

L'autoestimation de la santé chez les jeunes du nord-est de l'Ontario

Simon Laflamme

*Département de Sociologie
Université Laurentienne*

1. Le questionnement

Les sciences sociales ont bien compris que la santé des individus ne répond pas à la seule logique médicale, qu'elle varie grandement selon divers facteurs d'ordre socioéconomique¹. Les organismes de santé publique savent désormais que leurs interventions doivent prendre en considération divers déterminants, comme le revenu, le réseau de soutien, l'instruction, l'emploi, l'accès aux services, le sexe, la culture...

C'est dans cet esprit qu'on publie fréquemment des ouvrages où l'on décrit l'état de santé d'une population donnée en mettant en lumière ses caractéristiques psychophysiques, en comparant les observations à celles qu'on trouve dans d'autres populations, et ce, sans perdre de vue que des facteurs sociaux ont une influence sur la santé.

En décembre 2005, était publié le *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, sous la direction de Louise Picard et de Gratien Allaire². Les chercheurs se sont demandé, entre autres choses, si l'état de la santé du groupe

¹ Marc Renaud et Louise Bouchard, « Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur-clé de la santé », *Interface*, n° 15, 1994, p. 15-24. Pour une introduction à la sociologie de la santé, on lira le chapitre de Louise Bouchard dans le *Manuel d'initiation thématique à la sociologie* (Simon Laflamme et Jean Lafontant (dir.), Sudbury, Prise de parole, à paraître en 2007).

² Sudbury, Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) et Institut franco-ontarien (IFO).

minoritaire que constitue la population francophone était semblable à celui de la majorité, anglophone. En outre, puisque la condition socioéconomique des francophones varie quelque peu dans le temps, ils se sont posé la question à savoir si la comparaison avec la population anglophone permettait de constater ou non une amélioration de la condition du groupe minoritaire. La réponse n'est pas tranchée : « [...] certaines différences persistent dans l'état de santé de la population francophone de l'Ontario mais il y a aussi eu des progrès », peut-on lire dans le sommaire³. À titre d'information, on lit dans le rapport qu'« il n'y a pas de différence significative entre les francophones et l'ensemble de la population ontarienne pour ce qui est des taux de maladies chroniques et des blessures graves⁴ », que « [d]epuis le premier rapport la situation s'est améliorée pour ce qui est de la santé mentale [...] [c]e qui fait qu'il y a peu de différence entre les francophones et l'ensemble de la population ontarienne à ce sujet⁵ », mais que « les francophones, particulièrement dans le Nord-Est, ont une proportion de fumeurs quotidiens nettement plus élevée⁶ ».

Tout un chapitre du rapport porte sur la manière dont les individus évaluent leur propre santé⁷. On apprend que les francophones sont moins nombreux que les anglophones à percevoir leur niveau de santé comme élevé, quoique la différence ne soit que de 5 % (61 % pour les premiers et 66 % pour les seconds); on remarque que plus d'hommes (65 %) que de femmes (62 %) se déclarent en très bonne ou en excellente santé, mais que la différence est à nouveau très mince⁸; on note que les plus jeunes — de 12 à 19 ans — s'estiment

³ *Ibid.*, p. xi.

⁴ *Ibid.*, p. xii.

⁵ *Ibid.*, p. xii.

⁶ *Ibid.*, p. xii.

⁷ Christiane Bernier et Gratien Allaire, « Auto-évaluation de la santé, incapacités et améliorations à la santé », dans Picard et Allaire (dir.), *Deuxième rapport sur la santé...* p. 41-52.

communément en très bonne santé, plus normalement que ne le font les plus vieux.

Les différences entre les francophones et les anglophones, pour ce qui est de la santé, sont faibles et l'incidence de facteurs comme le sexe est peu marquée. Voilà, en gros, ce que révèle le *Deuxième rapport...* Pour ajouter à ces observations, on peut concentrer la recherche sur les jeunes, soit sur les individus qui tendent le plus à se déclarer en bonne santé, et vérifier si l'autoestimation varie, non seulement selon le groupe linguistique, mais aussi selon les caractéristiques de la communauté, selon, par exemple, la taille de la municipalité ou la distance par rapport à un milieu urbanisé, étant sous-entendu que l'accès aux soins de santé favoriserait une bonne évaluation de la santé. On peut aussi examiner s'il y a des effets d'interaction entre des facteurs comme le type de localité, l'appartenance ethnique ou le sexe dans la représentation de la santé; on peut, par exemple, concevoir que l'incidence du sexe ne sera pas la même selon que la population sera amérindienne ou non. On peut encore faire porter l'autoévaluation non seulement sur la condition physique, mais aussi sur la santé psychologique. Enfin, on sait que la santé dépend de facteurs autres que sociodémographiques, qu'elle a pour corollaires les activités auxquelles une personne s'adonne, les attitudes ou une manière de voir le monde; si tel est le cas, on devrait pouvoir observer que les goûts pour les activités, les opinions qui sont véhiculées expliquent une part de la variance de l'évaluation que fait le jeune de sa santé.

2. La collecte de données

Pour effectuer ces analyses, nous disposons des données d'une enquête menée au printemps 2005, puis l'année suivante, au même moment. Deux cohortes de jeunes ont participé à la collecte de données : une première qui était inscrite en 9^e année, une seconde en 12^e année, cela en 2005. Les étudiants, francophones et anglophones, ont répondu à un questionnaire dans les salles de classe. Tous proviennent de

⁸ *Ibid.*, p. 41.

la région desservie par la Commission de formation du Nord-Est de l'Ontario, soit, en gros, de la frontière québécoise à Hearst avec un crochet vers Timmins. On en dénombre en tout 1 758⁹.

Pour observer l'effet de la langue ou de l'ethnie, nous pouvons recourir à deux variables. La première est la langue maternelle. Nous avons posé aux jeunes la question suivante : « Quelle-s est ou sont ta ou tes langues-s maternelle-s? » Les réponses disponibles étaient les suivantes : « Français », « Anglais », « Français et anglais », « Français et autre », « Anglais et autre », « Français, anglais et autre », « Autre ». Moins d'une centaine de personnes ont choisi les catégories autres que les trois premières; nous n'avons donc conservé que ces trois premières. La deuxième est la population à laquelle le jeune s'identifie. Les jeunes ont répondu à la question suivante : « Parmi ces groupes, auquel t'identifies-tu le plus? » Les réponses proposées étaient au nombre de quatre : « Premières Nations », « Francophones », « Anglophones » et « Autres ».

Pour observer l'incidence du sexe, nous avons les réponses à la question qui demande bien simplement aux jeunes quel est leur sexe.

Pour observer l'influence du type de localité, nous avons en main deux ensembles de catégories. Le premier a trait à la distinction entre des centres urbains et à la distance par rapport à ces centres. Il a cinq composants : la ville de Timmins elle-même, les centres de plus de 5 000 habitants autres que Timmins, les localités qui se situent à moins de 20 kilomètres d'un centre urbanisé, celles qui se trouvent à une distance allant de 20 à 49 kilomètres d'un centre urbanisé, celles enfin qui sont séparées d'un centre urbanisé par au moins 50 kilomètres. Le second se rapporte à la taille de la population

⁹ Pour de plus amples informations sur les considérations méthodologiques relatives à cette enquête, on pourra lire Simon Laflamme et Pierre Bouchard, *Les jeunes et le Nord, un parcours à découvrir*, Commission de formation du Nord-Est, 2005, p. 7-17, <http://www.fnetb.com/French/Youth/LesjeunesetleNordabreg.pdf>. Site consulté le 28 octobre 2006.

de la communauté. Il comprend quatre types classés selon le nombre d'habitants : moins de 1 000, entre 1 000 et 4 999, entre 5 000 et 10 999, et la ville de Timmins (qui compte plus de 40 000 citoyens).

Au printemps 2005, les jeunes ont été invités à estimer leur état de santé de différentes façons. Deux énoncés leur proposaient de se comparer aux autres :

1. Comparativement à d'autres personnes de mon âge, ma santé physique est...;
2. Comparativement à d'autres personnes de mon âge, ma santé émotionnelle est...

À côté de ces énoncés, apparaissait une échelle à six niveaux dont les valeurs « 1 » et « 6 » correspondaient à « Mauvaise » et « Excellente ». Six autres propositions mettaient l'accent sur la santé psychologique :

1. Au cours des trois derniers mois, je me suis senti-e désespéré-e en pensant à l'avenir;
2. Au cours des trois derniers mois, je me suis senti-e seul-e;
3. Au cours des trois derniers mois, je me suis senti-e découragé-e;
4. Au cours des trois derniers mois, je me suis laissé-e emporter contre quelqu'un ou quelque chose;
5. Au cours des trois derniers mois, je me suis senti-e ennuyé-e ou peu intéressé-e par les choses;
6. Au cours des trois derniers mois, je me suis senti-e facilement contrarié-e ou irrité-e.

L'échelle qui leur est attachée va de « 1 » à « 6 », ces deux pôles signifiant « Jamais » et « Très souvent ».

3. La différence entre les filles et les garçons n'est pas toujours pareille

Tous ces énoncés pouvant être traités comme des variables cardinales, et les facteurs précédents (la langue ou l'ethnie, le sexe, le type de localité) étant de nature nominale ou pouvant être utilisés en tant que nominaux, il est possible d'effectuer des analyses de variance.

Dans la comparaison que font les jeunes à l'égard de leur santé physique relativement aux autres personnes de leur âge, il n'y a de différence significative qu'entre les filles et les garçons; celles-là ($\bar{x} = 4,33$ et $s = 1,18$) ont une moyenne légèrement inférieure à ceux-ci ($\bar{x} = 4,53$ et $s = 1,32$)¹⁰; les deux moyennes se situent entre les valeurs de quatre et de cinq, ce qui signifie que les deux populations, en général, considèrent que leur santé est relativement bonne, sans être excellente.

Quand la comparaison porte sur la santé émotionnelle, aucun des facteurs ne fait varier les moyennes. Pour tous, la tendance centrale est de 4,32 ($s = 1,33$), ce qui traduit à nouveau l'impression d'une santé relativement bonne, mais non excellente.

Les jeunes se sont-ils sentis désespérés en songeant à l'avenir, au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête? La moyenne, si on la calcule pour tout le monde, est de 2,90 ($s = 1,55$); le désespoir est donc, dans l'ensemble, probable, mais il n'est pas insistant. Il ne touche pas, par ailleurs, un groupe plus que les autres.

Les jeunes se sont-ils sentis seuls? La moyenne pour tout le monde est de 2,74 ($s = 1,59$). Il n'y a pas de différence inférable entre les divers groupes. L'ensemble connaît donc la solitude, quoiqu'il n'en soit pas envahi.

Le sentiment de découragement répond à la même logique : la moyenne générale est de 2,93 ($s = 1,60$) et aucune des variables exogènes ne distingue les moyennes.

L'emportement est un peu plus fréquent : la moyenne de tous les jeunes est de 3,38 ($s = 1,73$), mais il n'y a toujours pas de variation selon les groupes.

Pour l'ennui, la moyenne est à 3,08 ($s = 1,67$); encore une fois, on n'observe pas de différence entre les groupes. La contrariété se situe à 3,27 ($s = 1,74$) et les moyennes sont égales entre les divers échantillons.

Trouve-t-on des effets d'interaction des variables indépendantes? Si l'on prend les facteurs deux à la fois, on découvre deux effets d'interaction qui, tous les deux, font

¹⁰ $F_{(1,1098)} = 5,52; p < 0,05.$

état d'une dynamique entre le sexe et l'identité ethnique. Le premier porte sur le désespoir. On observe qu'il n'y a de différence entre les groupes ethniques ni chez les garçons ni chez les filles, mais qu'il y en a une entre les sexes chez les francophones et chez les anglophones, alors qu'il n'y en a pas chez les jeunes s'identifiant aux Premières Nations ou à d'autres ethnies. Chez les francophones et les anglophones, le sentiment de désespoir est un peu plus fréquent chez les filles ($\bar{x}_{(\text{franco})} = 3,20$ et $\bar{x}_{(\text{anglo})} = 3,13$) que chez les garçons ($\bar{x}_{(\text{franco})} = 2,65$ et $\bar{x}_{(\text{anglo})} = 2,73$)¹¹. Le second a pour objet le découragement. Ce sentiment est le même chez les garçons quel que soit le groupe ethnique auquel ils s'identifient, mais il varie chez les filles où il est moins prononcé dans les Premières Nations que dans les trois autres ensembles; il est pareil chez les garçons et les filles, des Premières Nations, mais il est supérieur chez les filles, aussi bien pour les francophones ($\bar{x}_{(\text{filles})} = 3,34$ et $\bar{x}_{(\text{garçons})} = 2,56$), pour les anglophones ($\bar{x}_{(\text{filles})} = 3,20$ et $\bar{x}_{(\text{garçons})} = 2,60$) que pour les autres groupes ethniques ($\bar{x}_{(\text{filles})} = 3,74$ et $\bar{x}_{(\text{garçons})} = 2,59$)¹².

Au printemps 2006, les jeunes ont été exposés aux mêmes énoncés et ils ont à nouveau été invités à encercler le chiffre qui traduisait le mieux leur situation. Entre ces deux moments, il n'y a pas de variation qui retienne l'attention.

4. La socialité et la santé

La santé physique d'une personne dépend souvent des activités auxquelles elle s'adonne et ces activités ont, en principe, pour corollaires, des opinions et des attitudes. La santé psychologique est, elle aussi, toujours, en principe, corrélée à ce que fait et pense une personne. Il nous a donc semblé utile de mettre en relation les autoestimations de la santé et la manière dont on se souvient s'être comporté au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête, avec des énoncés où les jeunes se sont prononcés sur ce qu'ils aiment et où ils ont exprimé leur opinion sur diverses questions. Trente

¹¹ $F_{(3,1116)} = 3,08; p < 0,05$.

¹² $F_{(3,1116)} = 3,41; p < 0,05$.

et une propositions servent à mesurer l'attrait pour diverses activités. Les jeunes lisent, par exemple : « J'aime faire du magasinage », « J'aime aller à la bibliothèque », « J'aime aller au cinéma » ou « J'aime aller à la pêche »¹³; ils indiquent leur niveau d'appréciation sur une échelle à six niveaux dont les pôles sont « Pas du tout » en « 1 », et « Beaucoup » en « 6 ». Quarante et un énoncés constituent des invitations à prendre position sur diverses questions. Il y a, par exemple : « Ma communauté offre suffisamment d'activités culturelles », « Les études collégiales sont trop pratiques », « Ma relation avec les personnes de ma communauté est harmonieuse », « Il est préférable de vivre en milieu rural qu'en milieu urbain », « Je fais beaucoup de choses pour ma communauté » ou « Je m'intéresse aux questions politiques du Canada »¹⁴. L'échelle comporte à nouveau six valeurs entre « Pas du tout d'accord » pour « 1 » et « Tout à fait d'accord » pour « 6 ».

Nous avons soumis ces 72 énoncés à une analyse de régression multiple destinée à repérer ceux qui, parmi eux, ont une contribution significative dans l'explication de la variance des autoestimations de la santé (voir le Tableau I).

Dans les huit analyses qui correspondent à chacune des estimations que font les jeunes de leur santé et au souvenir de leurs émotions, les attitudes, les opinions, l'intérêt pour des activités expliquent entre 12 % et 26 % de la variance relative la manière dont on perçoit sa santé physique ou psychologique (voir les r^2 au bas du tableau). L'incidence est donc réelle. Les autoestimations sont corrélées à diverses variables, dont le nombre varie entre cinq et 11. En tout, 34 (sur 72) propositions apparaissent au moins une fois, dont 18 ne sont associées qu'à une seule estimation. Plusieurs d'entre elles sont sémantiquement semblables, comme celles qui ont trait aux symboliques linguistiques (« Le français en Ontario est en voie de disparition » ou « Le français dans le monde est en voie de disparition » ou « Presque tout le cinéma du monde

¹³ Pour la liste complète de cette série de propositions, voir Laflamme et Bouchard, *Les jeunes et le Nord...*, p. 99.

¹⁴ Pour la liste complète de cette série de propositions, voir *ibid.*, p. 103-104.

est anglais »). Ces thématiques interviennent assurément, mais non pas dans une logique bien définie : plus le jeune est d'accord avec les énoncés « On ne peut pas faire grand-chose dans le monde si on ne parle pas l'anglais » ou « Le français dans le monde est en voie de disparition », alors meilleure est sa santé émotionnelle; paradoxalement, moins le jeune tend à être d'accord avec une phrase qui dit que les pays non anglophones ont peu d'influence, plus il incline vers le désespoir. Au plan de la santé physique, on note que l'estimation est d'autant meilleure que le jeune a beaucoup d'activités en dehors du cadre de ses études et de son travail, aime les sports estivaux, aime fréquenter des centres de conditionnement physique, considère que sa relation avec ses enseignants est harmonieuse, s'intéresse aux questions politiques canadiennes, mais n'aime pas acheter des livres ou participer à des festivals d'événements culturels. Au plan de la santé émotionnelle, on retrouve l'importance d'avoir des activités en marge des études et du travail, la nécessité d'entretenir des rapports harmonieux, cette fois avec les amis. Il y a quatre énoncés dont l'apport est plus récurrent que les autres. Le premier a trait aux activités sportives d'été. Il se manifeste quatre fois. Il est – on l'a vu – positivement corrélé avec l'estimation de la santé physique; il est négativement associé au découragement, à l'ennui et à l'irritation. Le deuxième concerne les activités qui ne relèvent pas de l'instruction ou du travail : on a vu qu'elles étaient liées positivement au jugement qu'on porte sur sa santé physique ou émotionnelle; on peut ajouter qu'elles sont inversement attachées aux sentiments de désespoir et de solitude. Le troisième se rapporte au coût des études postsecondaires : plus on tend à les trouver trop onéreuses, alors plus sont prégnants l'emportement, les sentiments de désespoir, de solitude, de découragement, d'ennui et d'irritation. Le quatrième surgit sept fois. Il se lit ainsi : « Dans mon école, je me sens différent-e des autres ». Le penser, c'est porter un jugement moins favorable sur sa santé psychique, c'est éprouver davantage l'emportement, le découragement, la solitude, l'ennui, l'irritation, le désespoir.

Tableau I

Variables indépendantes sélectionnées par des analyses de régression multiple par tâtonnement (<i>stepwise</i> dans le logiciel SPSS) dont la variable dépendante est chaque fois une autoestimation de la santé								
Coefficients standardisés								
Variables indépendantes sélectionnées	Autoestimation des indicateurs de santé							
	Comparativement à d'autres personnes de mon âge, ma santé physique est...	Comparativement à d'autres personnes de mon âge, ma santé émotionnelle est...	Au cours des trois derniers mois, je me suis senti-e désespéré-e en pensant à l'avenir	Au cours des trois derniers mois, je me suis senti-e seul-e	Au cours des trois derniers mois, je me suis senti-e découragé-e	Au cours des trois derniers mois, je me suis laissé-e emporter contre quelque'un ou quelque chose	Au cours des trois derniers mois, je me suis senti-e ennuyé-e ou peu intéressé-e par les choses	Au cours des trois derniers mois, je me suis senti-e facilement contrarié-e ou irrité-e
	1 = mauvaise 6 = excellente		1 = jamais 6 = très souvent					
J'aime les activités sportives d'été.	0,18				-0,25		-0,16	-0,17
J'ai beaucoup d'activités en dehors du cadre de mes études et de mon travail.	0,20	0,19	-0,11	-0,16				
J'aime participer à des festivals et à des événements culturels.	-0,21		0,15					
J'aime fréquenter des centres de conditionnement physique.	0,16							
Le français en Ontario est en voie de disparition.	0,11							
Ma relation avec mes enseignant-e-s est harmonieuse.	0,13							
J'aime acheter des livres.	-0,15							
Je m'intéresse aux questions politiques du Canada.	0,10							
Dans mon école, je me sens différent-e des autres.		-0,14	0,12	0,28	0,19	0,16	0,11	0,17

On ne peut pas faire grand-chose dans le monde si on ne parle pas l'anglais.		0,12					
Ma relation avec mes amis est harmonieuse.		0,15					
Le français dans le monde est en voie de disparition.		0,11					
J'aime aller à la bibliothèque.			0,24		0,12		
Les études collégiales sont trop pratiques.			0,20				
Les études postsecondaires sont trop coûteuses pour ce qu'elles rapportent.			0,18	0,17	0,18	0,24	0,22
Dans le monde, les pays qui ne sont pas anglophones ont peu d'influence.			-0,13				
J'aime utiliser un ordinateur pour jouer.			-0,08		-0,13		
Je m'intéresse aux questions politiques dans le monde.			0,14				
J'aime lire des ouvrages littéraires (roman, poésie, théâtre, biographie...) en dehors du cadre de mes études ou de mon travail.			-0,19				
Presque tout le cinéma du monde est anglais.			-0,11				
J'aime aller à la chasse.				-0,18			
Je m'intéresse aux questions politiques de mon école.				0,10			
La plupart de mes ami-e-s ont l'intention de vivre ailleurs.				0,13	0,11		0,11
Je fais beaucoup de choses pour ma communauté.				0,15			
J'aime assister à des événements sportifs.					0,19		
La diversité culturelle est une richesse pour le monde.					0,11		
Ma communauté a suffisamment de magasins.							0,13
J'aime faire du magasinage.						0,22	0,32
J'aime aller au cirque.						-0,14	-0,21
J'aime écouter de la musique à domicile.						0,14	0,10

La diversité culturelle est une richesse pour un pays.							0,12	0,14
Les études universitaires offrent de meilleures possibilités d'emploi que les études collégiales.							0,11	
Les études collégiales sont mieux orientées vers l'emploi que les études universitaires.								-0,13
J'aime aller à la pêche.								0,12
Nombre de variables	8	5	11	7	8	5	6	10
r^2	0,26	0,13	0,20	0,24	0,23	0,16	0,12	0,24
F	13,33	9,45	7,17	14,32	11,96	11,73	7,32	10,03

5. Conclusion

Cette note de recherche entendait vérifier si l'autoévaluation de la santé des jeunes du nord-est de l'Ontario, qu'elle ait lieu au plan physique ou au plan psychique, varie selon le sexe, la langue, l'appartenance ethnique ou le type de communauté, mais surtout, elle voulait examiner s'il y avait des effets d'interaction entre ces différents facteurs. Elle espérait aussi découvrir comment l'intérêt pour les activités, les opinions et les attitudes agissent sur les autoestimations.

Les analyses ont d'abord signalé une incidence du sexe, qui rappelle que les filles sont légèrement plus critiques que les garçons à l'égard de leur santé physique, mais elles n'ont pas trouvé de facteur qui, pris en lui-même, influe sur l'autoperception de la santé émotionnelle. Il faut noter que, pour ces deux estimations, les moyennes sont inférieures à 4,0, et que, donc, pour l'ensemble de ces jeunes, la moyenne se situe à une certaine distance par rapport à l'idéal de 6,0.

Les analyses ont ensuite montré que le désespoir, la solitude, le découragement, l'emportement, l'ennui et l'irritation font partie de la vie des jeunes. Les moyennes se situent autour de 3,0; si ces sentiments n'afectaient jamais les jeunes, les moyennes seraient à 1,0; si les jeunes les éprouvaient très souvent, la moyenne serait à 6,0. Aucun facteur ne distingue ces moyennes si on le prend en lui-même.

Par contre, si on les combine deux à deux, ils montrent que le sentiment de désespoir ne différencie les filles des garçons que chez les francophones et les anglophones; chez les jeunes qui s'identifient soit aux Premières Nations, soit aux ethnies autres, les filles ne connaissent pas plus souvent que les garçons cette émotion. Ce résultat est difficile à interpréter parce qu'il va à l'encontre même de l'intuition, du moins pour ce qui est de l'influence de l'« amérindianité ». On ne peut certainement pas faire appel au caractère traditionnel de la culture pour l'expliquer, puisque le traditionalisme par lequel la femme est infériorisée, et donc vulnérabilisée, devrait davantage appartenir aux cultures amérindiennes qu'aux autres. Il semble donc que, sur ce point, la postmodernité indifférencie plus les sexes chez les autochtones, ou dans les ethnies autres que chez les Canadiens qui se rappellent à la francité ou à l'anglicité. Sans doute y a-t-il, dans ces populations, des formes de solidarité qui empêchent que la désespérance affecte un sexe plus que l'autre. Ce résultat doit être mis en relation avec un autre effet d'interaction où l'on constate que le sentiment de découragement est moins fréquent chez les filles des Premières Nations que chez celles qui s'identifient à la francophonie, à l'anglophonie ou à d'autres ethnies.

Les analyses ont, enfin, montré que ce qu'on fait et ce qu'on pense agit sur la santé aussi bien physique que psychologique. Avoir des activités en dehors du cadre scolaire ou du contexte du travail, aimer les activités sportives, sentir qu'on est semblable aux autres, et donc qu'on est intégré, avoir une vision positive de l'instruction, bonifient la manière dont on se représente sa propre santé. À cela, il faut ajouter l'importance de l'harmonie des relations qu'on entretient avec les autres. Il faut ajouter encore la manière dont on perçoit la position sociale de son groupe d'appartenance. Tous ces résultats rappellent que, être en santé, ce n'est pas simplement ne pas être malade; c'est vivre dans un environnement social, c'est se représenter ce milieu et intervenir en lui, c'est agir sur soi, c'est faire, c'est être en relation avec d'autres, c'est avoir une position sociale.