

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277063468>

Capital social, santé et minorités francophones

Article in Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique · May 2006

DOI: 10.1007/BF03405368

CITATIONS

14

READS

241

4 authors:



Louise Bouchard

University of Ottawa

103 PUBLICATIONS 1,164 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Anne Gilbert

University of Ottawa

48 PUBLICATIONS 295 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Rodrigue Landry

Université de Moncton

106 PUBLICATIONS 3,647 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Kenneth Deveau

Université Sainte-Anne

25 PUBLICATIONS 454 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



La frontière au quotidien / The everyday border [View project](#)



Pratiques novatrices en santé mentale pour les communautés francophones en situation minoritaire à Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) et dans les Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.) [View project](#)

Capital social, santé et minorités francophones

Louise Bouchard, PhD¹

Anne Gilbert, PhD²

Rodrigue Landry, PhD³

Kenneth Deveau, PhD⁴

RÉSUMÉ

Le but de cet article est de présenter les perspectives d'analyse qu'offre le concept du capital social eu égard à la santé et à sa prise en charge. Le capital social, défini sous l'angle des réseaux sociaux et des ressources qu'ils renferment, s'avère un concept fructueux sur plusieurs plans, notamment sur la santé, le développement social, économique et le bien-être des communautés ainsi que comme outil dans la mise en œuvre des politiques sociales (à l'égard de populations marginalisées, des aînés, des sorties de l'aide sociale, par exemple). Une stratégie d'actions qui mise sur le soutien et le développement de réseaux constitue certainement un levier de réussite pour le développement social, la santé et le bien-être des populations. Les liens sociaux que favorisent les réseaux donnent aux individus à la fois du soutien social, cognitif et émotionnel, qui agit directement sur l'estime de soi et le sentiment de compétence personnelle, ainsi que l'accès à des ressources sociales, au niveau d'opportunités potentielles de positionnement social, par exemple. Nous examinerons la communauté francophone canadienne vivant en situation minoritaire en regard de sa vitalité, des déterminants de sa santé et de sa prise en charge.

Mots-clés : Déterminants sociaux de la santé; capital social; minorité francophone

Le but de cet article est de présenter les perspectives d'analyse qu'offre le concept du capital social eu égard à la santé et à sa prise en charge. Le capital social, défini sous l'angle des réseaux sociaux et/ou des ressources qu'ils renferment, s'avère un concept fructueux sur plusieurs plans, notamment sur la santé, le développement social, économique et le bien-être des communautés ainsi que comme outil dans la mise en œuvre des politiques sociales (notamment à l'égard de populations marginalisées, des aînés, des sorties de l'aide sociale, etc.). La recherche en santé des populations a mis en évidence l'importance de certains déterminants sociaux dont le plus important en termes d'impact sur la santé est la position sociale d'un individu au sein de sa communauté. Les individus les plus vulnérables sur le plan de la santé sont les plus pauvres et les moins scolarisés parce qu'ils ont le moins de ressources sociales et le moins d'accès à ces ressources. La capacité d'une communauté de bâtir son capital social est une mesure de sa vitalité, de sa capacité de prise en charge et de solidarité envers ses membres les plus vulnérables. Nous examinerons la communauté francophone canadienne vivant en situation minoritaire en regard de sa vitalité, des déterminants de sa santé et de sa prise en charge.

Dans le contexte des enjeux reliés à l'alphabétisme, deux dimensions de cette discussion apparaissent pertinentes. La première en regard des conditions de vie et d'accès aux ressources sociales qui affectent la santé d'un individu de manière différentielle. L'analphabétisme dans nos sociétés axées sur l'information et le savoir peut constituer une limite majeure à l'intégration sociale et pour l'exercice d'un nombre accru d'activités. La seconde en regard des stratégies d'action sur la base des réseaux sociaux qui influencent positivement la santé et le développement humain. Les liens sociaux que favorisent les réseaux donnent aux individus à la fois du soutien social, cognitif et émotionnel, qui agit directement sur l'estime de soi et le sentiment de compétence personnelle, ainsi que l'accès à des ressources sociales, au niveau d'opportunités potentielles d'emploi et de positionnement social, par exemple.

Cadre conceptuel : la santé des populations

La perspective de recherche en santé des populations permet de se pencher sur

1. Sociologie/ Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

2. Géographie et CIRCEM, Université d'Ottawa

3. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, Moncton, (Nouveau-Brunswick)

4. Faculté des sciences sociales, Université Sainte-Anne, Pointe de l'Église, (Nouvelle-Écosse)

Correspondance : Louise Bouchard, IRSP-Université d'Ottawa, 1 Stewart # 308, Ottawa (Ontario) K1N 6N5, Tél : 613-562-5800, poste 1642, Téléc : 613-562-5659, Courriel : Louise.bouchard@uottawa.ca

l'hétérogénéité des états de santé et des déterminants complexes qui l'occasionnent. Elle situe le questionnement au niveau des populations, en cherchant à répondre « *Pourquoi certaines collectivités sont en santé et d'autres pas?* »¹ Elle incorpore dans son cadre d'analyse des déterminants de la santé, les caractéristiques individuelles (caractéristiques démographiques, socio-économiques et styles de vie) et les caractéristiques collectives (contextes, ressources sociales et culturelles, milieu de vie).

Il ressort de ces recherches quelques grands constats. L'environnement dans lequel évoluent les individus influence leur santé de manière différentielle. Cette variabilité existe entre différentes sociétés et au sein de différents groupes sociaux. De surcroît, les inégalités de santé se seraient même accrues au cours des dernières décennies, y compris dans les sociétés où existent des systèmes universels de santé.

Une abondante littérature appuie scientifiquement ces constats. Les écarts de mortalité entre les riches et les pauvres sont connus depuis longtemps et largement documentés. La corrélation entre l'espérance de vie et divers indicateurs sociaux (position sociale, revenu, niveau d'instruction, profession, lieu de résidence) s'est par ailleurs substantiellement raffinée. Ce qui ressort de nouveau, c'est la notion de *gradient*, une variation des états de santé qui suit les niveaux sociaux hiérarchiques de la société. Le gradient de santé a été mis en évidence pour la majorité des causes de décès (maladies cardiovasculaires, respiratoires, gastro-intestinales, cancers, accidents et suicides). La mortalité est toujours plus précoce et la morbidité plus présente lorsque l'on est au bas de l'échelle sociale^{2,3}. L'organisation du travail produit également des effets pathogènes sur les systèmes neuroendocrinien, métabolique et immunitaire du stress, s'il est vécu sans ressources psychosociales et ainsi touchent plus fortement les personnes au bas de l'échelle du travail⁴. Cette réalité a été clairement mise en évidence au Canada par Wilkins⁵ qui a démontré que l'espérance de vie d'un individu qui vit dans un quartier pauvre comme St Henri à Montréal est d'environ 10 ans plus courte que celle de l'individu qui vit dans Westmount, le quartier le plus riche.

Les explications les plus solides produites par la recherche en santé des populations

appuient la thèse voulant que les disparités de santé soient le reflet des inégalités sociales. On utilise l'expression « *Passer sous la peau* » pour signifier l'impact et le mécanisme d'action physiologique néfaste de certains déterminants sociaux et conditions de vie sur la santé. Or il se trouve que les personnes au bas de l'échelle sociale adoptent des habitudes de vie plus dommageable à leur santé (tabagisme, alcoolisme, mauvaise alimentation, comportements sexuels à risque, etc.) en raison même du contexte d'adversités et du stress quotidien. De plus, l'accès aux ressources (services sociaux et de santé) leur est plus limité. Ces connaissances ont conduit à une analyse plus fine de la chaîne complexe de déterminations de la santé et à introduire dans le modèle d'explication, un effet associé au contexte social lui-même⁶. Par delà l'agrégation des facteurs individuels, des différences persistent entre les collectivités laissant présumer une influence spécifique du milieu sur l'état de santé de ses membres et sur les inégalités de santé qui les traversent. Ce raffinement conceptuel a conduit à un modèle d'analyse prenant en considération différents niveaux d'explication des inégalités de santé : un niveau de contexte ou selon les termes de Macintyre⁷ les structures d'opportunités, c'est-à-dire, les ressources matérielles et infrastructurelles, et un niveau de fonctionnement collectif (les pratiques sociales, les caractéristiques socioculturelles et historiques de la communauté, le degré d'intégration, la mobilité, les normes et les valeurs). Il appert que les concepts relationnels et transversaux tels que capital social, relations de pouvoir, identité sociale, position sociale et sentiment de contrôle sur ces conditions d'existence ouvrent d'intéressantes perspectives d'analyse contextuelle de la santé.

Le capital social comme déterminant de la santé

Plusieurs études empiriques ont démontré une relation entre la santé et le capital social mesuré par la force des réseaux sociaux. Ces études font ressortir une association étroite entre les réseaux sociaux et les taux de morbidité et de mortalité⁸⁻¹⁰. Les personnes qui n'ont pas de soutien social sont deux à cinq fois plus susceptibles de décéder de toutes causes de mortalité que celles qui sont insérées dans des réseaux

sociaux¹¹. Au Canada, Lomas¹² s'est penché sur l'influence comparative d'interventions médicales et sociales sur la prévention de la mortalité associée aux maladies cardiaques. Ses résultats ont démontré l'efficacité des interventions sociales reliées aux réseaux sociaux. Plus récemment, des analyses du 17^e cycle de l'Enquête sociale générale indiquent une corrélation entre le niveau de capital social et la santé et le bien-être des Canadiens¹³.

Comment expliquer ce lien entre capital social et santé et bien-être? Kawachi¹⁴ propose trois voies par lesquelles le capital social pourrait produire un effet sur la santé. Il peut influencer les comportements par la promotion de la santé et la diffusion de l'information. Il peut influencer l'accès aux services sociaux et de santé en amenant les communautés à se mobiliser et à coordonner leurs actions pour améliorer la qualité et la disponibilité de services. Enfin, le capital social agit sur la santé par le biais des ressources psychosociales en fournissant du soutien moral, affectif et instrumental dans la vie quotidienne. La validité du concept de capital social dans une approche de santé des populations semble suffisamment forte pour que l'on s'y attarde.

Ces pistes sont extrêmement pertinentes pour notre propos mais une difficulté persiste quant à la définition et la mesure du capital social, c'est-à-dire la capacité de distinguer de quoi est fait le capital social, comment il fonctionne et ce qu'il produit. Woolcook et Narayan¹⁵ propose une approche synergétique combinant à la fois la structure des réseaux et les ressources qui y sont contenues. L'approche synergétique est intéressante parce qu'elle permet de puiser à différents niveaux d'analyse et de tenir compte des contextes particuliers qui donnent vie aux réseaux¹⁶. Lévesque et White¹⁷ quant à eux distinguent le courant fonctionnaliste et le courant réticulaire. L'approche fonctionnaliste du capital social a été développée par Coleman¹⁸ puis par Putnam¹¹. Elle renvoie aux « caractéristiques de l'organisation sociale telles que la confiance, les normes de réciprocité et les réseaux sociaux qui peuvent accroître l'efficacité de la société en facilitant des interventions concertées. » L'impasse de cette définition est son caractère trop hétérogène où déterminants, sources et effets se confondent¹⁹. L'approche réseau du capital

social se base sur la définition de Bourdieu : les ressources actuelles ou potentielles liées à la possession d'un réseau stable de relations plus ou moins institutionnalisées de connaissances et de reconnaissances mutuelles²⁰. Cette approche s'inscrit dans la théorie du capital social comme ressources sociales développée par la suite par Lin²¹ : les réseaux sociaux permettent aux individus et aux communautés d'accéder aux ressources dont disposent les personnes et les groupes qui forment ces réseaux. Ces réseaux constituent le lieu de production du capital social pouvant être directement mesuré sans passer par le biais des effets escomptés. Les réseaux sociaux peuvent avoir différentes fonctions. C'est pourquoi Szreter et Woolcock²² sont arrivés à distinguer trois formes de capital social : le capital social affectif (bonding), le capital social relationnel (bridging) et le capital social instrumental (linking). Ces trois formes de capital social produiront des effets différents allant des liens affectifs, aux liens plus utilitaires et poursuivront des objectifs différents allant du soutien social quotidien pour les individus aux enjeux de pouvoir et de gouvernance pour les communautés.

L'approche structurelle des réseaux apparaît être l'approche la plus valide. Plus les liens sociaux sont nombreux, plus ils sont diversifiés, plus la probabilité d'accès à des ressources différentes sera accrue¹⁷. Les indicateurs de mesure seront donc la taille (nombre de liens et d'organisations sociales), la densité (fréquence et réciprocity des contacts) et la diversité (composition sociodémographique) des réseaux^{23,24}. Cette approche permet une analyse plus compréhensive du capital social. Ainsi, les communautés riches de réseaux sociaux et d'associations communautaires seront plus aptes à se prendre en charge et à satisfaire leurs besoins¹⁵. Lévesque²⁵ a utilisé cette méthode pour analyser la sortie de l'aide sociale au Québec. Beaucoup d'autres exemples nous instruisent sur l'importance de disposer de ressources mobilisables et utiles, trouver un emploi, défense des droits, bien-être des personnes âgées, soutien à l'alphabétisation, etc. L'étude des réseaux sociaux au sein d'une communauté apparaît un indicateur utile permettant d'enrichir les études sur la vitalité des communautés²⁶. Des études récentes sur les effets de la vitalité des communautés sur les

réseaux sociaux montrent qu'il est important de non seulement considérer la langue et la quantité des contacts mais aussi la qualité des contacts. Certains types de contacts contribuent à l'autodétermination des comportements et à une plus grande conscientisation de la collectivité²⁷ ou encore à l'intériorisation et l'intégration des motifs pour agir²⁸. On peut se demander d'ailleurs si le développement langagier lui-même, en situation de faible vitalité de la communauté, n'est pas une composante importante de la santé, en particulier le développement identitaire. Dans toutes les sphères d'activités humaines, y compris la santé, la satisfaction de besoins de base qui contribue à l'autodétermination et à la prise en charge par l'individu de son développement personnel a des effets bénéfiques d'adaptation²⁹.

Les recherches de l'équipe ViLeC (Vitalité de la langue et de la culture) à l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques étudient les effets de trois aspects de la socialisation ethno-langagière qui contribuent à un développement psycholangagier harmonieux en contexte minoritaire. Leur modèle théorique intègre des contributions de trois approches conceptuelles : la vitalité ethno-linguistique³⁰, la théorie de l'autodétermination³¹ et la conscientisation sociale³². L'équipe étudie les effets du *vécu socialisant* qui a pour effet l'apprentissage des croyances et l'adoption des normes sociales, le *vécu autonomisant* qui contribue à la prise de décisions autonomes et à l'autodétermination des comportements et le *vécu conscientisant* qui amène les personnes à comprendre la légitimité et la stabilité de leur situation de minoritaire. Les trois vécus ont des effets distincts sur le développement langagier et identitaire^{28,33,34}. Surtout, c'est une approche qui permet d'entrevoir des interventions visant la prise en charge par les individus de leurs projets de vie. C'est une approche qui s'applique non seulement à la compréhension des facteurs contribuant à un développement psycholangagier harmonieux mais qui s'adapte à de nombreux aspects du développement humain, y compris la promotion de la santé.

Santé et minorités francophones : état des lieux

Les communautés francophones en situation minoritaire évaluées à 1 million de

personnes sont dispersées un peu partout au pays, les plus fortes concentrations étant en Ontario (509 265) et au Nouveau-Brunswick (239 400). Dans les autres provinces et territoires, il y a de 63 000 francophones (Alberta) à moins de 500 francophones (Nunavut). L'ensemble des communautés francophones et acadiennes représente 4,4 % de la population hors Québec³⁵. Ces communautés présentent un profil diversifié selon leurs contextes démographiques et socioéconomiques propres. Les données révèlent que les membres des communautés francophones sont en général moins jeunes, moins scolarisés et moins nombreux sur le marché du travail. Les francophones en situation minoritaire sont davantage concentrés dans des régions où l'économie est plus instable rendant ainsi plus difficile le développement et l'accès aux ressources sociales.

On en connaît peu sur la santé des francophones en situation minoritaire. Quelques études ont été effectuées dans le but d'examiner les différences de l'état de santé de différents groupes culturels du Canada. Kopec et al³⁶ ont analysé les données de l'Enquête nationale sur la santé (ENSP 1994-1995) et ont trouvé que le pourcentage de francophones obtenant un faible niveau sur l'indice de l'état de santé (HUI < 0,83) était plus élevé que celui des immigrants parlant anglais (17,8 % vs 12,7 %). Des différences significatives existeraient entre les différents groupes au niveau de l'expression de la douleur, du fonctionnement émotionnel et cognitif indiquant l'importance des facteurs culturels.

Les quelques analyses menées sur le groupe francophone de l'Ontario ayant participé à l'Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP 1996-97) permettent de soutenir l'hypothèse d'une santé différentielle des francophones et d'un rôle plus grand chez eux de certains déterminants³⁷⁻³⁹. Sans que les écarts soient toutefois très importants, les francophones de l'Ontario seraient moins nombreux à déclarer avoir une très bonne santé, et plus nombreux à déclarer une limitation d'activités, et à dire qu'ils souffrent de problèmes de santé chronique; on aurait obtenu un indice moyen plus élevé à l'échelle de détresse pour les francophones; on note aussi une plus forte consommation de médicaments chez ces derniers; un plus fort pourcentage

de francophones déclarent ne pas pouvoir obtenir les services dont ils ont besoin; ils affichent un taux plus élevé de tabagisme et une consommation plus régulière d'alcool quoique en moins grande quantité que les non-francophones; ils adoptent plus fréquemment des mesures visant à améliorer leur santé; ils bénéficient d'un moins grand soutien social, mais sont plus impliqués dans leur milieu. On sait par ailleurs que les francophones de la province ont très peu accès à des services de santé dans leur langue^{40,41}. Au Nouveau-Brunswick, l'étude de Robichaud⁴² a montré que la variable linguistique s'avérait discriminante dans l'état de santé des populations de la province. Par contre, dans une étude plus récente⁴³, c'est la pauvreté qui est la variable la plus déterminante de la santé.

Par ailleurs, la recherche a démontré de fortes inégalités régionales en matière d'accès aux services en français. L'accessibilité serait 3 à 7 fois plus élevée pour les anglophones⁴¹, et ceci au sein même des régions désignées pour offrir de tels services en vertu de la *Loi sur les langues officielles*. Si ces disparités contribuent à expliquer un différentiel de santé chez les francophones minoritaires, globalement, elles frappent beaucoup plus profondément les moins nantis du groupe et quel que soit leur groupe d'appartenance. En dépit d'une couverture universelle, les usagers du système de soins qui ne peuvent communiquer adéquatement soit en raison de la langue des services, soit en raison de leur faible degré d'alphabétisme n'ont pas le même accès ou la même qualité de soins que leurs concitoyens. Ces barrières de communication réduisent la capacité d'utiliser l'information verbale ou écrite relative à la prévention, à la prescription ou au suivi médical.

Le capital social des minorités francophones et la prise en charge de la santé

Bien que la Fédération canadienne visait au départ la coexistence des populations francophones et anglophones, l'histoire est, par contre, jalonnée d'hostilités à la survie des communautés francophones hors Québec. Le Canada, comme d'autres États nations, a soutenu des politiques d'assimilation à la langue de la majorité⁴⁴. Ce n'est donc qu'à partir de la *Commission Royale d'enquête sur le bilinguisme et le multiculturalisme* et de la

proclamation d'une *Loi sur les langues officielles* en 1969 qu'une politique linguistique a commencé à prendre forme. Le point tournant s'est effectué véritablement en 1982 avec la *Charte canadienne des droits et libertés* qui consacre le caractère constitutionnel de la déclaration du français et de l'anglais comme langues officielles et l'accès à l'enseignement dans la langue de la minorité (article 23). La refonte de la *Loi sur les langues officielles* en 1988 avait pour but de répondre aux nouvelles exigences de la *Charte* et a engagé le gouvernement fédéral à appuyer le développement des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire au Canada et à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne. Le but est de progresser d'une égalité formelle des deux langues à une égalité réelle de celles-ci. Ce cadre juridique constitue les structures d'opportunités⁴⁵ dont peuvent se prévaloir les minorités de langue officielle. Que le Nouveau-Brunswick soit officiellement bilingue et que l'Ontario et d'autres provinces aient légiféré sur les services en français, qu'un réseau de services de santé soit en développement dans toutes les provinces et territoires, qu'il existe une infrastructure de systèmes scolaires en français pour la minorité démontrent une capacité d'intervention des minorités dans l'exercice de leurs droits et la possibilité de partenariats avec les différents paliers de gouvernement. Des ressources et des stratégies de développement communautaire ont été mises en œuvre pour maintenir le français vivant dans les structures sociales. Ces ressources constituent du capital social et elles témoignent également d'une certaine vitalité interne. Une communauté manifestant un haut degré de vitalité en est une qui fournit aux membres de la collectivité des « lieux sociaux » (organisations, réseaux, systèmes symboliques) qui permettent la satisfaction des besoins et des aspirations⁴⁶. Par ailleurs, la vitalité de l'organisation sociale dépend de la participation des individus, de leur engagement dans la vie sociale, symbolique et organisationnelle de la communauté.

L'appropriation récente du champ de la santé montre le dynamisme à l'œuvre des communautés francophones en situation minoritaire et du capital social déjà mobi-

lisé. La survie de l'hôpital Montfort et la pleine reconnaissance de son statut d'hôpital francophone en Ontario est certes la figure emblématique de la mobilisation collective et de victoires possibles, mais elle résulte d'un ensemble de forces sociales convergentes forgées principalement de réseaux sociaux : la création du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario et de la Table de concertation en santé de l'Ontario, l'organisation d'un Forum sur la santé des femmes francophones de l'Ontario, le développement du Consortium National de Formation en Santé (10 établissements universitaires et collégiaux pour la formation de professionnels de la santé en français), de Société Santé en Français (à portée nationale) et la commission conjointe pour le soutien à la recherche. La victoire de Montfort a des répercussions pour toutes les provinces et territoires. Ces réseaux sociaux agissent en tant que ressources aux trois niveaux mentionnés d'effets du capital social : l'exercice des droits, la négociation et l'offre de services au sein du système de soins institutionnels et communautaire et le soutien psychosocial. Une stratégie d'actions qui mise sur le soutien et le développement de réseaux constitue certainement un levier de réussite pour le développement social et le bien-être des populations.

RÉFÉRENCES

1. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. *Être ou ne pas être en bonne santé ? Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal (Québec) : Presses de l'Université de Montréal, 1996.
2. Marmot M, Wilkinson RG. *Social Determinants of Health*. Oxford University Press, 1999.
3. Renaud M, Bouchard L. Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé. *Interface* 1994;15-25.
4. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York (New York) : Basic Books Inc., 1990.
5. Wilkins R. Health expectancy by local area in Montreal: A summary of findings. *Can J Public Health* 1986;77:216-20.
6. Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: Variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health* 1998;88(2):216-22.
7. Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med* 2002;55(1):125-39.
8. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: A review. *Soc Sci Med* 2000;51:871-85.
9. Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. *The Johns Hopkins Medical Institutions* 2001;79:387-421.
10. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. New York : Oxford University Press, 2000.
11. Putnam R. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton (New Jersey) : Princeton University Press, 1993.

12. Lomas J. Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Soc Sci Med* 1998;47:1181-88.
13. Schellenberg G. A *Middle-level Analysis of Social Capital in Canada*. Statistique Canada, 2004.
14. Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital and health: Pathways and mechanisms. Dans : Berkman LF, Kawachi I (éds.), *Social Epidemiology*. New York : Oxford University Press, 2000.
15. Woolcock M, Narayan D. Social capital: Implications for development theory, research and policy. *The World Bank Research Observer* 2000;15(2):225-49.
16. Bouchard L, Gilbert A. Capital social et minorités francophones au Canada. *Francophonies d'Amérique* 2005;20:147-59.
17. Lévesque M, White D. Le concept de capital social et ses usages. *Lien social et politiques* 1999;41:23-33.
18. Coleman JS. *Foundations of Social Theory*. Cambridge (Royaume uni) : Harvard University Press, 1990.
19. Portes A. Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annu Rev Sociol* 1998;24:1-24.
20. Bourdieu P. The form of capital. Dans : Richardson J (éd), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York : Greenwood Press, 1986, 1983.
21. Lin N. Les ressources sociales : une théorie du capital social. *Revue française de sociologie* 1995;XXXVI:685-704.
22. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol* 2004;33:650-67.
23. Campbell KE, Marsden PV, Hulbert JS. Social resources and socioeconomic status. *Social Networks* 1986;8:97-117.
24. Burt RS. A note on social capital and network content. *Social Networks* 1997;19:355-73.
25. Lévesque M, White D. Capital social, capital humain et sortie de l'aide sociale pour des prestataires de longue durée. *Can J Sociol/Cahiers canadiens de sociologie* 2001;26:167-92.
26. Landry R, Bourhis Y. Linguistic landscape and ethnolinguistic vitality – An empirical study. *J Lang Soc Psychol* 1997;16, 1 (March).
27. Landry R, Allard R, Deveau K, Bourgeois N. Self-determination and the psycholinguistic development of linguistic minorities. Communication à la Second International Conference on Self-determination Theory. Ottawa (Ontario), 2004.
28. Deveau K, Landry R, Allard R. Au-delà de l'autodéfinition : composantes distinctes de l'identité ethnolinguistique. *Francophonies d'Amérique* 2005;20:79-93.
29. Deci EL, Ryan R. *Handbook of Self-determination Research*. Rochester, New York : University of Rochester Press, 2002.
30. Giles H, Bourhis RY, Taylor DM. Towards a theory of language in ethnic group relations. Dans : Giles H (éd.), *Language, Ethnicity and Intergroup Relations*. New York : Academic Press, 1977;307-48.
31. Deci EL, Ryan R. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York : Plenum Press, 1985.
32. Freire P. *Pédagogie des opprimés*. Paris : Maspero, 1983.
33. Landry R, Allard R, Deveau K, Bourgeois N. Autodétermination du comportement langagier en milieu minoritaire : un modèle conceptuel. *Francophonies d'Amérique* 2005;20:63-78.
34. Allard R, Landry R, Deveau K. Vécu ethnolinguistique conscientisant, comportement engagé et vitalité ethnolinguistique. *Francophonies d'Amérique* 2005;20:95-109.
35. Statistique Canada. Profil des langues au Canada : l'anglais, le français et bien d'autres langues. Dans : *Recensement de 2001 : série « analyses »*. Catalogue n° 96F0030XIF2001005, 2002.
36. Kopec JA, Williams JI, To T, Austin PC. Measuring population health: Correlates of the Health Utility Index among English and French Canadians. *Can J Public Health* 2000;91(6):465-70.
37. Boudreau F, Farmer D. *Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être : les faits saillants revisités et comparés*. Toronto (Ontario) : La Table féministe francophone de concertation provinciale, 1997.
38. Picard L, Sanderson R, Michel I, Palangio A, Fraser C. *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP), Sudbury (Ontario), 1999.
39. Bouchard L, Roy J-F, Lemyre L, Gilbert A. *La santé des francophones minoritaires de l'Ontario : une analyse secondaire de l'enquête nationale de santé*. Ottawa : Institut de recherche sur la santé des populations et CIRCEM, Université d'Ottawa, 2002.
40. Fédération des Communautés Francophones et Acadienne du Canada. *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Ottawa : FCFA, 2001.
41. Santé Canada. *Rapport au ministre fédéral de la santé. Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2001.
42. Robichaud JB. *Le système de services de santé, Tome 2, dans la série Objectif 2000, Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, Édition d'Acadie, 1986.
43. SAANB. *La santé des francophones du Nouveau-Brunswick*. Moncton (Nouveau-Brunswick) : Les Éditions de la francophonie, 2003.
44. O'Keefe M. *Nouvelles perspectives canadiennes - Minorités francophones : assimilation et vitalité des communautés*. Ministère du patrimoine canadien, 2001.
45. Cardinal L. *Chroniques d'une vie politique mouvementée. L'Ontario francophone de 1986 à 1996*. Ottawa : Le Nordir, 2001.
46. Breton R. Modalités d'appartenance aux francophonies minoritaires – Essai de typologie. *Sociologie et sociétés* 1994;XXVI:59-69.