

# **Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie**

**Analyse critique d'une migration transdisciplinaire**

**Didier Fassin**

Paru dans *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2003, 51, 403-413.

La connaissance des inégalités sociales devant la mort a une histoire. Jusqu'à une période récente, l'idée prévalait que les disparités dans ce domaine échappaient au déterminations sociales [1]. Ainsi Rousseau, dans son fameux *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes* de 1754 écarte-t-il d'emblée ce qu'il nomme inégalité « naturelle, ou physique, et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et des qualités de l'esprit, ou de l'âme », pour se concentrer sur la seule inégalité « morale, ou politique, parce qu'elle dépend d'une sorte de convention, et qu'elle est établie, ou du moins autorisée par le consentement des hommes », allant même jusqu'à affirmer qu'il n'y aurait aucun sens à rechercher une « liaison » entre les deux [2]. Le développement de l'« arithmétique politique » en Angleterre au XVIII<sup>e</sup> siècle, puis de la « statistique morale » en France au XIX<sup>e</sup> siècle, dans le contexte de la montée de l'hygiène publique, a permis de rompre avec cette fausse évidence de la naturalité des disparités physiques et d'établir au contraire que les inégalités devant la mort résultaient d'un ordre social inégal, ce que Villermé démontrait magistralement en 1830 dans un essai sur la mort à Paris [3]. Depuis lors, les travaux se sont multipliés pour décrire de plus en plus finement ce que l'on qualifie aujourd'hui d'« inégalités sociales de santé » [4] et qui constitue désormais, au sein de l'épidémiologie, mais également de la sociologie, un domaine de spécialisation et d'expertise plus ou moins développé selon les pays.

Cette exploration, au cours des deux dernières décennies, a porté de plus en plus sur la compréhension du lien entre le social et le biologique, c'est-à-dire des mécanismes par lesquels se fait la traduction dans les corps des inégalités existant dans la société, ce qui a logiquement conduit à des échanges entre la sociologie et l'épidémiologie [5]. Une forme classique prise par ces interactions a été l'emprunt par celle-ci de concepts produits par celle-là, qu'il s'agisse de « réseaux sociaux », de « cohésion sociale » ou de « support social », afin de mieux caractériser les traits de l'organisation sociale agissant favorablement sur l'état de santé et de les tester dans des études statistiques après les avoir transformés en variables quantifiables [6]. Dernière en date de ces migrations transdisciplinaires, le « capital social » a connu un succès rapide dans les études sur les inégalités sociales devant la mort et occupe aujourd'hui une place centrale sur l'agenda de la santé publique, en particulier dans le monde anglo-saxon [7]. L'intérêt suscité par ce concept sociologique et sa diffusion dans les travaux épidémiologiques justifient qu'on en analyse la signification plus précisément que ne le font en général ceux qui en ont l'usage.

L'objectif de cet article est de participer à ce travail analytique et, par là même, de contribuer au dialogue interdisciplinaire, d'abord, en rappelant que le capital social procède

de trois conceptualisations sociologiques distinctes dont les différences seront soulignées, ensuite, en montrant que l'emprunt épidémiologique de ce concept a procédé par réduction puisque l'on s'est tenu à une version simplifiée de l'une des trois approches, enfin, en proposant une discussion critique de ce transfert cognitif du point de vue des problèmes théoriques, méthodologiques et politiques posés à l'étude des inégalités de santé.

## Sources sociologiques

S'il est un concept relativement récent, le capital social n'en reprend pas moins, à nouveaux frais, une vieille question de la sociologie. L'idée centrale qui la sous-tend, à savoir l'importance des liens sociaux, à la fois pour la vie des individus et pour la pérennité des collectivités, est même aussi ancienne que la discipline [8]. Tout épidémiologiste qui s'intéresse au capital social ne manque d'ailleurs pas, aujourd'hui, de rendre hommage à Durkheim et à son étude pionnière sur le suicide [9], dans laquelle les variations des taux observés sont interprétées comme la conséquence de différences d'intégration sociale, et parfois même, avant lui, à Tocqueville et à son enquête sur la démocratie en Amérique [10]. Trois auteurs ont principalement contribué à forger le concept (tableau 1).

L'expression capital social apparaît pour la première fois dans l'œuvre de Pierre Bourdieu, d'abord en 1979, de façon incidente mais répétée, comme élément d'interprétation des stratégies de distinction sociale dans les pratiques culturelles, à côté du « capital scolaire » [11], puis en 1980, dans un article de seulement deux pages, qui en livre de façon remarquablement dense le contenu théorique, sous la forme de « notes provisoires » [12]. Ces textes demeurent toutefois relativement inaperçus et, malgré une version anglaise dans un ouvrage collectif aux Etats-Unis, il n'y sera fait référence que tardivement dans les théories sociologiques ultérieures. Pour Pierre Bourdieu, le capital social « s'est imposé comme le seul moyen de désigner le principe d'effets sociaux qui, bien qu'on les saisisse clairement au niveau des agents singuliers – où se situe inévitablement l'enquête statistique – ne se laissent pas réduire à l'ensemble des propriétés individuelles possédées par un agent déterminé », en particulier lorsque l'on constate que des personnes dotées de capital économique ou culturel proche ont des performances très différentes en fonction des réseaux sociaux qu'ils sont en mesure de mobiliser, soit directement en les faisant intervenir, soit indirectement par l'effet symbolique que produit le simple fait d'être supposé en bénéficiant. Il peut s'agir de liens familiaux ou professionnels, de l'appartenance à un club élitiste ou à une association d'anciens élèves de grandes écoles, liens d'autant plus efficaces que la position qui est

attachée aux individus ou aux institutions dans l'espace social est forte. Le capital social est ainsi défini comme « l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance ». Plus simplement, même, c'est ce que « la sociologie spontanée » exprime sous la formule : avoir « des relations ». Le concept décrit donc une réalité immatérielle fondée sur des représentations de statuts sociaux.

Tel que délimité, il apparaît donc intéressant au moins à trois titres. Premièrement, il étend et généralise la notion de capital, habituellement réduite à sa seule dimension économique. De même que le capital culturel décrivait l'accumulation de biens scolaires et de valeurs académiques, le capital social permet de penser les effets des relations entre individus et entre groupes. Deuxièmement, il confère aux réseaux sociaux une dimension dynamique et stratégique. Tout comme le capital économique, le capital social fonctionne selon un principe d'échanges de biens dont le rendement peut se mesurer en termes de priviléges, de droits, de pouvoirs, qui sont du reste convertibles à leur tour en d'autres formes de capital, aboutissant à des cumuls dans des registres différents. Troisièmement, loin d'être un donné naturel ou même social, comme on tend à le penser en le limitant aux avantages de la naissance, il est en permanence à conquérir ou à entretenir. Ce qui justifie, de la part des acteurs, des calculs conscients ou inconscients d'investissement dans des réseaux. On pourra bien sûr trouver très utilitariste, voire cynique, cette analyse, mais elle présente l'intérêt de situer les liens sociaux dans une économie générale des pratiques.

La fortune scientifique du capital social, c'est pourtant à un auteur nord-américain qu'on la doit, près d'une décennie plus tard. Dans un article de 1988 qui entend concilier approches économique et sociologique [13], puis dans un ouvrage paru en 1990 dans lequel il développe une théorie générale de la société [14], James Coleman propose ce qu'il présente alors, en méconnaissance des travaux français, comme un concept nouveau. Sa définition du capital social diffère toutefois profondément de la précédente. Elle est très large, puisque caractérisée par sa « fonction » et non par son contenu empirique, elle est présentée comme un « ensemble d'entités différentes qui ont deux éléments en commun : elles consistent toutes en un aspect quelconque des structures sociales et elles facilitent certaines actions des agents sociaux ». Définition plutôt vague, par conséquent, puisqu'elle inclut tous les types de ressources sociales qui ont des effets favorables. Plus précisément toutefois, le capital social prend trois formes distinctes et complémentaires. D'abord, il met en œuvre des obligations, des attentes et de la confiance : « Si A fait quelque chose pour B et a confiance dans une réciprocité dans le futur, ce geste produit une attente de la part de A et une obligation pour

B », le lien ainsi constitué opérant comme un crédit. Ensuite, il se manifeste à travers l'accès à l'information à travers la mobilisation de relations sociales : « L'information fournit une base importante pour l'action, mais son acquisition est coûteuse », sauf à jouer, pour y parvenir, sur les réseaux dont on dispose. Enfin, il s'exprime à travers des normes et des sanctions, positives ou négatives : « Des normes efficaces qui empêchent le crime rendent possible de marcher librement la nuit dans la rue et des gratifications effectives qui récompensent les performances scolaires facilitent grandement la mission de l'école », mais il faut aussi considérer les situations où les unes et les autres peuvent s'avérer contre-productives en termes d'innovation.

Cette théorie du capital social s'inscrit dans un dialogue entre sciences économiques et sociales qui, en Amérique du nord, vise à autonomiser les secondes par rapport aux premières. Pour son auteur, elle vise à mieux articuler, dans l'interprétation des activités humaines, le niveau individuel, à quoi les modèles économiques de l'acteur rationnel se réduisent généralement, et le niveau collectif, auquel beaucoup d'interprétations sociologiques tendent à conserver un trop grand degré d'abstraction. De façon plus spécifique, elle enrichit, en lui conférant une dimension proprement sociale, le concept fort en vogue alors de « capital humain » que l'économiste Gary Becker a proposé pour rendre compte des aptitudes des individus comme conséquence d'investissement de la société dans l'éducation et la formation professionnelle [15]. Pour que le capital humain joue pleinement son rôle dans la mobilité, il lui faut, selon le sociologue James Coleman, la ressource du capital social, c'est-à-dire des relations interpersonnelles que l'individu sera en mesure de mobiliser. A cet égard, le concept prolonge les travaux engagés depuis le début des années soixante-dix autour des réseaux sociaux, notamment par Mark Granovetter qui avait montré leur efficacité sur le marché de l'emploi [16]. Le capital humain, d'un côté, et les réseaux sociaux, de l'autre, étaient ainsi développés essentiellement par la théorie économique. Le capital social, à la croisée des deux, en approfondit la compréhension sociologique : il ne s'agit plus seulement d'aptitudes, mais d'éléments fonctionnels (normes, attentes, obligations) qui en permettent l'acquisition ; il n'est plus seulement question de contacts interindividuels mais d'un ensemble de conditions (confiance, accès à l'information, efficacité des sanctions) qui facilitent l'action.

L'influence de ce concept en dehors des cénacles sociologiques, et singulièrement parmi les épidémiologistes, serait cependant restée modeste, n'eût été sa redécouverte par la sociologie politique quelques années plus tard avec l'ouvrage publié en 1993 par Robert Putnam sur les performances des gouvernements locaux en Italie [17], suivi en 1995 par un article retentissant qui extrapolait ces résultats aux Etats-Unis et valut à son auteur d'être

invité par le président américain pour en discuter [18]. Comment expliquer les profondes inégalités de développement des régions italiennes, qu'on le mesure en termes d'efficacité économique ou politique ? Tel est le point de départ de cette investigation. Au terme d'une longue enquête auprès de responsables politiques locaux et d'un patient travail de recension de données statistiques, l'auteur constitue pour chaque région une série d'indicateurs synthétiques, en particulier un indice de « communauté civique », mesuré par la participation aux référendums, le vote préférentiel, la lecture d'un quotidien et l'appartenance à des associations locales, et un indice de « performance institutionnelle », évalué à partir de la stabilité du cabinet de l'autorité territoriale, la production de lois et de statistiques, le développement de l'industrie et de l'agriculture, la mise en place de politiques de santé et de logement. D'autres variables sont prises en considération, notamment la « satisfaction dans la vie », le « sentiment d'impuissance », la « confiance envers les autres ». Finalement, il apparaît que, bien plus que les déterminations classiquement invoquées pour rendre compte de la réussite des uns et des échecs des autres, qu'elles soient démographiques ou économiques, qu'on les interprète en termes de radicalisations partisanes ou de conflits sociaux, c'est « le contexte civique qui importe dans la manière dont les institutions fonctionnent ». S'appuyant sur l'histoire longue de l'Italie, qu'il fait remonter au Moyen âge, le politiste montre comment le capital social, fondé sur des « normes de réciprocité », ou encore des relations d'obligation mutuelle, et des « réseaux d'engagement civique », ou plus simplement des associations ou des clubs, est ce qui détermine, au bout du compte, l'efficacité des institutions. « Constituer un capital social ne sera pas chose facile, mais c'est la clé pour faire fonctionner la démocratie » : ainsi se conclut l'ouvrage. Pour autant, ce concept n'est intervenu que tardivement dans la construction de la recherche, manière de mettre en forme *a posteriori* des résultats plutôt que produit d'un développement théorique *a priori*.

Par rapport à ses prédécesseurs, auxquels il se réfère assez peu au demeurant, la contribution de Robert Putnam à l'analyse du capital social et probablement la cause de son succès tient à quatre raisons principales. Premièrement, il procède de façon largement inductive : à la différence des travaux antérieurs, il commence par la production de données empiriques, desquelles il tire des conclusions en faisant appel au capital social, bien plus pour nommer ce qu'il a mis en évidence que pour faire progresser sa compréhension. Deuxièmement, il en déplace l'appréhension de l'individu à la collectivité, ce qui semble autoriser un niveau supérieur de généralité : le capital social ne caractérise plus une personne à travers ses relations, mais un groupe social, local ou régional, dont on mesure des taux de participation aux élections ou d'inscription dans des associations. Troisièmement, ce faisant,

il institue une procédure d'enquête essentiellement quantitative : l'analyse du capital social passe par des statistiques relativement simples qui, même si elles donnent lieu ensuite à la construction d'indices synthétiques, contrastent avec la modélisation complexe des réseaux. Quatrièmement, il modifie le contenu du concept en le normalisant : plutôt qu'une affaire de liens familiaux ou professionnels largement informels, le capital social est devenu avec lui un ensemble de relations institutionnalisées par le fait de voter ou d'être membre, ce qui définit par là même une bonne façon d'être citoyen. C'est cette version du capital social que vont adopter les épidémiologistes travaillant sur les inégalités de santé.

## Usages épidémiologiques

L'importation du concept de capital social en épidémiologie intervient alors qu'une série d'études a établi, dans la première moitié de la décennie quatre-vingt-dix, une association statistique entre les inégalités de revenus et l'espérance de vie. Selon ces auteurs, il ne s'agit plus de mesurer les effets directs du niveau socio-économique, et donc de la pauvreté, sur la mortalité, mais de montrer les conséquences des disparités socio-économiques saisies au niveau d'un territoire. Ces travaux sont qualifiés d'études écologiques, parce que les données qu'elles utilisent portent sur des collectivités plutôt que sur des individus comme c'est le cas le plus souvent lorsqu'on s'intéresse aux inégalités sociales de santé [19]. Si certaines enquêtes démographiques internationales avaient déjà montré une corrélation forte entre les disparités socio-économiques et l'espérance de vie à l'échelle des nations [20], des études épidémiologiques plus récentes la retrouvent aussi bien au niveau des pays [21] que des états nord-américains [22] et des quartiers britanniques [23], suggérant ainsi un lien qui présente un haut niveau de généralité et concerne des unités territoriales de tailles diverses. Au demeurant, ces résultats sont validés quel que soit l'indicateur retenu pour mesurer l'inégalité sociale [24]. Cette analyse ne fait toutefois pas l'unanimité, certains auteurs mettant en cause la fiabilité des données statistiques utilisées dans ces différentes enquêtes, d'autres suggérant que les faits établis relèvent de l'exception plutôt que de la règle, d'autres enfin affirmant que les disparités économiques constituent en réalité des facteurs confondants entre revenus des ménages et taux de mortalité [25]. Sans entrer dans une discussion proprement épidémiologique sur les résultats de ces enquêtes contradictoires, on s'attache ici à comprendre comment la notion de capital social s'est imposée dans les travaux sur les inégalités de santé. Dans un contexte d'accumulation d'études écologiques qui prétendent établir un lien entre disparités de revenus et mortalité, mais qui laissent en suspens les

modalités de ce lien, le capital social est en effet apparu comme un cadre général d'interprétation (tableau 2).

Selon Ichiro Kawachi et Bruce Kennedy [26] : « Ce qui était absent des études épidémiologiques récentes sur les relations sociales et la santé, c'est le contexte dans lequel les gens mènent leur vie. En d'autres termes, en se concentrant sur les individus socialement isolés, l'épidémiologie négligeait la possibilité que des sociétés ou des communautés entières puissent manquer de liens sociaux. Heureusement il y eut une renaissance de la notion de cohésion communautaire, avec la publication en 1993 du travail d'un politiste américain, Robert Putnam, dans lequel il cherchait à mesurer la cohésion sociale – ce qu'il nommait ‘capital social’ ». Ce concept, tel que développé par l'auteur de *Making democracy work*, se présente ainsi comme le chaînon manquant entre les disparités sociales et les conditions sanitaires. Bien que, dans l'étude originale, il soit décliné à travers une série d'indices synthétiques dont chacune des variables qui les composent donne lieu à une justification particulière tenant compte du contexte où elles prennent sens (ainsi, parmi les quatre items qui constituent l'indice de communauté civique, le taux de participation électoral retenu ne concerne que les référendums, et non les élections locales ou législatives, pour des raisons qui sont longuement argumentées), le capital social est traduit, dans l'étude épidémiologique de ces deux auteurs, par deux variables simples : la première concerne le « niveau de confiance civique » (mesuré par les réponses à la question : ‘on peut faire confiance à la plupart des gens – ou bien est-ce que la plupart des gens essaient de profiter de vous s'ils en ont l'occasion’) ; la seconde indique la « densité d'appartenance associative » (évalué à partir du ‘nombre de groupes religieux, clubs sportifs, organisations amicales, syndicats, etc. par habitant’) ; elles ne donnent pas lieu à une discussion particulière les justifiant en fonction du contexte spécifique et imposent simplement leur évidence par la formule : « following Putnam, we used... ». Ainsi, dans une recherche portant sur 39 états des Etats-Unis (restriction due à la petite taille des autres ne permettant pas des effectifs suffisants), les deux variables apparaissent chacune fortement corrélées, d'une part, aux inégalités de revenus, d'autre part, aux taux de mortalité. Conclusion de l'étude : « L'effet des inégalités de revenus sur la mortalité semble ainsi passer par la médiation du dépérissement du capital social ».

Mais comment cette médiation s'opère-t-elle ? Les deux auteurs, associés à Richard Wilkinson qui, le premier, avait introduit le concept de capital social dans le dernier chapitre de son ouvrage *Unhealthy societies*, reprennent l'étude sur les 39 états avec les mêmes indicateurs auxquels ils ajoutent cette fois une série de variables sur la délinquance et la criminalité : homicides, agressions, viols, cambriolages, vols à la tire, vols d'automobiles, etc.

[27]. Une corrélation forte est trouvée entre la mortalité et les inégalités de revenus, d'un côté, les crimes violents, en l'occurrence homicides et agressions à main armée, de l'autre. En revanche, la mortalité n'est pas corrélée avec les délits sur la propriété, en particulier vols à la tire et vols d'automobiles, alors que les inégalités de revenus ne le sont que faiblement. Par conséquent, « le fait que les crimes violents soient plus étroitement liés à la mortalité et aux inégalités de revenus que ne le sont les délits contre la propriété nous dit quelque chose de la nature de la relation entre mortalité et inégalités ». Introduisant alors la « confiance sociale » dans la régression, ils établissent qu'elle est « liée significativement à la mortalité indépendamment des homicides », mais que la relation entre ces deux derniers taux « indépendamment de la confiance sociale n'atteint pas la signification statistique ». Leur conclusion est que « les conditions sociales qui produisent les homicides sont au cœur des relations que nous voulons comprendre entre distribution des revenus et mortalité et sont aussi très étroitement liées à la confiance sociale ». Ainsi le capital social opère une médiation entre les inégalités sociales et les inégalités sanitaires à travers les sentiments d'exclusion et d'envie générés par l'injustice et entraînant à leur tour des réactions agressives.

C'est donc finalement du côté de la psychologie sociale, et non plus de la sociologie, que doit être cherchée l'explication des mécanismes de mise en œuvre du capital social et toute la discussion des résultats s'appuie sur les constats d'un psychiatre qui a travaillé pendant vingt-cinq ans auprès de prisonniers et affirme que la perception d'un manque de respect est la source essentielle de la violence. C'est la clé de l'interprétation : « La violence associée aux inégalités de revenus sert d'indicateur de l'impact psychosocial des différences de richesses ». Partis d'une affirmation que la collectivité est le niveau pertinent de saisie des inégalités (justification des études écologiques), les voici revenus au niveau individuel pour rendre compte de la genèse de ces inégalités (approche psychosociale de la violence) : ce qu'ils qualifient de « transition macro-micro ». L'exploration de cette transition se prolonge du reste de façon très éclectique à travers une discussion de la littérature éthologique d'une part, à la recherche d'éléments permettant d'établir les effets du statut social sur la santé, ethnographique, de l'autre, en quête des fondements anthropologiques de l'honneur [28]. On est loin des éléments proprement relationnels qui définissaient le capital social dans la théorie sociologique et permettaient de l'inscrire dans une théorie de l'inégalité. Ce que certains tentent de dépasser en préférant des approches structurelles aux modèles psychosociaux [29]. Quels enseignements tirer de l'appropriation de ce concept par les études écologiques ?

En premier lieu, le transfert du capital social de la sociologie vers l'épidémiologie apparaît comme une importation sélective, et ce à un double titre. D'une part, des trois

approches sociologiques du capital social, seule la troisième est mobilisée. En effet, si certains travaux font référence à Bourdieu ou Coleman, c'est toujours de façon incidente ou anecdotique. La découverte du capital social par les épidémiologistes s'est faite à travers l'œuvre de Putnam et la méthodologie des études s'y référant passe uniquement par les instruments qu'il a confectionnés. D'autre part, à l'intérieur même de ses travaux, une réduction drastique s'est opérée. Des nombreux indicateurs qu'il a construits et utilisés, en s'efforçant de les situer chaque fois dans des contextes précis, ne sont généralement retenus dans les études écologiques que les deux seules variables simples portant sur le sentiment de confiance et sur l'appartenance à des associations. De même, alors qu'il proposait une interprétation complexe nourrie d'une perspective historique longue, les explications apportées par les épidémiologistes se limitent généralement à des considérations psychologiques sur l'estime de soi et le sentiment d'être respecté.

En second lieu, l'adoption du capital social par les épidémiologistes se situe plus dans la continuité des emprunts déjà anciens à la sociologie que dans une rupture marquée. Le passage permanent, dans la plupart des textes, du capital social à l'intégration sociale, à la cohésion sociale, au support social, et parfois aux réseaux sociaux en est un signe. La différenciation entre ces termes, forte parmi les sociologues (l'intégration sociale selon Durkheim n'a rien à voir avec le capital social selon Bourdieu), s'estompe lorsque l'on passe aux usages épidémiologiques (on le voit dans la contribution à l'ouvrage français sur les inégalités sociales de santé, précédemment cité, que co-signent Lisa Berkman, instigatrice des travaux sur les réseaux sociaux, et Ichiro Kawachi, principal promoteur du capital social). En fait, la principale distinction opérée par les épidémiologistes est de nature méthodologique : elle se situe dans le niveau d'appréhension du social. L'indicateur d'appartenance aux associations en est un révélateur : dans l'étude des réseaux sociaux, les questions s'y référant étaient adressées aux individus ; dans l'analyse du capital social, la variable est saisie à l'échelle d'un territoire. La différence de signification sociologique induite par ce changement d'échelle mériterait certainement une analyse plus serrée.

## **Discussion critique**

Le capital social constitue, au regard de la pensée sociologique, une innovation conceptuelle. Là où le capital humain décrit des aptitudes individuelles – ce que les gens ont dans leur tête –, là où le capital économique signifie des biens matériels – ce que les gens ont sur leur compte en banque –, le capital social, lui, dit la part proprement sociale de l'inégalité

– les relations, qu'il s'agisse de parents, d'amis, de collègues, de coreligionnaires ou d'associés, que l'on est susceptible de mobiliser pour agir : ce que Nan Lin appelle les « ressources sociales » des individus [30]. Plus encore, il les actualise en montrant que pour être valorisés ou, tout simplement, efficaces dans la société, le capital humain ou le capital économique ont besoin du capital social que Ronald Burt peut alors qualifier de « complément contextuel » aux autres formes de capital [31]. La diversité de ses sources théoriques et de ses définitions empiriques, allant d'un modèle d'inspiration marxiste situant les relations au niveau des individus chez Bourdieu à une approche éclectique construisant l'analyse au niveau des collectivités chez Putnam, en passant par une lecture fonctionnaliste mêlant l'individuel et le collectif chez Coleman, conduit cependant à une grande malléabilité dans ses usages et parfois même à des contradictions.

Le transfert du capital social de la sociologie à l'épidémiologie n'est toutefois qu'un cas particulier des migrations de ce concept vers d'autres disciplines, voire d'autres domaines, notamment de l'ingénierie sociale et de l'action publique. Comme le souligne Alejandro Portes, l'expression a connu à la fin des années quatre-vingt-dix un rare succès, tendant même à devenir une sorte de prêt-à-penser qui a servi à interpréter tout une série de maux des sociétés contemporaines, de la délinquance et de la criminalité jusqu'au chômage et à la pauvreté [32]. Ce succès tiendrait à deux éléments : d'une part, la focalisation sur les aspects positifs de la sociabilité, que le capital social réhabilite, dans un temps où, au contraire, l'individualisation des pratiques semble se renforcer et les collectifs s'effacer ; d'autre part, son inscription dans un cadre analytique large permettant de concevoir, à côté de réalités économiques omniprésentes, et en relation avec elles, une forme de capital en quelque sorte immatériel qui ouvre la voie à une théorie générale de l'inégalité. Cependant, comme c'est toujours le cas dans de telles exportations conceptuelles, un travail de réappropriation s'opère qui modifie les propositions originelles. En l'occurrence, pour reprendre une formule de Paul Bernard à propos de la cohésion sociale, on pourrait dire que dans ce transfert, le capital social passe du statut de concept à celui de « quasi-concept », c'est-à-dire de construction mentale « hybride » qui, d'un côté, donne une représentation assez réaliste d'un fait social, ce qui en explique la réussite, et, de l'autre, conserve une part d'indétermination propice à son utilisation dans des contextes divers et même des interprétations opposées, ce qui en révèle les ambiguïtés [33]. D'où son succès tant scientifique que politique : du département de santé publique de Harvard aux administrations de la Banque mondiale, le capital social peut trouver sa place aussi bien dans des études épidémiologiques que dans des programmes de développement. En réaction à cet unanimisme, des critiques se sont toutefois fait jour, visant à

évaluer les conditions de pertinence de l'usage du capital social, en particulier dans les politiques sanitaires [34]. L'adoption consensuelle du capital social laisse en effet dans l'ombre trois séries de questions – théoriques, méthodologiques et politiques (tableau 3).

Sur le plan théorique, le capital social pose deux problèmes distincts. En premier lieu, dans les travaux sociologiques comme dans les études épidémiologiques, on tend à le définir par ses effets plutôt que par ses causes, avec le risque de raisonnement circulaire [35]. Pour Coleman, qui fait du capital social une fonction de facilitation, le constat qu'un individu a obtenu un bien grâce à l'aide d'un autre atteste l'existence d'un capital social ; or, un second individu peut ne pas accéder à ce bien non pas par défaut de relations, mais tout simplement par manque de moyens. Chez Putnam, de façon plus nette encore, les caractéristiques de confiance, de participation et d'intégrité qui définissent la communauté civique apparaissent implicitement aussi comme des marqueurs du bon fonctionnement de la démocratie qu'elles sont pourtant censées expliquer. Il importe donc de différencier la possession d'une ressource et la capacité à l'obtenir, ou encore l'effet et la cause, ce que fait Bourdieu. En second lieu, les relations qui constituent le capital social ne sont pas neutres : on les suppose orientées vers l'acquisition de biens matériels ou symboliques, autrement dit positivement connotées. Dans les approches micro-sociales, telles que celle de Bourdieu, elles servent à ceux qui les possèdent pour obtenir des avantages. Dans les approches macro-sociales, comme celle de Putnam, elles bénéficient à tous ceux qui appartiennent au groupe concerné. Or, le capital social n'a pas nécessairement d'effets favorables [36]. Des études réalisées dans des sociétés rurales, au sein de milieux défavorisés ou parmi des catégories dominées comme les immigrés, montrent au contraire que les liens sociaux peuvent devenir des contraintes pour les individus dans leur promotion ou leur émancipation sociale et des obstacles pour les collectivités dans la production d'innovations ou l'effort de justice. Parallèlement, il a été établi dans certains milieux aisés que le capital social bénéficiait certes aux membres du groupe, mais tendait à exclure les nouveaux arrivants et à rejeter à la périphérie les plus vulnérables. Autrement dit, seul le travail empirique permet de valider ce qui n'est qu'une hypothèse : les conséquences bénéfiques de la possession d'un capital social.

Au niveau méthodologique, deux questions doivent également être examinées. La première porte sur l'échelle d'analyse. Caractériser un individu par les réseaux qu'il peut mobiliser, comme le fait Bourdieu, ou un quartier, voire un pays, par le taux de participation à des associations qu'on y constate, ainsi que s'y emploie Putnam, peut difficilement être considéré comme deux opérations équivalentes. Quant à Coleman, il ne tranche pas entre les deux échelles d'interprétation et passe de l'un à l'autre : ainsi, à quelques paragraphes de

distance, évoque-t-il une femme qui utilise ses amies comme source d'information pour obtenir de façon économique les dernières nouvelles de la mode et une mère qui dit sa satisfaction d'avoir déménagé de Detroit à Jérusalem où l'existence de normes sociales efficaces accroît la sécurité urbaine et lui permet de laisser son enfant jouer dans la rue ; niveau individuel dans un cas, communautaire dans l'autre. Or, du micro-social au macro-social, ce ne sont plus les mêmes phénomènes que l'on mesure et il importe donc de développer des instruments pour passer de l'un à l'autre [37]. Probablement est-ce là l'un des défis conceptuels pour les épidémiologistes qui conduisent des études écologiques et constatent que leurs résultats s'opposent parfois, comme on l'a vu, à ceux des enquêtes longitudinales. La seconde remarque concerne le contenu du capital social et, de façon corollaire, sur la signification des variables que l'on utilise pour les mesurer. Pour s'en tenir aux indicateurs utilisés par les épidémiologistes dans leurs études, il est difficile de penser que l'inscription dans un club privé élitiste et l'expression de la confiance en autrui, ou que la participation à un groupe religieux et le constat d'inégalités de revenus relèvent du même type de réalité, que l'on nommerait alors capital social. D'ailleurs, à y regarder de près dans les théories sociologiques auxquelles se réfèrent ces études épidémiologiques, on voit qu'elles ne sont pas sans contradiction et que, par exemple, les relations efficaces et le calcul stratégique de Bourdieu tend à s'opposer, à la fois moralement et empiriquement, à la communauté civique et à la solidarité désintéressée de Putnam. Cette hétérogénéité sémantique a conduit certains auteurs à se demander si le succès du capital social ne tenait pas plus à sa valeur métaphorique qu'à son apport conceptuel [38]. Conséquence de ces deux réserves méthodologiques, il serait utile de se demander si le même mot peut désigner des qualités liées à une personne ou attachées à un groupe.

Dans une perspective politique, enfin, faire du capital social un nouveau sésame dans l'interprétation des inégalités suscite deux ordres d'interrogations. Tout d'abord, l'analyse qui le sous-tend et le mot d'ordre qui en découle se développent dans des contextes nationaux et internationaux où nombre d'inégalités tendent à s'aggraver. Montrer que, plutôt que la réalité des conditions socio-économiques, les transformations de la sphère de la production ou les évolutions de la division mondiale du travail et des richesses, ce sont la participation à la vie associative ou le degré de confiance dans son entourage qui déterminent le niveau de disparité, c'est occulter une part significative de l'explication. Au bout du compte, ce modèle conduit à déplacer la responsabilité de l'ordre social du niveau structurel au niveau interactionnel ou, plus simplement, à faire reposer la réforme de la société avant tout sur les individus pour qu'ils développent leur vertu civique et une solidarité efficace et à sous-estimer

les mécanismes globaux et locaux de reproduction de l'inégalité [39]. Logique qui a du reste ses défenseurs parmi les promoteurs du capital social en ce qu'elle leur paraît plus réaliste et plus efficiente à court terme. Ensuite, avec son injonction à s'affilier, sa représentation de la bonne citoyenneté et sa valorisation des relations utilitaires entre les individus, le thème de la cohésion sociale invite à considérer et à renforcer une certaine lecture de la démocratie, souvent nostalgique de formes antérieures où le civisme et la solidarité fonctionnaient mieux, où l'on votait plus et où l'on s'entraînait mieux [40]. Il participe ainsi d'une certaine morale sociale dont il n'est pas certain qu'elle soit l'outil le plus efficace pour lutter contre les inégalités, dès lors que la confiance dans le système social est précisément la plus faible parmi les catégories sociales qui considèrent qu'elles n'en tirent aucun bénéfice. Mais il présuppose aussi le bien-fondé de certaines formes de vie démocratique, comme l'appartenance à des associations ou des clubs, dont on peut se demander si elles décrivent de façon pertinente les expressions contemporaines de la citoyenneté, notamment dans les milieux défavorisés.

En conclusion, le capital social a permis de mettre en évidence des mécanismes de production des inégalités, notamment dans le domaine de la santé, que la seule mesure des revenus ne permettait pas d'appréhender, quand bien même elle s'enrichissait d'une véritable économie politique [41]. Il a notamment montré l'importance, au niveau micro-social, des relations interindividuelles, qu'elles soient ou non formalisées, et au niveau macro-social, de la communauté civique, telle qu'elle s'exprime dans la confiance et la solidarité. Son succès scientifique et politique n'est toutefois pas sans risque, en particulier de réification qui conduirait à en faire une clé interprétative pour toutes sortes de problèmes de société et une panacée intellectuelle dans le travail difficile d'analyse des inégalités. Pour l'exprimer simplement, lorsque les habitants d'une cité de banlieue apparaissent victimes d'inégalités dans bien des registres de leur existence, y compris dans les domaines de la santé et de la maladie, on conçoit ce qu'il y aurait de choquant à rapporter cette situation à un déficit de capital social, à un manque de confiance en autrui et de participation à des associations. Car, pour autant que des enquêtes fassent effectivement ce constat, le risque serait de prendre les effets pour les causes [42]. Ce sont en effet la ségrégation spatiale, les difficultés économiques, la disqualification sociale, les discriminations raciales qui produisent la faiblesse des liens sociaux – bien plus que l'inverse. Au moment où le concept de capital social revient dans le champ scientifique français où il était né après un long passage transatlantique de la sociologie à l'épidémiologie, la discussion critique de ses apports, de ses contradictions et de ses limites est plus que jamais nécessaire.

## Références

1. Fassin D. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie.* Paris : Presses universitaires de France, 1996.
2. Rousseau JJ. *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes.* Paris : Garnier-Flammarion, 1971 (1<sup>ère</sup> éd. 1754).
3. Vedrenne-Villeneuve E. L'inégalité sociale dans la première moitié du XIXe siècle. *Population* 1961 ; 4 : 665-698.
4. Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les inégalités sociales de santé.* Paris: La Découverte-Inserm, 2000.
5. Williams S. Theorizing class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociol Health Illness* 1995; 17: 577-604.
6. Berkman L. Assessing social networks and social support in epidemiologic studies, *Rev Epidemiol Santé Publ* 1987; 35: 46-53.
7. Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality.* Londres : Routledge, 1996.
8. Durkheim E. *De la division du travail social.* Paris : Presses universitaires de France. 1996 (1<sup>ère</sup> éd 1893).
9. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000; 51: 843-857.
10. Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* 1997; 87: 1491-1498.
11. Bourdieu P. *La distinction. Critique sociale du jugement.* Paris : Minuit, 1979.
12. Bourdieu P. Le capital social. Notes provisoires. *Actes Rech Sci Soc* 1980 ; 31 : 2-3.
13. Coleman J. Social capital in the creation of human capital. *Amer J Sociol* 1988; 94: S95-S120.
14. Coleman J. *Foundations of social theory.* Cambridge, Ms: Harvard University Press, 1990.
15. Becker G. *Human capital. A theoretical and empirical analysis, with special reference to education.* New York, NY: Columbia University Press, 1964.
16. Granovetter M. The strength of weak ties. *Amer J Sociol* 1973; 78: 1360-1380.
17. Putnam RD. *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy.* Princeton, NJ: Princeton University Press, 1993.
18. Putnam RD. Bowling alone. America's declining social capital. *J Democracy* 1995; 6: 65-78.
19. Sorlie PD, Backlund E, Keller JB. US mortality by economic, demographic, and social characteristics: the national longitudinal mortality study. *Am J Public Health* 1995; 85: 949-956.
20. Rogers GB. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Pop Stud* 1979; 33: 343-351.
21. Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 1992; 304: 165-168.
22. Kaplan GA, Pamuck ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996; 312: 999-1003.
23. Ben-Schlomo Y, White IR, Marmot M. Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality? *BMJ* 1996; 312: 1013-1014.
24. Kawachi I, Kennedy BP. The relationship of income inequality to mortality: does the choice of indicator matter? *Soc Sci Med* 1997; 45: 1121-1127.
25. Mackenbach JP. Income inequality and population health. Editorial. *BMJ* 2002; 324: 1-2.

26. Kawachi I, Kennedy BP. Health and social cohesion: why care about income inequality, *BMJ* 1997; 314: 1137-1040.
27. Wilkinson RG, Kawachi I, Kennedy BP. Mortality, social environment, crime and violence. *Soc Health Illness* 1998; 20: 578-597.
28. Wilkinson RG. Putting the picture together : prosperity, redistribution, health and welfare. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999: 256-274.
29. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality : importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions, *BMJ*, 2000 ; 320 : 1200-1204.
30. Lin N. Les ressources sociales : une théorie du capital social. *Rev Franç Sociol* 1995 ; 36 : 685-704.
31. Burt RS. Le capital social, les trous structuraux et l'entrepreneur. *Rev Franç Sociol* 1995 ; 36 : 599-628.
32. Portes A. Social capital : its origins and applications in modern sociology. *Ann Rev Sociol* 1998 ; 24 : 1-24.
33. Bernard P. La cohésion sociale : critique dialectique d'un quasi-concept. *Lien Social Politiques* 1999 ; 41 : 47-59.
34. Baum F. Social capital : is it good for your health ? Issues for a public health agenda. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 195-196.
35. Lévesque M, White D. Le concept de capital social et ses usages. *Lien Social Politiques* 1999 ; 41 : 23-33.
36. Kunitz SJ. Accounts of social capital : the mixed effects of personal communities and voluntary groups. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health. An international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001: 159-174.
37. Cicourel AV. Notes on the integration of micro- and macro-levels of analysis. In Knorr-Cetina K, Cicourel AV, eds. *Advances in social theory and methodology. Towards an integration of micro- and macro-sociologies*. Boston: Routledge & Kegan Paul, 1981: 51-80.
38. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med* 2000; 51: 871-885.
39. Kaplan GA, Lynch JW. Whither studies on the socioeconomic foundations of population health? *Am J Public Health* 1997; 87: 1409-1411.
40. Helly D. Une injonction : appartenir, participer. Le retour de la cohésion sociale et du bon citoyen. *Lien Social Politiques* 1999 ; 41 : 35-46.
41. Farmer P. *Infections and inequalities. The modern plagues*. Berkeley: University of California Press, 1999.
42. Pearce N, Smith GD, Is social capital the key to inequalities in health? *Am J Public Health* 2003; 93: 122-129.

Tableau 1: Les trois sources sociologiques du capital social

Auteurs (références)	Bourdieu [11, 12]	Coleman [13,14]	Putnam [17,18]
<b>Mot-clé</b>	Stratégie	Normes	Confiance
<b>Niveau d'analyse</b>	Individuel	Individuel/collectif	Collectif
<b>Type d'approche</b>	Marxiste/wébérien	Fonctionnaliste	Empirique

Tableau 2 : Les deux approches du social en épidémiologie

Type	Etudes classiques	Etudes écologiques
<b>Concept-clé</b>	Réseau social	Capital social
<b>Niveau empirique</b>	Individu	Collectivité (pays, état, région)
<b>Exemples d'indicateurs</b>	Nombre de contacts Appartenance à une association	Indice de confiance Densité d'associations

Tableau 3 : Critiques du capital social et de ses usages

Fondement	Caractérisation	Implications
<b>Théorique</b>	1. Définition par les effets 2. Présomption de bénéfices	1. Tendance au raisonnement circulaire 2. Négligence des effets défavorables
<b>Méthodologique</b>	1. Hétérogénéité des échelles 2. Diversité des contenus	1. Difficulté d'articuler le micro et le macro 2. Manque de cohérence, voire contradictions
<b>Politique</b>	1. Transfert de responsabilité 2. Imposition d'une morale civique	1. Occultation des déterminations structurelles 2. Réformisme centré sur l'individu

Résumé : Au cours des dernières années, le capital social s'est imposé, dans les études épidémiologiques, comme un concept nouveau susceptible de permettre une meilleure compréhension des relations entre inégalités sociales et inégalités de santé. Ce concept, emprunté aux sciences sociales, procède en réalité de trois sources sociologiques très différentes qui sont d'abord rappelées. Cependant, seule la plus récente de ces théories, qui met en exergue le rôle de la confiance civique et qui se prête à un traitement à l'échelle de collectivités, a été utilisée dans les travaux épidémiologiques, comme on le montre ensuite. Le capital social pose toutefois trois séries de problèmes qui sont analysés dans une dernière partie : théorique, en raison de sa définition par ses effets, et non par ses causes, et d'une présomption de bénéfices, sous-estimant les conséquences défavorables ; méthodologique, en raison de l'hétérogénéité des échelles d'analyse, du micro au macro, et de la diversité des contenus, allant jusqu'à des contradictions ; politique, enfin, en raison de l'insistance sur la responsabilité individuelle et de l'imposition d'un modèle de vertu civique, au détriment d'une analyse structurelle.

Abstract : In the recent years, social capital has appeared as a new epidemiological concept allowing a better understanding of the relationships between social inequalities and health inequalities. This concept, borrowed from the social sciences, has three distinct sociological sources, which are first presented. However, only the latest theory, which emphasizes the role of civic trust and which analyzes the community level, has been used in epidemiological studies, as it is shown in a second part. But social capital poses three kinds of problems which are discussed in the final chapter: theoretical, because of the definition through effects, and not causes, and of a presupposition that these effects are positive, whereas they can be negative; methodological, because of the heterogeneity of empirical scales, between the micro and the macro, and of the diversity of the semantic contents, including contradictions; political, at last, because of the insistence on individual responsibility and of the imposition of a model of civic virtue, to the detriment of structural analysis.

Mots-clés : Inégalités de santé. Capital social. Sociologie de la connaissance

Key-words : Health inequalities. Social capital. Sociology of knowledge