux sens : au niveau le plus fondamental, elle signifie que les liens noués avec autrui ont des répercussions importantes sur le bien-être<sup>9</sup>. Une personne peut posséder un capital social parce qu'elle est entourée d'un grand réseau d'amis et de connaissances. Le capital social peut cependant aussi être envisagé comme étant une sorte de savoir-faire social. Dans un contexte plus général, nombre de chercheurs considèrent que le capital social englobe les caractéristiques d'une collectivité, lesquelles sont reliées indirectement à la santé<sup>10</sup>. Ainsi, les collectivités où le capital social est important pourraient être celles qui offrent des possibilités d'interaction et qui possèdent des ressources publiques bien développées, comme des parcs, des bibliothèques et des installations récréatives.

Selon un observateur, le fléchissement de l'adhésion aux organismes civiques importants et de l'entretien de relations sociales avec les voisins observé au cours des 20 dernières années est un indicateur de la diminution du capital social, du moins aux États-Unis<sup>11</sup>.

Malgré la diversité des opinions avancées dans les publications quant à la nature exacte du capital social, le concept est convaincant. Selon des études menées aux États-Unis, dans les États où le capital social est important, les enfants regardent moins la télévision, les crimes violents sont moins courants et l'état de santé est meilleur qu'ailleurs<sup>7</sup>.

### **Interaction sociale et santé**

L'interaction entre les membres d'une collectivité agit sur la santé de plusieurs façons. Elle peut donner lieu à la transmission des normes sociales concernant la promotion de la santé et les comportements nuisibles à cette dernière<sup>12</sup>. Selon une autre théorie, le détachement social engendre un stress chronique auquel l'organisme pourrait répondre par une sorte de « vieillissement accéléré »<sup>12</sup>. La participation aux activités communautaires pourrait aussi augmenter

l'exposition à l'influence de la société et donner accès à des ressources sociales et matérielles qui, à leur tour, pourraient avoir sur la santé les effets bénéfiques que le statut social semble procurer<sup>13,14</sup>.

Les données provisoires de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada donnent une occasion unique d'examiner l'état de santé autoévalué en fonction du sentiment d'appartenance à la collectivité (voir *Méthodologie*). Il a été démontré à plusieurs reprises que l'autoévaluation de l'état de santé est une mesure fiable de l'état de santé physique et psychique et qu'elle est un prédicteur de futurs événements nuisibles à la santé<sup>15-17</sup>.

Le concept d'appartenance à la collectivité analysé ici diffère des mesures épidémiologiques classiques des liens sociaux (autrement dit, le nombre d'amis ou d'affiliations) ou du soutien social et affectif perçu, sur lesquels se fondent la plupart des données sur l'importance des liens sociaux pour la santé. Pour mesurer l'intensité des liens avec la collectivité, les participants à l'ESCC se sont vu demander d'évaluer, au moyen d'une échelle de Likert à quatre points, leur sentiment d'appartenance à leur collectivité.

Le présent article brosse le profil des personnes qui disent avoir un sentiment prononcé d'appartenance à leur collectivité. Il présente aussi les résultats d'une analyse de cette appartenance en fonction de l'état de santé autoévalué, lorsque l'on tient compte des effets d'autres facteurs pertinents.

### **Environ la moitié de la population éprouve un lien avec la collectivité**

Selon les données provisoires de l'ESCC, un peu plus de la moitié des Canadiens et Canadiennes éprouvent au moins un sentiment assez fort d'appartenance à leur collectivité (données non présentées). Les proportions d'hommes et de femmes qui disent éprouver ce niveau d'appartenance à leur collectivité sont comparables (tableau 1).

Les jeunes adultes représentent le groupe le moins susceptible d'éprouver au moins un sentiment assez fort d'appartenance à leur collectivité. La proportion de personnes qui éprouvent un sentiment d'appartenance augmente avec l'âge, comme en

## Définitions

Pour mesurer le *sentiment d'appartenance à la collectivité*, les participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont répondu à la question suivante : « Diriez-vous que votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale est : très fort? plutôt fort? plutôt faible? très faible? ». Pour les besoins de l'analyse multivariée, les répondants ont été classés en deux groupes : sentiment très fort ou plutôt fort et sentiment plutôt faible ou très faible.

Les données concernant l'*autoévaluation de l'état de santé* sont tirées de la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est : excellente? très bonne? bonne? passable? mauvaise? » D'après la réponse à cette question, les participants à l'enquête ont été classés en deux groupes : état de santé très bon ou excellent et état de santé mauvais, passable ou bon.

Quatre *groupes d'âge* ont été définis : 18 à 29 ans, 30 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus.

Trois catégories ont été établies pour définir l'*état matrimonial* : célibataire (jamais marié(e)); divorcé(e), séparé(e) ou veuf(ve) et marié(e) ou union de fait.

Une variable dichotomique a été dérivée des renseignements recueillis sur la composition du ménage afin de préciser si le répondant vivait dans un ménage comptant des *enfants de moins de 12 ans* ou non.

Quatre catégories ont été établies pour définir le *niveau de scolarité* : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires. Pour les besoins de l'analyse bivariable, la variable mesurant le niveau de scolarité est appliquée à la population de 25 à 64 ans. Le *niveau de revenu du ménage* est une variable dérivée obtenue en rajustant le revenu du ménage provenant de toutes les sources déclarées, après transferts et avant impôt, en fonction de la taille du ménage. Cinq catégories de revenu du ménage sont ainsi définies :

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyenne-inférieure	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyenne	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieure	1 ou 2	60 000 \$ ou plus
	3 ou plus	80 000 \$ ou plus

Le *lieu de résidence* a été catégorisé comme étant urbain ou rural d'après la classification géographique appliquée par Statistique Canada pour le Recensement au niveau du secteur de dénombrement.

On a considéré comme *titulaire d'un emploi* les personnes qui ont déclaré avoir travaillé à un emploi rémunéré ou s'être absentes d'un emploi rémunéré au cours des sept jours qui ont précédé l'interview. Les questions ayant trait à cette variable ont été posées aux personnes de moins de 75 ans.

L'évaluation de la *limitation des activités* a procédé de questions portant sur les problèmes de santé qui influent sur les activités quotidiennes. Les personnes suivantes ont été considérées comme présentant une limitation des activités : les personnes qui, à cause d'un état physique ou un état mental ou un problème de santé (qui avait duré ou qui devait durer au moins six mois), ont dit avoir parfois ou souvent de la difficulté à entendre, voir, communiquer, marcher, monter des escaliers, se pencher, apprendre ou s'adonner à toute activité similaire, ou être limitées dans la quantité ou le genre d'activités qu'elles pouvaient faire à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres situations, comme les déplacements ou les loisirs.

Pour déterminer l'existence de *problèmes de santé chroniques*, les participants à l'enquête ont été invités à indiquer s'ils avaient souffert de certains problèmes de santé de longue durée qui avaient duré ou devaient durer au moins six mois et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Le nombre de problèmes de santé chroniques a été classé comme étant « aucun », « un » ou « deux et plus », d'après les réponses aux questions concernant le diagnostic des problèmes de santé suivants : asthme, fibromyalgie, arthrite ou rhumatisme, maux de dos, hypertension, migraine, bronchite chronique, emphysème ou bronchopneumopathie chronique obstructive, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcère à l'estomac ou à l'intestin, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, incontinence urinaire, troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite, maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence, cataracte, glaucome, problèmes thyroïdiens, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, syndrome de fatigue chronique, sensibilité aux agresseurs chimiques.

La catégorie d'*usage du tabac* a été déterminée au moyen de la question « À l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? »

Pour évaluer le *stress*, la question suivante a été posée aux participants : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont stressantes : pas du tout? pas tellement? un peu? assez? extrêmement? » On a considéré comme éprouvant un stress intense les personnes qui ont dit que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes et comme étant peu stressées celles qui ont dit que la plupart de leurs journées n'étaient pas du tout stressantes, pas tellement stressantes ou qu'un peu stressantes.

témoignent les résultats d'une étude montrant un lien positif entre l'âge et le sentiment d'appartenance à la collectivité. Les auteurs de cette étude supposent que les personnes âgées ont plus de temps que les autres pour participer à la vie communautaire<sup>18</sup>.

Les contraintes de temps auxquelles font face les personnes qui ont de jeunes enfants pourraient expliquer pourquoi elles sont à peine plus susceptibles que les autres d'éprouver un sentiment d'attachement à la collectivité. Bien que la fréquentation scolaire des enfants et leur

participation à des activités organisées ainsi qu'à des activités récréatives informelles puissent donner à leurs parents un sens accru d'appartenance à la collectivité, les demandes liées à l'éducation des enfants pourraient les empêcher de participer aux activités communautaires.

Les données publiées sur le lien entre le niveau de scolarité et la participation sociale sont contradictoires. Selon une étude, le niveau de scolarité est le prédicteur le plus important de l'engagement social<sup>5</sup>, tandis que, selon une autre, l'association entre le niveau de scolarité et la cohésion du quartier serait négative<sup>19,20</sup>. Par contre, les données de l'ESCC ne témoignent d'une association ni positive ni négative entre le sentiment d'appartenance à la collectivité et le niveau de scolarité. Cette diversité des résultats quant au lien entre le niveau de scolarité et l'appartenance à la collectivité pourrait tenir à des différences de concept et de mesure entre les variables sociales utilisées pour les diverses études.

En ce qui concerne le revenu du ménage, l'analyse révèle une association positive plus limitée avec le sentiment d'appartenance à la collectivité. Les personnes classées dans la catégorie inférieure de revenu sont moins susceptibles de se sentir fortement liées à leur collectivité que celles appartenant aux catégories moyennes ou supérieures de revenu. Il n'existe aucune différence observable entre les personnes appartenant aux catégories moyenne, moyenne-supérieure ou supérieure de revenu. Ces résultats laissent entendre que certains seuils de revenu augmentent la possibilité d'une forte connexion avec la collectivité.

Enfin, les personnes qui vivent dans les régions rurales sont nettement plus susceptibles que celles qui vivent en région urbaine d'éprouver un sentiment fort ou plutôt fort d'appartenance à la collectivité.

## Lien entre l'appartenance à la collectivité et la santé

Le sentiment d'appartenance à la collectivité est fortement associé à l'état de santé autoévalué, même en tenant compte de l'effet de plusieurs autres facteurs sur la santé (tableau 2). La cote exprimant la possibilité d'être en excellente ou en très bonne

Tableau 1  
**Pourcentage de la population de 18 ans et plus éprouvant un sentiment très fort ou plutôt fort d'appartenance à leur collectivité, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, septembre 2000 à février 2001**

	%
<b>Sexe</b>	
Hommes	56
Femmes	56
<b>Groupe d'âge</b>	
18 à 29 ans	48 <sup>†</sup>
30 à 44 ans	55 <sup>†</sup>
45 à 64 ans	58 <sup>†</sup>
65 ans et plus	65 <sup>†</sup>
<b>Enfants de moins de 12 ans dans le ménage</b>	
Non	56 <sup>‡</sup>
Oui	57
<b>Niveau de scolarité<sup>‡</sup></b>	
Pas de diplôme d'études secondaires	54
Diplôme d'études secondaires	55
Études postsecondaires partielles	56
Diplôme d'études postsecondaires	56
<b>Revenu du ménage</b>	
Inférieur	48 <sup>§</sup>
Moyen-inférieur	53 <sup>††</sup>
Moyen	56
Moyen-supérieur	57
Supérieur	57
<b>Lieu de résidence</b>	
Urbain	55 <sup>‡</sup>
Rural	62

**Source des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier provisoire, septembre 2000 à février 2001

**Nota :** Analyse fondée sur 48 412 répondants de 18 ans et plus. Au besoin, les tests de signification ont été rajustés pour tenir compte des comparaisons multiples.

<sup>†</sup> Valeur significativement différente de celles obtenues pour toutes les autres catégories ( $p < 0,05$ ).

<sup>‡</sup> Pour les personnes de 25 à 64 ans.

<sup>§</sup> Valeur significativement plus faible que celles obtenues pour les catégories moyenne, moyenne-supérieure et supérieure de revenu ( $p < 0,05$ ).

<sup>††</sup> Valeur significativement plus faible que celles obtenues pour les catégories moyenne-supérieure et supérieure de revenu ( $p < 0,05$ ).

<sup>‡‡</sup> Valeur significativement plus faible que celle obtenue pour l'autre catégorie ( $p < 0,05$ ).

Tableau 2

Rapports corrigés de cotes pour la déclaration d'un état de santé très bon ou excellent et d'autres caractéristiques, population de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, septembre 2000 à février 2001

	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Sentiment d'appartenance à la collectivité</b>			<b>Revenu du ménage</b>		
Très fort	1,7*	1,6 - 1,9	Supérieur	2,5*	2,1 - 3,0
Plutôt fort	1,3*	1,2 - 1,4	Moyen-supérieur	1,8*	1,5 - 2,0
Plutôt faible	1,0	1,0 - 1,1	Moyen	1,4*	1,2 - 1,6
Très faible†	1,0	...	Moyen-inférieur	1,1	0,9 - 1,3
			Inférieur†	1,0	...
<b>Sexe</b>			<b>Titulaire d'un emploi</b>		
Femmes	1,1*	1,1 - 1,2	Oui	1,4*	1,3 - 1,5
Hommes†	1,0	...	Non†	1,0	...
<b>Groupe d'âge</b>			<b>Lieu de résidence</b>		
18 à 29 ans	1,6*	1,4 - 1,9	Urbain	0,9*	0,9 - 1,0
30 à 44 ans	1,3*	1,1 - 1,4	Rural†	1,0	...
45 à 64 ans	1,0	0,9 - 1,1			
65 ans et plus†	1,0	...	<b>Limitation des activités</b>		
			Oui	0,4*	0,4 - 0,4
<b>État matrimonial</b>			Non†	1,0	...
Célibataire	1,0	0,9 - 1,1	<b>Problèmes de santé chroniques</b>		
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)	1,0	1,0 - 1,1	Deux ou plus	0,3*	0,2 - 0,3
Marié(e)/union libre†	1,0	...	Un	0,6*	0,5 - 0,6
			Aucun†	1,0	...
<b>Enfants de moins de 12 ans dans le ménage</b>			<b>Usage du tabac</b>		
Oui	1,1	1,0 - 1,2	Quotidien	0,7*	0,7 - 0,8
Non†	1,0	...	Occasionnel	0,9	0,8 - 1,1
			Non-fumeur†	1,0	...
<b>Niveau de scolarité</b>			<b>Stress</b>		
Diplôme d'études postsecondaires	1,9*	1,7 - 2,0	Intense	0,7*	0,6 - 0,7
Études postsecondaires partielles	1,6*	1,4 - 1,8	Faible†	1,0	...
Diplôme d'études secondaires	1,5*	1,4 - 1,6			
Pas de diplôme d'études secondaires†	1,0	...			

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier provisoire, septembre 2000 à février 2001

Nota : Fondé sur 47 160 répondants de 18 ans et plus. Pour le revenu, la catégorie « inconnu » a été incluse dans l'analyse pour maximiser la taille de l'échantillon; le rapport de cotes n'est pas présenté. Les chiffres ont été arrondis; certains rapports de cotes dont la borne inférieure ou supérieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont significatifs.

† Catégorie de référence.

... N'ayant pas lieu de figurer.

\*  $p < 0,01$ .

santé est presque deux fois plus élevée pour les personnes qui se sentent fortement liées à leur collectivité que pour celles qui disent n'avoir qu'un sentiment très faible ou plutôt faible d'appartenance à leur collectivité. En effet, si l'on exclut le groupe ayant déclaré avoir un sentiment « très faible » d'appartenance, la cote exprimant la possibilité d'être en excellente ou en très bonne santé augmente avec l'intensité du sentiment d'appartenance à la collectivité. Ce résultat préliminaire basé sur les données de l'ESCC témoigne du lien entre l'intégration sociale et l'état de santé, un lien qu'il sera possible d'explorer plus en détail à mesure qu'un plus grand nombre de données seront disponibles.

Les résultats de l'analyse multivariée présentés au tableau 2 renforcent aussi certains liens bien connus entre le niveau de santé et les facteurs sociodémographiques, les comportements ayant un effet sur la santé et le stress. Il existe une association positive entre un haut niveau de scolarité ou un haut niveau de revenu et un état de santé excellent ou très bon. Le fait de travailler en-dehors de la maison a aussi un effet favorable sur l'état de santé. Naturellement, la nature transversale des données empêche de préciser le sens de ces relations. La causalité inverse, c'est-à-dire la notion qu'un mauvais état de santé est le précurseur du chômage, du sous-emploi ou du faible revenu a été avancée pour

expliquer le lien entre le revenu et la santé<sup>21</sup>. Cependant, d'autres études, dans le cadre desquelles des personnes ont été suivies pendant plusieurs années, montrent que la relation de causalité inverse n'est vraisemblablement pas celle qui contribue le plus à l'association entre le revenu et la santé<sup>22</sup>.

La cote exprimant la possibilité de déclarer être en excellente ou en très bonne santé est plus faible pour les personnes qui vivent en région urbaine que pour les résidents des régions rurales. Comme il faut s'y attendre, l'existence de problèmes de santé chroniques et la limitation des activités sont l'une et l'autre associées à une moins bonne autoévaluation de l'état de santé. Évidemment, la cote exprimant la possibilité de se dire en excellente ou en très bonne santé est nettement plus faible pour les personnes qui fument quotidiennement que pour les non-fumeurs. Enfin, cette cote est plus faible pour les personnes qui se disent exposées à un stress intense que pour celles qui sont peu stressées.

Pourtant, même après la prise en compte de l'effet de tous ces facteurs, les données provisoires de l'ESCC indiquent qu'il existe un lien important entre le sentiment d'appartenance à la collectivité et l'état de santé autoévalué.

### Mot de la fin

Selon la présente analyse, il existe une association entre le sentiment d'appartenance à la collectivité et la santé. Cette observation est faite au moment où nombre de chercheurs laissent entendre que le capital social s'érode ou que la notion de « collectivité » est en train de s'évanouir dans les sociétés post-industrielles fortement urbanisées comme la société canadienne. L'ensemble complet de données de l'ESCC qui sera disponible dans un avenir proche permettra de procéder à une comparaison interrégionale du sentiment d'appartenance à la collectivité. Il sera donc possible d'examiner l'effet de ce sentiment d'appartenance sur l'état de santé au niveau régional et de déterminer, à une moins grande échelle géographique, quelles stratégies et pratiques sont susceptibles de l'accroître ou de le diminuer. ●

## Références

1. L.F. Berkman et L. Syme, « Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents », *American Journal of Epidemiology*, 109, 1979, p. 186-204.
2. J.S. House, K.R. Landis et D. Umberson, « Social relationships and health », *Science*, 214, 1988, p. 540-545.
3. L.F. Berkman, « The role of social relations in health promotion », *Psychosomatic Medicine*, 57, 1995, p. 245-254.
4. M. Woolcock, « The place of social capital in understanding social and economic outcomes », *ISUMA: Canadian Journal of Policy Research*, 2, 2001, p. 11-17.
5. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
6. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
7. R.D. Putnam, « Social capital: measurement and consequences », *ISUMA: Canadian Journal of Policy Research*, 2, 2001, p. 41-52.
8. J.F. Helliwell et R.D. Putnam, *Education and social capital*, NBER Working Paper No. 7121, Cambridge MA, National Bureau of Economic Research, 1999.
9. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
10. A. Portes, « Social capital: its origins and applications in modern sociology », *Annual Review of Sociology*, 24, 1998, p. 1-24.
11. R.D. Putnam, « Bowling alone: America's declining social capital », *Journal of Democracy*, 6, 1995, p. 65-78.
12. L.F. Berkman, T. Glass, I. Brissette *et al.*, « From social integration to health: Durkheim in the new millennium », *Social Science and Medicine*, 51, 2000, p. 843-857.
13. L.F. Berkman et T. Glass, « Social integration, social networks, social support and health », publié sous la direction de L.F. Berkman et de I. Kawachi, *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000.
14. R.G. Evans, M.L. Barer et T.R. Marmor (publié sous la direction de), *Why Are Some People Healthy and Others Not?*, Hawthorne, New York, Aldine de Gruyter, 1994.
15. S. Miilunpalo, I. Vuori, P. Oja *et al.*, « Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population », *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 1997, p. 517-528.
16. G.A. Kaplan et T. Camacho, « Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort », *American Journal of Epidemiology*, 117, 1983, p. 292-304.

17. S. Heistaro, P. Jousilahti, E. Lahelma *et al.*, « Self-rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, p. 55, p. 227-232.
18. D.W. McMillan et D.M. Chavis, « Sense of community: a definition and theory », *Journal of Community Psychology*, 14, 1986, p. 6-23.
19. D. Robinson et D. Wilkinson, « Sense of community in a remote mining town: validating a neighborhood cohesion scale », *American Journal of Community Psychology*, 23, 1995, p. 137-148.
20. J.C. Buckner, « The development of an instrument to measure neighborhood cohesion », *American Journal of Community Psychology*, 16, 1988, p. 771-791.
21. J.P. Smith, « Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status », *Journal of Economic Perspectives*, 13, 1999, p. 145-166.
22. M.C. Wolfson, G. Rowe, J.F. Gentleman *et al.*, « Career earnings and death: a longitudinal analysis of older Canadian men », *Journal of Gerontology - Social Sciences*, 48, 1993, p. S67-S79.