

Capital social et minorités francophones au Canada

Louise Bouchard et Anne Gilbert

Numéro 20, automne 2005

La vitalité des communautés francophones du Canada

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1005343ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1005343ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université d'Ottawa
Centre de recherche en civilisation canadienne-française

ISSN

1183-2487 (imprimé)

1710-1158 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bouchard, L. & Gilbert, A. (2005). Capital social et minorités francophones au Canada. *Francophonies d'Amérique*, (20), 147–159.
<https://doi.org/10.7202/1005343ar>

CAPITAL SOCIAL ET MINORITÉS FRANCOPHONES AU CANADA

Louise Bouchard, Département de sociologie
Institut de recherche en santé des populations, Université d'Ottawa
Anne Gilbert, Département de géographie
Centre interdisciplinaire d'études sur la citoyenneté et les minorités
Université d'Ottawa

Le capital social, défini sous l'angle des réseaux sociaux et des ressources qu'ils rendent accessibles, s'avère un concept utile, bien qu'aux yeux de plusieurs il n'ait pas encore acquis toute sa maturité. Depuis une dizaine d'années, l'étude du capital social a suscité l'intérêt tout autant des cercles universitaires que politiques. Sa richesse apparaît aujourd'hui fructueuse sur plusieurs plans. De nombreuses initiatives de recherche ont tenté de démontrer, avec un certain succès empirique, l'influence du capital social sur la santé, le développement social, économique et le bien-être des communautés.

Dans le cadre des études sur les minorités francophones du Canada, les questions de recherche ont porté pour l'essentiel sur la capacité et la mobilisation collective de cette communauté à se doter de ressources, d'institutions et de structures sociales qui maintiennent et assurent son développement. Si l'éducation a été au centre des premières recherches, actuellement ce sont les questions relatives à la santé et à sa prise en charge qui suscitent l'intérêt des chercheurs du domaine. Le capital social apparaît une piste théorique prometteuse pour analyser la mobilisation collective et la volonté de cette communauté de mettre en place les institutions-clés en réponse à ses besoins en matière de santé.

Le but du présent article est de tenter d'articuler le concept de capital social dans un modèle conceptuel qui permettrait de prendre en compte la situation minoritaire de la francophonie canadienne, sa quête d'épanouissement à travers la mise en place d'institutions sociales et son effort collectif pour l'atteindre. Compte tenu de l'importance que prend ce dossier dans son action, nous avons choisi de l'appliquer au domaine de la santé.

Le capital social défini par les réseaux de relations et les ressources sociales

Malgré les divergences sur la façon de définir et d'opérationnaliser le concept de capital social, on s'entend généralement sur l'idée qu'il réfère aux notions de relations et de ressources sociales. Les réseaux de relations sociales faciliteraient l'accès aux ressources nécessaires au développement des individus et des communautés (Woolcook, 1998). Si l'étude de ces réseaux sociaux n'est pas un champ nouveau de recherche en sciences

sociales¹, l'idée de capital social est assez récente. On attribue l'usage formel du concept et son développement théorique à Pierre Bourdieu, Glenn Loury, James Coleman, Robert Putnam, Alexandro Portes et Michael Woolcock.

Sans revoir en détail cette littérature bien exposée ailleurs, nous rappelons ici quelques éléments principaux du contenu qui s'en dégage. Selon Bourdieu, « le capital social comprend les ressources actuelles ou potentielles liées à la possession d'un réseau stable de relations plus ou moins institutionnalisées de connaissance et de reconnaissance mutuelles, autrement dit liées à l'appartenance à un groupe. » (Bourdieu, 1986, cité en français par Lévesque et White, 1999 : 27-28). Il s'est intéressé plus particulièrement aux mécanismes de sa reproduction et aux comportements stratégiques qui en sont caractéristiques. Coleman est un sociologue reconnu pour ses travaux sur l'éducation publique et les inégalités dans les années 60 et 70, et comme le chef de file en sociologie de la théorie des choix rationnels (1990). Pour lui, le capital social trouve aussi sa source dans la famille et les réseaux extrafamiliaux, mais prend différentes formes telles que : les normes de réciprocité (les obligations et les attentes négociées par le niveau de confiance sociale), les réseaux d'information, les normes sociales et les sanctions effectives, les relations d'autorité et les organisations sociales. Deux éléments le caractérisent : la structure des réseaux et les fins poursuivies par leurs membres. L'approche avancée par Coleman a été sévèrement critiquée par Portes (1998) pour son caractère trop hétérogène.

C'est au politologue Robert Putnam que revient la popularité du concept ces dernières années. Dans le cadre d'une étude pionnière sur les différentes régions d'Italie (Putnam, 1993), il a déterminé que la performance de l'économie et des institutions politiques de chacune d'elles était tributaire du niveau d'engagement civique présent. Le capital social représente pour lui une ressource collective. Les travaux subséquents de Putnam (1995) sur le capital social déclinant aux États-Unis ont attiré l'attention sur le concept. Pour lui, le capital social est composé de normes de réciprocité et de réseaux d'engagement civique, aspects essentiels de la confiance sociale qui peuvent renforcer l'efficacité de la société. Il a expliqué son déclin par le désengagement civique des individus et l'affaiblissement des indicateurs de santé, de bien-être, de prospérité et d'éducation (Putnam, 2000). Cette définition du capital social, davantage centrée sur l'engagement civique et la confiance, a souvent été reprise depuis.

Fort de sa popularité, utilisé à profusion malgré un statut conceptuel encore flou, le capital social s'est vu aussi fortement critiqué. Des réserves ont été émises quant à l'excès d'optimisme qu'il pouvait engendrer. Coleman (1990) a reconnu dès le départ que le capital social pouvait avoir des effets néfastes et servir à des fins destructrices (les groupes mafieux représentent une forme de capital social « anti-social »). Portes (1998) a aussi relevé que les réseaux « tissés serrés » peuvent avoir des pratiques ou des règles exclusives, discriminatoires et oppressives. Le capital social peut donc aussi produire des effets négatifs.

Une critique plus sévère est venue souligner le caractère potentiellement tautologique du concept de capital social, tel que défini notamment par Putnam et Coleman. En effet,

certaines recherches utilisant le concept ont parfois eu tendance à confondre le capital social lui-même à ses résultats (Lin, 1995). Ainsi, pour Portes, il est important de distinguer les ressources en soi de la capacité à y accéder par l'appartenance à diverses structures sociales (1998), une distinction explicite chez Bourdieu mais nébuleuse chez Coleman. L'analyse de Portes a contribué à faire ressortir les limites d'une approche où déterminants, sources et résultats du capital social peuvent être assimilés l'un à l'autre.

Parmi les autres critiques du concept, on retrouve celle voulant que le capital social néglige le rôle des mouvements sociaux, tels que les mouvements écologistes et féministes, en se concentrant sur les formes classiques d'associations, telles que le taux de vote, l'appartenance à des associations bénévoles de bienfaisance ou à des clubs sportifs. On a également dénoncé le fait que le capital social pouvait servir de justification du retrait de l'État des sphères sociales (Van Kemenade, 2003). En effet, puisqu'il est possible de retrouver certains niveaux élevés de capital social dans certains milieux pauvres et compte tenu des vertus sociales attribuées au capital social, le développement du capital social peut parfois apparaître non seulement comme une solution complémentaire au coûteux programme d'assistance sociale, mais aussi comme une solution de rechange.

Un concept qui trouve son point d'ancrage

La popularité du capital social, comme le souligne Woolcock (2001), se serait vite dissipée s'il n'y avait pas eu suffisamment de fondements empiriques pour soutenir le concept. De plus, d'importants développements théoriques ont continué de perfectionner l'outil lui permettant de trouver un point d'ancrage.

Une avancée utile pour distinguer les sources et les effets du capital social fut la distinction entre trois formes de capital social : affectif (*bonding*), relationnel (*bridging*) et instrumental (*linking*) (Woolcock, 2001; Frank, 2003). La première forme renvoie aux liens étroits tissés au sein de groupes homogènes aptes à offrir le soutien social et psychologique. La seconde, le capital social relationnel, est plus hétérogène et transversale. Elle facilite l'accès à différentes ressources et la diffusion de l'information. Elle comprend les « liens faibles » identifiés par Granovetter (1973), qui peuvent parfois s'avérer plus utiles que les liens forts pour évoluer dans certaines sphères, telles que l'obtention d'un emploi par exemple. Le capital social instrumental constituerait la catégorie verticale des interrelations, les relations entre différentes strates de richesse et de statut social permettant de tirer profit des ressources institutionnelles plus largement qu'au niveau du groupe restreint.

Lévesque et White (1999) ont fait la distinction entre les courants « fonctionnaliste » et « réticulaire » au sein des théories du capital social. Cette distinction est fondamentale pour mieux comprendre de quoi est fait le capital social, comment il fonctionne et ce qu'il produit. L'approche fonctionnaliste (celle de Coleman et de Putnam) porte sur les moyens par lesquels le capital social représente un actif collectif, une définition du capital social par ses effets : « [les] caractéristiques de l'organisation sociale telles que la confiance, les normes et les réseaux, qui peuvent accroître l'efficacité de la société en

facilitant des interventions concertées » (Putnam, 1993, cité en français par Judge, 2003 : 9). L'impasse majeure imputée à cette approche est d'étendre trop longuement la liste d'éléments considérés comme des générateurs de capital social et d'obscurcir plus que d'éclairer sa compréhension, d'en limiter le pouvoir explicatif. Les approches du capital social basées sur les réseaux (attribuées notamment à Bourdieu) vont s'intéresser soit à la structure des réseaux, soit aux ressources qui y sont contenues ou encore à l'accessibilité des ressources par l'intermédiaire des réseaux (Lévesque et White, 1999). Malgré que l'approche réticulaire ait aussi ses lacunes, certains la considérant trop restrictive, elle apparaît néanmoins plus claire et plus opérationnelle parce qu'elle permet de distinguer les formes du capital de ses effets. Si le capital humain s'est révélé un concept solide en raison de composantes bien définies telles que les connaissances et les compétences, le capital social peut se révéler tout aussi productif si on lui donne une définition moins équivoque.

L'approche réticulaire (par les réseaux de relations sociales) différencie les ressources elles-mêmes de leur obtention et se penche ainsi davantage sur la nature intrinsèque du capital social. Les thèses de Lin (1995) constituent un exemple de théorisation réticulaire. Il analyse le capital social sous l'angle de la théorie des ressources sociales qui cerne les actions conduites pour conserver ou acquérir de telles ressources. (Lin, 1995 : 687). En identifiant la genèse du capital social, Lin permet une meilleure différenciation du capital social par rapport aux autres formes de capital (culturel, économique, etc.) (Lévesque et White, 1999).

Ces développements théoriques constituent autant de précisions permettant de mieux appréhender le capital social et de faire une analyse plus fine de ses effets. Des développements semblables sont également survenus dans les modèles conceptuels visant la mesure du capital social, source d'autant de débats. Les indicateurs « traditionnels » inspirés par les définitions proposées par Coleman (1990) et Putnam (1993) regroupent les mesures de confiance envers autrui et les institutions; les normes de réciprocité; l'engagement civique et communautaire; la participation aux institutions politiques. Ces indicateurs ont donné lieu à de nombreuses extensions et interprétations si bien que de l'avis des experts qui s'y penchent, il est difficile de s'y retrouver. Cependant, dans le but de clarifier les multiples usages du capital social, Woolcock et Narayan (2000) dégagent quatre types d'analyse du capital social : l'approche communautariste reposant sur l'activité associative dans une communauté, l'approche par les réseaux s'intéressant à leurs structures et contenu, l'approche institutionnelle examinant la vitalité des réseaux communautaires en relation avec l'environnement politique, juridique et institutionnel, l'approche synergique reconnaissant une action réciproque des réseaux et des institutions.

L'approche synergique proposée par Woolcock (1998) nous apparaît particulièrement fructueuse en ce qu'elle permet de puiser à différents niveaux d'analyse et de tenir compte des contextes particuliers qui donnent vie aux réseaux. Le contexte social, politique, économique et institutionnel influence la structure et la capacité des réseaux, compte tenu des rapports de force qui s'y jouent. Cette approche a aussi

l'avantage de fournir un cadre global d'analyse au capital social en incorporant les réseaux sociaux, les communautés et les institutions, plutôt que d'interpréter le capital à partir d'une de ces dimensions. Il permet enfin de traiter distinctement les déterminants, les composantes et les effets du capital social, en plus d'offrir une analyse plus dynamique de la formation du capital social et de son utilisation.

Les études empiriques sur le capital social ont démontré leur pertinence sur trois ordres principaux de résultats : le développement social, le développement économique et la santé. De nombreuses études empiriques ont conclu à un lien possible entre le capital social mesuré par la densité des liens et l'instruction, le bien-être des enfants, la délinquance, la vitalité des quartiers, la santé physique et psychologique, la satisfaction et la démocratie (Healy et Côté, 2001; Helliwell, 2001).

La littérature sur les communautés francophones en situation minoritaire au Canada suggère que le capital social dont elles disposent pourrait, de la même façon, avoir une influence sur leur santé et sa prise en charge.

Les communautés francophones en situation minoritaire : une perspective sociopolitique

Le fait minoritaire peut être abordé de diverses façons. Lorsque posé en rapport avec les attributs du groupe, en l'occurrence pour la francophonie ontarienne, sa langue, son origine canadienne-française, son histoire rurale ou encore son catholicisme, le statut de minorité francophone est présenté comme découlant de particularismes culturels qui distinguent les membres du groupe francophone de la majorité de la population. Abordée en tant que phénomène découlant d'un processus de socialisation qui permet à ces derniers de partager une culture, une identité et une histoire, la minorité francophone devient une question de sens. Être membre de la minorité francophone, c'est, selon ce point de vue, partager le sentiment d'être différent en vertu de ces particularismes et en tirer des comportements qui marqueront les pratiques quotidiennes tant individuelles que collectives (Bernard, 1988; Thériault, 1995). Selon une autre perspective, la minorité résulte du rapport social qui l'engendre, marqué par la domination exercée par la majorité sur les communautés francophones minoritaires. C'est ainsi que plusieurs observateurs de la francophonie canadienne (Cardinal, 1997; Juteau, 1999) placent, au centre de leur analyse, la transformation des rapports de la francophonie de la majorité et la nouvelle conscience qui en résulte.

L'intérêt de cette perspective est multiple. Elle a comme premier avantage d'intégrer la prise en compte des processus sociaux plus larges dans l'explication du fait minoritaire, parmi lesquels on retrouve l'industrialisation et l'urbanisation des communautés francophones, le remplacement de l'Église par l'État comme principal appareil de leur cohésion, la désagrégation des anciennes formes communautaires d'organisation, leur remplacement par de nouvelles formes de communalisation et l'émergence de nouvelles identités collectives. Plus spécifiquement, et en rapport avec la santé, elle ramène au contexte dans lequel a pu émerger le début d'une prise en charge francophone dans ce dossier et aux menaces que font peser sur elle les récentes crises des finances publiques et

la reconfiguration de l'État-providence. On sait que la santé a été particulièrement touchée par ces transformations, alors que de plus amples responsabilités ont été confiées aux familles et aux communautés. La francophonie a réagi dans certains cas avec force – Montfort en est un – aux nouveaux accommodements qu'on lui proposait² (Gilbert, 2002; Cardinal, 2001). Le plus souvent, elle a cependant cherché de nouveaux compromis avec la majorité, dont les effets sont visibles, tant dans les services gouvernementaux que dans ceux qui émanent du secteur communautaire. Leur analyse est au cœur de la démarche dont il est question ici.

Ce point de vue sur la minorité est intéressant parce qu'il ramène, tôt ou tard, au principal projet visé par ces compromis, celui d'institutionnalisation. Ce faisant, dans la foulée des travaux de Breton (1983, 1985a, 1985b), on attire l'attention sur les structures communautaires et la capacité organisationnelle de la minorité. Il s'intéresse aussi aux réseaux formels et informels qui se tissent au sein de la communauté, aux identités qu'ils alimentent. C'est ainsi que la mise en place et la consolidation d'institutions de la minorité dans divers secteurs de la vie collective ont été étudiées en tant qu'illustrations du dynamisme communautaire à l'œuvre et du capital social sur lequel il se fonde (pour la santé, Andrew *et al.*, 1997; Cardinal, 2001; Gilbert, 2002; Gilbert *et al.*, à paraître). Et c'est dans cette même perspective que l'on s'est aussi intéressé aux fractures qui traversent les communautés francophones dans leur mouvement de prise en charge de leurs institutions, et qui posent la question de l'articulation entre la construction sociopolitique de la minorité et les rapports de sexe, d'âge, de classe et plus récemment les rapports entre les cultures dites fondatrices du Canada et les autres (Heller *et al.*, 1999; Heller et Labrie, sous presse; Labrie et Forlot, 1999; Laflamme, 2001).

En même temps, une telle approche a l'avantage de faire une large place à la question de la participation des membres de la communauté minoritaire aux organisations dont elle dispose, à leur engagement dans leur développement. S'inspirant encore de Breton (1985b et 1994), elle insistera de ce fait sur son caractère volontaire et le fait que l'appartenance à ces dernières relève pour une bonne part de choix individuels. Or si, historiquement, ces choix ont été effectués dans un contexte qui assurait la reproduction de ces dernières, la situation est très différente aujourd'hui. Les populations francophones sont maintenant largement intégrées au système social et économique de la majorité, dont elles subissent de plus en plus étroitement les influences culturelles (Bernard 1988, 1998). Si bien que celles-ci sont fortement tiraillées entre les forces et les processus sociaux qui, d'une part, les poussent à avoir recours aux institutions anglophones et, d'autre part, les incitent à profiter des ressources mises en place par les organismes francophones. Cette tension est particulièrement ressentie dans le domaine de la santé, où les institutions francophones en place ne sont, le plus souvent, pas en mesure de concurrencer l'attrait exercé par la société majoritaire. Différentes stratégies sont mises en œuvre par les organismes francophones pour s'adapter à ce phénomène, qui sont révélatrices de la vitalité des communautés tout en témoignant de leur fragilisation (Farmer, 1996; Thériault, 1995).

Enfin, ce point de vue n'est pas sans accorder une importance première à l'environnement dans lequel s'inscrit le rapport de la minorité à la majorité. Étant donné la diversité des minorités francophones quant à leur situation interne – poids des nombres, socioéconomie, capacités organisationnelles et liens sociaux – et quant au contexte plus global au plan légal et politique dans lequel elles interagissent avec la majorité, on s'est intéressé à conceptualiser et à analyser les modalités de l'action individuelle et collective au sein de la francophonie canadienne selon le contexte (Gilbert *et al.*, ce numéro : 51-62). Les travaux menés autour du concept de vitalité linguistique en milieu francophone minoritaire montrent la portée d'une telle démarche (Landry et Allard, 1990, 1996). On a aussi tenu compte des effets de réseau, nettement amplifiés dans la francophonie canadienne par les développements récents au plan des communications à distance.

Bref, ces travaux se distinguent par l'intérêt qu'ils portent au lien social, tel qu'il se vit au sein des structures de la communauté minoritaire et des réseaux dont elle dispose. Ils ont aussi retenu notre attention en raison de l'importance qu'ils accordent aux tensions qui la traversent, tensions qui sont particulièrement visibles dans l'ambivalence ressentie entre les aspirations personnelles et familiales et les exigences de participation aux institutions communautaires que pose la survie de la minorité. Cette littérature confirme la pertinence d'une approche de la santé et du bien-être des communautés francophones en situation minoritaire qui fait une large place à leur capacité d'incorporer les individus et d'organiser leur vie autour d'un certain nombre d'institutions où la langue et la culture de la minorité seront vécues de façon presque continue, c'est-à-dire à leur capital social. La prochaine section du texte présente un modèle d'analyse que nous avons conçu dans cette perspective. Comme on le verra, celui-ci puise abondamment dans la littérature sur le capital social, tout en l'enrichissant, en replaçant les dynamiques entourant sa formation et sa contribution à la santé et au bien-être de la population francophone dans le contexte du rapport inégal constitutif de la minorité.

Un cadre conceptuel reliant capital social et santé pour la francophonie canadienne

Il a été démontré que le capital social joue un rôle déterminant sur la santé. Il le fait directement en suscitant chez les individus qui s'engagent dans leur communauté, ou qui en partagent les idéaux, une plus grande capacité de prendre en charge leur santé. Il le fait aussi indirectement, en favorisant l'engagement collectif envers le développement de l'accès aux services de santé pour tous, au sein d'institutions à la fois mieux gouvernées et plus représentatives de la diversité sociale. Il le fait, enfin, à l'intérieur de cette sphère moins bien connue mais particulièrement centrale dans la formation du capital social que sont les réseaux sociaux, au sein desquels se développe la confiance et s'élaborent les actions collaboratives menant à une meilleure santé individuelle et collective. S'inspirant de l'*Outil d'évaluation du capital social* préparé par la Banque mondiale (Krishna et Shrader, 1999), qui insiste sur le besoin de tenir compte des différents niveaux de capital social, notre modèle distingue trois niveaux de capital social susceptibles d'avoir un effet

sur la santé et le bien-être d'une communauté francophone (figure 1). Le niveau *macro* concerne la collectivité à l'intérieur de laquelle se développe le lien social fondateur de cette communauté. Il réfère à la population, dans un éventail de dimensions, dont la démographie, l'instruction, la structure d'emploi, les revenus, les caractères ethnoculturels, les modes de vie familiaux, les problèmes sociaux et l'état de santé global. Il se rapporte aussi aux fractures qui la traversent, tant celles qui découlent des inégalités sociales entre les membres de la communauté minoritaire et les autres et qui déterminent largement leur capacité de s'affirmer dans l'espace public et de participer ainsi au développement de la communauté, que celles qui divisent la collectivité sur d'autres plans (genre, classes sociales, âge, etc.) et qui ne sont pas sans effet sur la cohésion au sein de la communauté francophone. Le niveau *macro* fait aussi référence aux institutions autour desquelles s'organise la vie collective. Il comprend les institutions formelles et informelles dans divers secteurs d'activité, les services publics offerts à la collectivité, les groupes et autres organisations. On verra ces institutions comme autant de facteurs d'actualisation du capital social au sein de la minorité, alors qu'elles président à la distribution des ressources collectives et conditionnent directement l'accès des francophones à des services dans leur langue, dont ils auront planifié eux-mêmes le développement. On s'attachera ainsi plus particulièrement au statut du français dans les institutions collectives, voire à l'existence d'institutions de langue française – rappelons qu'elles sont rares dans le domaine de la santé –, en ce qu'il détermine largement l'émergence et la consolidation des réseaux autour desquels s'organisera la communauté minoritaire, et qui lui permettront de s'épanouir.

Le niveau *micro* concerne les valeurs et croyances des individus, leurs sentiments eu égard à la communauté et à la collectivité plus large, et à l'identité qu'ils nourrissent. Il réfère à l'engagement qu'ils montrent envers l'une et l'autre et aux motivations qui l'alimentent. Notre modèle confère une grande importance à ces deux composantes interreliées de formation du capital social que sont les pratiques sociales et les dispositions cognitives qui leur donnent un sens, ainsi qu'au rôle joué par l'état de santé, les habitudes de vie, le sentiment de contrôle sur ses conditions d'existence et la capacité individuelle d'adaptation dans le processus. Même s'il reste difficile, sans expérimentation, de véritablement comprendre l'effet respectif des actions menées au sein de la communauté minoritaire et de celles qui dépassent ses frontières, nous conférons toutefois un rôle central aux premières dans le développement des solidarités et de la confiance qui est à la base même du capital social sur lequel se fonde la santé de la minorité. L'expérimentation permettra aussi de vérifier l'impact de la diversité des modalités individuelles d'appartenance à la communauté minoritaire (Breton, 1994) sur le capital social qu'on en tire, de même que sur la santé et le bien-être individuel et collectif.

Le niveau *méso* aborde le capital social sous l'angle des réseaux et des ressources auxquelles ils donnent accès (Lévesque et White, 1999; Lin, 1995). Il vise plus directement les relations qui s'établissent au sein de la communauté minoritaire et qui lui confèrent son existence. C'est en effet à travers les réseaux qui s'établissent entre

francophones que s'articule un « espace francophone », et que celui-ci peut être consolidé. Le niveau *méso* se penche ainsi sur la nature des réseaux communautaires, c'est-à-dire sur leur taille et densité, sur la structure horizontale ou verticale des organisations qu'ils mettent en lien, ainsi que sur les relations qu'elles entretiennent avec les réseaux de la majorité, tant au sein de la société civile qu'avec les pouvoirs publics. Les acteurs agissant au sein de ces réseaux sont aussi ciblés à ce niveau. Qui sont-ils et quelles relations entretiennent-ils avec les différents groupes qui forment la communauté? La composition de l'élite bureaucratique-culturelle constitue une dimension de la formation du capital social de la communauté qui ne saurait être négligée. Le niveau *méso* réfère en outre aux ressources dont disposent les réseaux de la minorité, parmi lesquels on retrouve le capital matériel, financier et humain. Il vise la capacité de cette dernière de les mettre à profit dans une stratégie d'action à plusieurs volets, où la mobilisation communautaire jouera un rôle de premier plan. On s'intéressera aussi, à ce niveau, aux négociations que mènent les réseaux francophones avec les organisations de la majorité. Ce niveau constitue, à notre avis, un niveau-clé dans la formation du capital social communautaire. C'est en effet autour des réseaux et des ressources qu'ils rendent accessibles aux membres de la communauté que se construit la capacité de prise en charge par la communauté francophone de sa santé. Nous lui accorderons donc une place particulière dans le travail d'analyse que nous souhaitons entreprendre du rapport de communautés francophones choisies à leur santé.

Eu égard à cette analyse, il faut par ailleurs préciser que si elle se veut contextuelle, de façon à bien saisir la dynamique par laquelle les communautés francophones, en s'appuyant sur le capital social dont elles disposent, s'approprient leur santé, dans un lieu donné et compte tenu des possibilités offertes par le milieu local, elle n'en négligera pas moins l'environnement plus large dans lequel s'inscrit ce processus. Notre modèle comprend en effet une prise en compte du contexte national, provincial et régional du développement des communautés francophones quant au lien qu'elles entretiennent avec leur santé. Une attention particulière sera portée à leur statut légal et juridique, au pouvoir politique dont elles disposent aux différents paliers administratifs, à leurs conditions socioéconomiques, à leur développement institutionnel. Nous référons ici en particulier aux structures d'opportunités (Cardinal, 2001) que représentent la Loi sur les langues officielles du Canada (1969), la Charte des droits et libertés (1982), la Loi ontarienne sur les services en français (1986), donnant aux minorités ethnoлингuistiques l'espace légitime de négociations. Celles-ci déterminent jusqu'à un certain point les ressources auxquelles peuvent avoir accès localement les réseaux francophones, les services qu'ils peuvent assurer aux membres de la communauté et leur capacité de retenir ces derniers à l'intérieur des frontières de la communauté.

Conclusion

Le capital social, sans être une panacée, apparaît comme un concept suffisamment productif pour mettre en valeur les processus sociaux et les stratégies collectives dans l'étude du développement des minorités francophones du Canada. Nous avons choisi de

l'illustrer dans le domaine de la santé. Une revue de différents travaux ayant insisté sur les dimensions réticulaires du capital social indique en effet qu'il pourrait être un outil conceptuel particulièrement utile pour comprendre les modalités récentes de la prise en charge du dossier de la santé par ces dernières, surtout si on l'aborde dans une perspective multiniveaux. Nous avons reconnu pour notre part trois niveaux de capital social pouvant avoir un effet sur la santé : un niveau *macro*, qui permet de replacer les réseaux francophones dans la perspective plus large de leur insertion dans une collectivité dans laquelle se jouent les rapports inégaux entre majorité et minorité; un niveau *micro*, qui nous ramène à l'individu dans ses rapports avec les réseaux communautaires; et le niveau des réseaux à proprement parler, que nous avons désigné ici comme le niveau *méso*. Il ne fait pas de doute que c'est à chacun de ces trois niveaux que s'élabore le rapport des populations francophones à leur santé ainsi que dans leurs interrelations, et qu'ils doivent donc être intégrés dans la recherche.

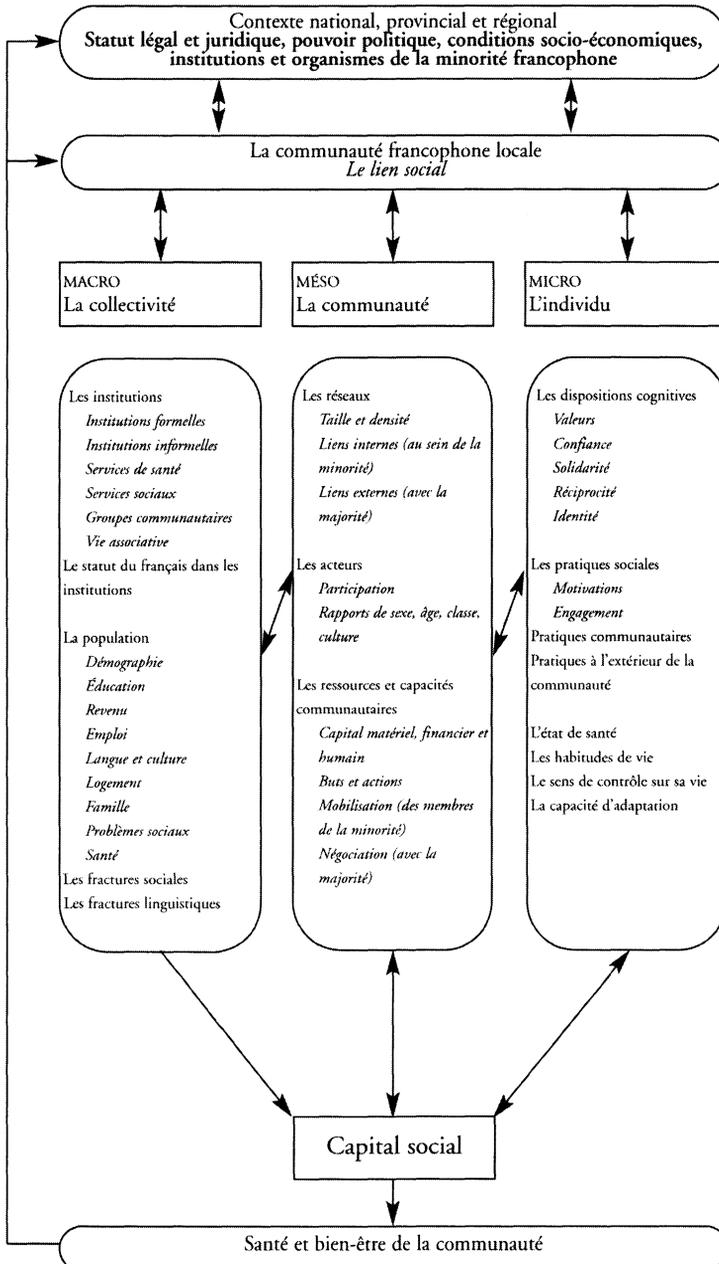
Compte tenu des modalités d'organisation de la francophonie minoritaire et du rôle particulier qu'y jouent les réseaux dans le maintien des communautés et dans leur développement, on ne saurait trop insister cependant sur l'importance que revêt leur étude dans l'explication des actions qu'elles ont entreprises en matière de santé, au plan du développement institutionnel notamment. Or, ceux-ci ont été fort peu étudiés, qu'il s'agisse des formes qu'ils prennent selon les milieux, de leurs fonctions, des ressources dont ils disposent et qu'ils rendent accessibles aux membres de la communauté ainsi qu'à ses leaders. C'est pourquoi nous avons choisi d'en faire le lieu premier de notre analyse de la mobilisation francophone autour du dossier de la santé au Canada français hors Québec. Cette approche est celle qui, d'après nous, devrait le mieux nous permettre de faire la lumière sur les façons dont la minorité arrive, dans un contexte souvent très difficile, à s'assurer d'un certain contrôle sur ses conditions d'existence, et de contribuer ainsi à enrichir la compréhension de certaines dimensions-clés de son développement, à savoir les liens sociaux, la solidarité et l'appartenance, l'identité culturelle et la participation politique.

Remerciements

Nous tenons à souligner la participation financière de l'Université d'Ottawa à la réalisation de la recherche discuté dans le présent article, telle qu'accordée dans le cadre de son programme d'Initiative collaborative de recherche interfacultaire en 2001-2002. L'appui de l'Institut de recherche en santé des populations de l'Université d'Ottawa ainsi que du Centre interdisciplinaire d'études sur la citoyenneté et les minorités de la même université doit aussi être rappelé. L'équipe de recherche a bénéficié par ailleurs d'une subvention du CRSH accordée en 2003 pour la préparation d'une demande détaillée d'Alliance de recherche université-communauté sur francophonie minoritaire et santé. Nous remercions Marcel Fallu et Jean-François Roy pour leur collaboration à la recherche.

Figure 1

Capital social et santé dans les communautés francophones en situation minoritaire



NOTES

1. Pour reprendre à grand trait l'histoire intellectuelle du capital social tel que l'ont exposé Woolcock (1998) et Portes (1998), le concept prend ses sources dans la tradition sociologique classique. Ils évoquent les notions de « solidarité de classe » de Marx et Engels qui favorise la cohésion d'un groupe; « d'échanges de réciprocité » de Simmel qui fait état des normes et des obligations qui émergent des échanges entre les réseaux sociaux; « d'introjection des valeurs » de Durkheim et Parsons qui balise les impératifs moraux de l'engagement dans des relations contractuelles; de « confiance exécutoire » de Weber qui révèle les mécanismes de soumission aux règles de conduite.
2. En 1997, la Commission de restructuration des services de santé en Ontario avait rendu la décision de fermer l'hôpital Montfort. Le groupe d'action SOS Montfort qui s'est constitué a réussi à faire renverser cette décision, marquant ainsi un renouveau d'actions collectives pour inscrire les droits des Franco-Ontariens dans la constitution du pays.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREW, Caroline, Louise BOUCHARD, Françoise BOUDREAU, Linda CARDINAL, Diane FARMER, Michèle KÉRISIT et Denise LEMIRE (1997), « Conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : un enjeu pour les femmes », Ottawa, Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.
- BERNARD, Roger (1988), *De Québécois à Ontariens*, Ottawa, Le Nordir.
- BERNARD, Roger (1998), *Le Canada français : entre mythe et utopie*, Ottawa, Le Nordir.
- BOURDIEU, Pierre (1986, 1983), « The Forms of Capital », dans John G. Richardson (dir.), *The Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York, Greenwood Press, p. 241-258.
- BRETON, Raymond (1983), « La communauté ethnique, communauté politique », *Sociologie et sociétés*, vol. 15, n° 2, p. 23-37.
- BRETON, Raymond (1985a), « L'intégration des communautés francophones hors Québec dans des communautés de langue française », *Revue de l'Université d'Ottawa*, vol. 55, n° 2, p. 77-90.
- BRETON, Raymond (1985b), « Les réseaux d'organisation et les institutions », dans *État de la recherche sur les communautés francophones hors Québec*, Ottawa, Fédération des francophones hors Québec, p. 4-19.
- BRETON, Raymond (1994), « Modalités d'appartenance aux francophonies minoritaires : essai de typologie », *Sociologie et sociétés*, vol. 26, n° 1, p. 59-70.
- CARDINAL, Linda (1997), *L'engagement de la pensée : écrire en milieu minoritaire francophone au Canada*, Ottawa, Le Nordir.
- CARDINAL, Linda (2001), *Chroniques d'une vie politique mouvementée : l'Ontario francophone de 1986 à 1996*, Ottawa, Le Nordir.
- COLEMAN, James S. (1990), *Foundations of Social Theory*, Cambridge, Harvard University Press.
- FARMER, Diane (1995), *Artisans de la modernité : les centres culturels en Ontario français*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.
- FRANK, Jeff (2003), « Faire du capital social une notion utile pour les politiques », *Horizons*, vol. 6, n° 3, p. 3-6.
- GILBERT, Anne (2002), « De l'école à l'hôpital : radiographie d'un nouvel enjeu du développement de la francophonie canadienne », dans Roch Côté (dir.), *Québec 2003*, Montréal, Fides.
- GILBERT, Anne, Michèle KÉRISIT, Christine DALLAIRE, Cécile CODERRE et Jean HARVEY, (à paraître), « Conjuguer santé et francophonie : les revendications franco-ontariennes en matière de santé », *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*.
- GRANOVETTER, Mark S. (1973), « The Strength of Weak Ties », *The American Journal of Sociology*, vol. 78, n° 6, p. 1360-1380.
- HEALY, Tom, et Sylvain CÔTÉ (2001), *Du bien-être des nations – Le rôle du capital social et humain, enseignement et compétences*, Paris, OCDE.
- HELLER, Monica, Mark CAMPBELL, Phyllis DALLEY et Donna PATRICK (1999), *Linguistic Minorities and Modernity: A Sociolinguistic Ethnography*, Londres, Longman.

- HELLER, Monica, et Normand LABRIE, (sous presse), « Discours et identités. La francité canadienne entre modernité et modernisation », Louvain-la-Neuve, Éditions modulaires européennes.
- HELLIWELL, John F. (2001), *La contribution du capital humain et social à une croissance économique durable et au bien-être*, Rapport du symposium international, Développement des ressources humaines Canada.
- JUDGE, Robert (2003), « Le capital social : établir les fondements de la recherche et de l'élaboration des politiques », *Horizons*, vol. 6, n° 3, p. 7-12.
- JUTEAU, Danielle (1999), *L'ethnicité et ses frontières*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- KRISHNA, A., et E. SHRADER (1999), « Social Capital Assessment Tool », préparé dans le cadre de la Conference on Social Capital and Poverty Reduction, Banque mondiale, Washington.
- LABRIE, Normand, et Gilles FORLOT (dir.) (1999), *L'enjeu de la langue en Ontario français*, Sudbury, Éditions Prise de parole.
- LAFLAMME, Simon (2001), « Alternance linguistique et postmodernité : le cas des jeunes francophones en contexte minoritaire », *Francophonies d'Amérique*, n° 12 (automne), p. 105-112.
- LANDRY, Rodrigue, et Réal ALLARD (1990), « Contact des langues et développement bilingue : un modèle macroscopique », *La revue canadienne des langues vivantes = The Canadian Modern Language Review*, vol. 46, n° 3, p. 527-553.
- LANDRY, Rodrigue, et Réal ALLARD (1996), « Vitalité ethnolinguistique : une perspective dans l'étude de la francophonie canadienne », dans Jürgen Erfurt (dir.), *De la polyphonie à la symphonie : méthodes, théories et faits de la recherche pluridisciplinaire sur le français au Canada*, Leipzig, Leipziger Universitätsverlag, p. 61-87.
- LÉVESQUE, Maurice, et Deena WHITE (1999), « Le concept de capital social et ses usages », *Lien social et politiques*, n° 41, p. 23-33.
- LIN, Nan (1995), « Les ressources sociales : une théorie du capital social », *Revue française de sociologie*, n° 36, p. 685-704.
- PORTES, Alexandro (1998), « Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology », *Annual Review of Sociology*, n° 24, p. 1-24.
- PUTNAM, Robert (1993), *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton, Princeton University Press.
- PUTNAM, Robert (1995), « Bowling Alone: America's Declining Social Capital », *Journal of Democracy*, vol. 6, n° 1, p. 65-78.
- PUTNAM, Robert (2000), *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, New York, Simon & Schuster.
- THÉRIAULT, Joseph Yvon (1995), *L'identité à l'épreuve de la modernité*, Moncton, Éditions d'Acadie.
- VAN KEMENADE, Solange (2003), *Le capital social comme déterminant de la santé – Comment le définir?*, Ottawa, Santé Canada.
- WOOLCOCK, Michael (1998), « Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy Framework », *Theory and Society*, n° 27, p. 151-208.
- WOOLCOCK, Michael (2001), « The Place of Social Capital in Understanding Social and Economic Outcomes », *ISUMA Canadian Journal of Policy Research*, vol. 2, n° 1, p. 11-17.
- WOOLCOCK, Michael, et Deepa NARAYAN (2000), « Social Capital: Implications for Development Theory, Research and Policy », *The World Bank Research Observer*, vol. 15, n° 2, p. 225-249.